

De toekomst van de AWBZ

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, september 1997

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Vragen over de toekomst van de AWBZ	9
2 Het profiel van de AWBZ	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De verdeling van het verzekeringsstelsel in drie compartimenten	19
2.3 De verhouding tussen gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening	22
2.4 De verhouding tussen aanspraken en budgettaire kaders	25
3 De uitvoering van de AWBZ	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Het zorgkantoor	32
3.3 De indicatiestelling	33
3.4 De regiovisie	38
4 Conclusies en aanbevelingen	43
Bijlagen	
1 Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma	51
2 Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	55
3 Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	57
4 Deelnemers aan de hoorzitting Toekomst van de AWBZ	59
5 Resultaten schriftelijke enquête Sympoz-symposium 1997	61
6 Grondslagen van de AWBZ, een historisch overzicht	73
7 Onverzekerbaarheid	91
8 Internationale vergelijking	101
9	
Systeemveranderingen	
117	
10 De betaalbaarheid van de huidige AWBZ	135
11 Financiële gevolgen van een kleiner AWBZ-pakket	141
12 Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen	149
13 Literatuur	153
14 Overzicht publicaties RVZ	161

Samenvatting

Heeft de AWBZ toekomst? Dat lijkt een vreemde vraag. We hebben het over een nationale trots: een omvangrijk stelsel van voorzieningen voor ouderen, gehandicapten en geesteszieken. Voor iedereen toegankelijk.

Heeft de AWBZ toekomst?

Zeker. Maar veel mensen vinden dat de AWBZ toch niet biedt waar ze behoefte aan hebben. Er zijn vaak lange wachttijden. De woonruimte, de dienstverlening en de verzorging zijn krap, vaak te krap, bemeten. Maar wel duur. Duur voor de mensen zelf, die in veel gevallen niet meer overhouden dan een bescheiden kleed- en zakgeld. Duur ook voor de gemeenschap, die jaarlijks meer dan achttien miljard gulden voor de AWBZ op tafel legt. Met een grijzer wordende bevolking zal dat bedrag nog aanzienlijk toenemen. Betaalbaar, zolang het economisch goed gaat, maar ook als de conjunctuur tegenzit? Bij gebrek aan economisch en maatschappelijk draagvlak loopt de AWBZ dan het risico dat zij een marginale voorziening wordt voor een marginale groep tegen een marginale prijs. Als we dat niet willen - en daar gaan we van uit - moeten we op tijd nadenken over de toekomstige plaats en functie van de AWBZ en over de wijze waarop de AWBZ wordt uitgevoerd.

Ja, maar dan moet de AWBZ veranderen

De AWBZ is nu de thuishaven van vier sectoren van de gezondheidszorg met een breed scala van diensten: de ouderenzorg, de zorg voor lichamelijk gehandicapten, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vindt dat de AWBZ een scherper profiel moet krijgen. Dat wil zeggen: een heldere functie en een beperkter domein. De AWBZ had oorspronkelijk tot doel om onverzekerbare risico's verzekeraar te maken. Daarbij ging het vooral om de langdurige verpleging en verzorging van chronisch zieken en gehandicapten. Tegenwoordig zijn deze risico's dankzij afgedwongen solidariteit wel verzekeraar, maar bij beperkte middelen lopen zij nog altijd gevaar. Niet dat ze uit het pakket verdwijnen, maar dat er - of door de overheid of door verzekeraars - te weinig geld voor beschikbaar wordt gesteld, waardoor de kwaliteit vermindert en de capaciteit tekortschiet. De AWBZ moet aan deze voorzieningen een veilige haven bieden. Dat wil zeggen:

Een volksverzekering voor onverzekerbare risico's

Functie: een harde garantie van beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit;

Pakket: beschermzorg (24-uurs zorg in combinatie met verblijf en dienstverlening) en langdurige, intensieve ver-

pleging, verzorging en begeleiding;
Doelgroep: mensen met ernstige en langdurige beperkingen.

We nemen afstand van de opvatting dat de AWBZ een alles omvattende regeling kan zijn voor gehandicapten en chronisch zieken. Dat is niet mogelijk en niet wenselijk. Wij vinden dat ouderen, lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en mensen met geestelijke problemen zoveel mogelijk van gewone en zo nodig aangepaste woonvoorzieningen gebruik moeten kunnen maken. Hetzelfde geldt voor allerlei diensten op het gebied van dagbesteding, maatschappelijke hulp, ondersteuning en dergelijke. Idem de medische zorg, de verpleging en verzorging en alles wat daarbij hoort. We gaan dus uit van de stelregel: zo gewoon als mogelijk, zo bijzonder als nodig.

Geen alomvattende regeling

Het is voor mensen met beperkingen beter dat ze niet het stempel 'gezondheidszorg' dragen. Dat isoleert hen in maatschappelijk opzicht en biedt andere sectoren het excuus om zich voor hen niet verantwoordelijk te voelen. Door mensen met beperkingen als gewone burgers te behandelen, blijven zij medeburgers. Zij houden meer greep op hun eigen bestaan, omdat er meer te kiezen valt. Huisvesting, dienstverlening en zorg kunnen meer naar wens en behoefte worden aangeboden. De verantwoordelijkheid voor aangepaste voorzieningen kan blijven bij de instanties die ook voor de gewone voorzieningen verantwoordelijk zijn. Dat biedt meer garanties voor kwaliteit en doelmatigheid.

Keuzevrijheid, flexibiliteit, spreiding van verantwoordelijkheid

Dit standpunt houdt in dat delen van de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg naar een ander verzekeringscompartiment kunnen worden overgeheveld. Voor alle vier sectoren geldt dat wonen, zorg en dienstverlening worden gescheiden, tenzij er sprake is van beschermzorg. De AWBZ wordt gericht op zorgverlening. Het zal daardoor makkelijker worden om de kwaliteit en de omvang van de zorgverlening ook werkelijk te garanderen.

Dus knippen en scheiden ...

Voor de uitvoering van de AWBZ heeft ons standpunt een aantal belangrijke consequenties. De hoofdlijnen worden hier kort aangestipt.

... en de AWBZ geschikt maken voor haar eigenlijke taak ...

Zorgplicht: het rijk wordt verantwoordelijk voor de uitvoering en staat in voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de voorzieningen;

Uitvoering: de AWBZ wordt regionaal uitgevoerd door zorgverzekeraars. Per regio krijgt één zorgverzekeraar een concessie als zorgkantoor nieuwe stijl;

De toekomst van de AWBZ

Coördinatie: bij scheiding van wonen, zorg en dienstverlening krijgt de beleidscoördinatie ten behoeve van mensen met langdurige en ernstige beperkingen een wettelijke grondslag.

De veranderingen die in dit advies worden vastgesteld, vergen veel tijd en voorbereiding. Bovendien zit aan knippen en scheiden in de praktijk meer vast dan in theorie het geval lijkt. Zorgvuldigheid is geboden. Daarom stelt de RVZ voor dat in het komende regeerakkoord een aantal basisbeslissingen worden genomen en dat er een projectorganisatie onder voorzitterschap van de minister van VWS wordt ingesteld, die de verdere uitwerking ter hand neemt.

... maar stap voor stap want het belang van de patiënt staat voorop

1 Vragen over de toekomst van de AWBZ

De bedoeling van de AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is dertig jaar geleden ingevoerd om gehandicapten en chronisch zieken meer zorg en meer sociale zekerheid te geven. Er waren te weinig voorzieningen, onder andere omdat die moesten worden betaald uit allerlei geldpotjes, bijstandsgeld of eigen middelen. Het bleek niet of nauwelijks mogelijk het risico van chronische aandoeningen en beperkingen particulier te verzekeren, terwijl een collectieve verzekering ontbrak. Daardoor werden veel mensen veroordeeld tot een marginaal bestaan van geldzorgen, onvoldoende voorzieningen en sociaal isolement. 'Een onbevredigende situatie', zoals minister Veldkamp van Sociale Zaken (SoZa) indertijd zei. 'Zolang geen verantwoorde oplossing kan worden geboden voor de zeer zware lasten, welke uit hoofde van ernstige langdurige ziekten en gebreken op iedereen kunnen komen te drukken en door niemand zonder bijstand van de overheid of van derden kunnen worden gedragen, zolang is ook het vraagstuk van de verzekering tegen geneeskundige risico's voor het Nederlandse volk nog niet tot oplossing gebracht.' De AWBZ moest voor die oplossing zorgen. Veldkamp stond een 'integrale voorziening' voor ogen, dat wil zeggen: zowel intra- als extramurale zorg en speciale voorzieningen zoals woningaanpassing, liften en aangepaste auto's. Met een beroep op het beginsel van gelijke kansen wilde hij mensen met ernstige aangeboren gebreken, chronisch zieken en geesteszieken 'meer in het maatschappelijk proces opnemen en zoveel mogelijk kansen geven om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.'

Onverzekerbare risico's

Gelijke kansen voor chronisch zieken en gehandicapten

De AWBZ nu

De AWBZ is inmiddels uitgegroeid tot de grootste financieringsbron van de gezondheidszorg, zowel naar omvang als bereik. Via de AWBZ wordt ruim 18 miljard gulden aan gemeenschapsgeld doorgesluisd naar vier van de vijf grote sectoren van de gezondheidszorg: de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor lichamelijk gehandicapten en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast draagt de AWBZ nog 3,5 miljard gulden bij aan langdurige curatieve zorg en 200 miljoen gulden aan collectieve preventie (de collectieve preventie zal in een ander advies aan de orde komen).

Geldbron voor ouderenzorg, ggz en gehandicaptenzorg

De oorspronkelijke doelgroep van de AWBZ - gehandicapten en chronisch zieken - is als gevolg van deze ontwikkeling verschoven en uitgebreid. Zij omvat de clientèle van de hierboven genoemde sectoren van de gezondheidszorg, dat wil zeggen: ouderen, mensen met geestelijke problemen en lichamelijk en verstandelijk

Een uitdijend heelal

gehandicapten. Ook het aspect van de onverzekerbare risico's is naar de achtergrond verschoven. Bij de samenstelling van het verstrekkingspakket van de AWBZ zijn vooral de samenhang van en de substitutiemogelijkheden tussen voorzieningen belangrijke overwegingen geweest. Daardoor maken ook verzekerbare risico's, zoals de thuiszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, er deel vanuit.

Zoals uit bijlage 6 blijkt zijn er niet alleen veranderingen in de AWBZ zelf opgetreden. Ook de context waarin de wet functioneert, is inmiddels sterk veranderd. Dat geldt zowel voor (1) het stelsel van sociale verzekeringen, (2) het stelsel van ziektekostenverzekeringen en (3) de zorgverlening.

Een veranderde omgeving

(1) In de jaren negentig is het stelsel van sociale zekerheid om economische en ideologische redenen ingrijpend herzien. Men wilde minder mensen langdurig van uitkeringen afhankelijk laten zijn en de eigen verantwoordelijkheid voor sociale zekerheid vergroten. Sociale zekerheid wordt nu meer gezocht in werk dan in uitkeringen. De uitkeringen veranderen in een sociaal vangnet. Voor echte zekerheid moeten ondernemingen en mensen zelf zorgen door het creëren van werkgelegenheid en het opzij zetten van loon. Een aantal ontwikkelingen is van speciaal belang:

- De functie van de sociale zekerheid wordt zoveel mogelijk beperkt tot het inkomensaspect. Dat geldt ook voor de Algemene Bijstandswet (ABW). Voorzieningen worden zoveel mogelijk overgeheveld naar de daarvoor geëigende regelingen, zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de AWBZ.
- De herziening van de sociale zekerheid is voor iedereen een extra stimulans om aan het arbeidsproces deel te nemen. Voor gehandicapten en chronisch zieken wordt de toegang tot de arbeidsmarkt echter eerder kleiner dan groter. Daarom is het des te belangrijker om langs andere weg (financiële tegemoetkoming, voorzieningen) te bevorderen dat deze groepen midden in de maatschappij staan en overal aan mee kunnen doen.

Arbeid is zekerheid

(2) Op het eerste gezicht lijkt het verzekeringsstelsel nog sterk op dat van dertig jaar geleden, toen de AWBZ werd ingevoerd. Maar schijn bedriegt. Er zijn sterke krachten werkzaam - zowel richting collectivisering als privatisering - die elkaar in een dynamisch evenwicht houden. Stabiel is het stelsel zeker niet, wat consequenties kan hebben voor het domein van de AWBZ.

- Bij verdere collectivisering van het verzekeringsstelsel zal het onderscheid tussen verzekerbare en onverzekerbare zorg

Het stelsel in een voortdurende overgangssituatie

De toekomst van de AWBZ

onbelangrijk worden. Het onderscheidend criterium wordt dan of zorg noodzakelijk is of niet. Als alle noodzakelijke zorg collectief wordt verzekerd, wil dat overigens niet automatisch zeggen dat alles in de AWBZ komt, zoals in het plan-Simons het geval was. Er kunnen zorginhoudelijke of bestuurlijke redenen zijn om verschillende verzekeringen te handhaven. De termen eerste en tweede compartiment verliezen dan wel hun bestaansrecht, tenzij er een andere betekenis aan wordt gegeven.

- Verdere privatisering van het verzekeringsstelsel zal de AWBZ waarschijnlijk scherper richten op de risico's die particulier onverzekerbaar zijn (zie bijlage 7). Dergelijke risico's blijven niet beperkt tot de sectoren die nu onder de AWBZ vallen, maar zijn er ook in de curatieve sector. Vooral kostbare curatieve zorg voor chronisch zieken zal moeilijk verzekerbaar blijken en om die reden kandidaat worden voor opname in het verstrekkingenpakket van de AWBZ. Onverzekerbare risico's leveren tezamen waarschijnlijk geen inhoudelijk wenselijke of bestuurlijk hanteerbare afbakening van de AWBZ op.

(3) De AWBZ is binnen de gezondheidszorg de collectieve sector bij uitstek. Het beleid van de overheid om de collectieve middelen te beheersen - via het zorgvolume en de prijzen - raakt dus bijzonder de AWBZ. Tegelijkertijd doen zich binnen de AWBZ een aantal expansieve ontwikkelingen voor. De vraag naar zorg neemt toe als gevolg van de vergrijzing. Mensen willen dat het aanbod beter aansluit op hun individuele behoeften en wensen, wat een grotere verscheidenheid aan voorzieningen nodig maakt. Ook kan een verbreding van de doelstelling van de gezondheidszorg worden geconstateerd richting maatschappelijke ondersteuning en participatie.

Individuele wensen en krappe beurs

- De spanning tussen enerzijds beheersing van de collectieve middelen en anderzijds uitbreiding van de zorg zal het verstrekkingenpakket van de AWBZ niet onberoerd laten. De vraag wat collectief moet en wat privaat kan, zal bij voortduring aan de orde komen.
- De invloed van de gemeenten op de zorgsector neemt toe. Op het gebied van welzijn, wonen, vervoer en materiële bijstand zijn de afgelopen jaren bevoegdheden en financiële middelen naar de gemeente gedecentraliseerd. De gemeenten worden hierdoor een partner in het beleid voor de doelgroepen van de AWBZ.

De toekomst van de AWBZ

De AWBZ heeft gezorgd voor een omvangrijk stelsel van voorzieningen voor ouderen, gehandicapten en geesteszieken. Deze

Zorgen over de toekomst

De toekomst van de AWBZ

voorzieningen zijn in principe voor iedereen die er behoefte aan heeft toegankelijk. Dat is een buitengewoon positief resultaat, waar veel landen om ons heen terecht jaloers op zijn. Zoals uit het volgende blijkt, zijn er toch redenen om na te denken over de toekomst van de AWBZ.

1. Het doel van de AWBZ

De AWBZ was in 1967 nog gericht op de problematiek van een maatschappelijk herkenbare doelgroep: gehandicapten en chronisch zieken die sterk en langdurig van zorg afhankelijk waren. De aard van de regeling (verzekering van onverzekerbare risico's) en de verstrekkingen (de grootste manco's) waren daarop afgestemd. In de jaren daarna is het zwaartepunt van de AWBZ voortdurend verschoven: naar de voorzieningen, het voorzieningenbeleid en -gedurende een korte maar nog vers in het geheugen liggende periode - het stelselbeleid (zie bijlage 6). Toen er nog sprake was van een uitbouw van de AWBZ tot een brede basisverzekering met gereguleerde marktwerking, daagde het besef dat een dergelijk regime juist voor de oorspronkelijke doelgroep van de AWBZ en hun voorzieningen minder geschikt was. Vandaar dat het huidige kabinet heeft gekozen voor een eerste compartiment met een sterke overheidsverantwoordelijkheid. Terug naar de oorspronkelijke bedoeling van de AWBZ? Ja, maar je kunt de klok niet terugdraaien. Je hebt tegenwoordig met andere gehandicapten en chronisch zieken te maken, wel kwetsbaar, maar ook weerbaar. De gehandicapte en chronisch zieke van deze tijd wil zijn eigen keuzen kunnen maken en zo gewoon mogelijk kunnen leven en wonen. Niet verzorging, maar maatschappelijke integratie is het sleutelwoord. De doelgroep, haar behoeften en haar wensen zijn veranderd, het voorzieningenpatroon en de onderliggende zorgfilosofie zijn niet meer dezelfde en er zijn veranderingen in de wet- en regelgeving en het beleid van zowel de gezondheidszorg als aanpalende beleidsterreinen. Daarom is er behoefte aan een nieuw perspectief op het doel van de AWBZ, dat richting kan geven aan beslissingen over aanspraken en uitvoering.

Opnieuw vaststellen waarvoor en voor wie de AWBZ is bedoeld

2. De betaalbaarheid van de AWBZ

Als je de patiënten en cliënten vraagt naar problemen met de AWBZ, hoor je vooral dat ze op sommige voorzieningen lang - te lang - moeten wachten of dat ze minder zorg krijgen dan ze nodig hebben. De aanspraken die ze hebben, kunnen ze onvoldoende verzilveren. De AWBZ schiet in die gevallen twee keer tekort: als zorgvoorziening en als verzekering. Dat is een ernstig probleem. Voor de betrokkenen zelf, omdat ze voor hun dagelijks functioneren meestal sterk afhankelijk zijn van de voorzieningen.

De AWBZ wordt nu te krap gehouden

Maar ook voor de legitimiteit van en het maatschappelijk draagvlak voor de AWBZ, dat wordt ondergraven als de voorzieningen voor velen minder toegankelijk en kwalitatief onder de maat worden. De oorzaken van de schaarste zijn bekend. Algemeen wordt erkend dat het huidige groeipercentage van 1,3% dat in het huidige regeerakkoord is neergelegd, te krap is.

Daarbij komt dat de bevolking van Nederland veroudert. Hierdoor verwacht men dat het beroep op de AWBZ de komende jaren zal toenemen. De kosten van de AWBZ zullen dan stijgen met het gevaar dat de AWBZ onbetaalbaar wordt of de rantsoenering van de zorg maatschappelijk onaanvaardbare proporties aanneemt. Dat toekomstbeeld lijkt onnodig dramatisch. De kosten van de AWBZ moeten jaarlijks tenminste met 1,6% tot 1,8% toenemen om het huidige niveau van de zorg te kunnen handhaven. Als verder rekening wordt gehouden met de achterblijvende stijging van de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg (wat een prijstoename van 0,5% veroorzaakt) en de effecten van de door het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) gehanteerde afschrijvingsmethode (0,25%), mag een jaarlijkse kostentoename van 2,5% noodzakelijk worden verondersteld. Dat lijkt betaalbaar aangezien het premieplichtig inkomen in Nederland met tenminste 2,25% per jaar groeit en het economisch verantwoord lijkt bij toenemende welvaart meer geld voor de gezondheidszorg uit te trekken.

De AWBZ kan betaalbaar blijven ...

Bij handhaving van het huidige niveau van de zorg en de huidige economische groei zou de AWBZ ook in de toekomst betaalbaar kunnen blijven. Het is verleidelijk om daaraan de conclusie te verbinden dat de betaalbaarheid van de AWBZ vooral een kwestie van politieke wil is. Dat is echter wat snel door de bocht. Er kan wel degelijk een substantieel betaalbaarheidsprobleem ontstaan, niet vanwege de vergrijzing op zich, maar vanwege de combinatie van vergrijzing, verbreding en diversificatie van het aanbod en een verbreding van de doelstelling van de gezondheidszorg richting maatschappelijke ondersteuning en participatie. Van die combinatie kan een krachtige aanzuigende werking op het gebruik en daarmee de kosten van de AWBZ uitgaan. Om dat te voorkomen moeten we tijdig nadenken over het eigenlijke domein en de noodzakelijke omvang van de AWBZ.

... maar niet zonder veranderingen

3. De effectiviteit van de AWBZ

De verwachting was indertijd dat de AWBZ gehandicapten en chronisch zieken zou helpen aan:

1. een betere financiële situatie;
2. meer en betere voorzieningen;
3. meer mogelijkheden om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

Ad 1. Onderzoek (instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg) heeft uitgewezen dat de financiële situatie van gehandicapten en chronisch zieken een stuk ongunstiger is dan die van anderen. Dat geldt vooral voor chronisch zieken met veel lichamelijke beperkingen. Het maandelijks inkomen van chronisch zieken ligt gemiddeld ruim 200 gulden onder dat van anderen. Het verschil loopt met het aantal beperkingen en aandoeningen op tot boven de 500 gulden per maand. De AWBZ kan daar niet veel aan veranderen, want het is geen regeling voor het inkomen van gehandicapten en chronisch zieken. De AWBZ kan er wel toe bijdragen dat deze mensen niet meer geld aan gezondheidszorg hoeven uit te geven dan anderen. Dat laatste blijkt niet het geval. Ook hun uitgaven voor gezondheidszorg zijn in verhouding hoog. Gemiddeld liggen die ongeveer 30 gulden per maand hoger dan bij anderen. Zeven procent van de chronisch zieken heeft per maand zelfs meer dan 200 gulden aan uitgaven wegens ziekte, die niet vergoed worden. Het komt bij chronisch zieken tweemaal zoveel dan bij anderen voor dat zij vanwege hun financiële situatie beperkingen in hun sociale contacten ondervinden. Het beginsel van medefinanciering dat voor de eigen bijdragen in de AWBZ geldt, draagt direct of indirect waarschijnlijk bij aan dit negatieve resultaat. Deze bijdragen waren oorspronkelijk bedoeld als compensatie voor besparingen in de normale kosten van levensonderhoud (wonen, wassen, eten e.d.). Die relatie is verbroken, terwijl daarnaast veel instellingen zelf voor deze kosten bijdragen zijn gaan vragen.

Gehandicapten en chronisch zieken zijn financieel slecht af

Ad 2 en 3. In de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is het lang de gewoonte geweest om de cliënt naar de voorzieningen te halen, in plaats van omgekeerd. Het accent lag op verzorging, niet op ondersteuning en het bevorderen van maatschappelijke participatie. Veel instellingen kenden een op de zorgverlening geënt woon- en leefklimaat, dat zelfredzaamheid en deelname aan het maatschappelijk leven eerder verminderde, dan bevorderde. De AWBZ heeft wél gezorgd voor voorzieningen, maar de bijdrage die deze voorzieningen hebben geleverd aan de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van gehandicapten en chronisch zieken, is beperkt gebleven en in sommige opzichten contraproductief geweest. Daar komt verandering in omdat in al deze sectoren een proces van

Wel meer voorzieningen maar nog onvoldoende zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie

zorgvernieuwing gaande is, dat juist gericht is op deze doelstellingen. De consequenties hiervan voor de AWBZ moeten grotendeels nog worden getrokken. De AWBZ biedt op het ogenblik onvoldoende mogelijkheden tot zorgvernieuwing, flexibiliteit en het bieden van zorg op maat.

Vragen aan de RVZ

De ministerraad heeft tegen deze achtergrond in het adviesprogramma van de RVZ het onderwerp 'structuur en financiering langdurende en intensieve zorg opgenomen'. Mensen met chronische, invaliderende aandoeningen en daarmee samenhangende beperkingen en handicaps zijn in een relatief grote mate afhankelijk van zorgverlening en andere voorzieningen. Er is volgens het kabinet een groeiende behoefte bij alle betrokkenen om de maatschappelijke participatie van patiënten en gehandicapten zoveel mogelijk te bevorderen. Patiënten hebben, stelt het kabinet, behoefte aan een zowel divers als ook een geïntegreerd zorgaanbod dat zich tot over de grenzen van de zorgsector uitstrekt en dat bovendien 'op maat' wordt geleverd. Het is wel noodzakelijk, zo wordt daaraan toegevoegd, het aanbod van collectief gefinancierde voorzieningen beheersbaar te houden.

Het kabinet wil advies ...

Het onderwerp 'structuur en financiering langdurende en intensieve zorg' wordt in drie aspecten uiteengelegd:

... over de structuur en financiering van langdurige en intensieve zorg

1. de structuur en de systematiek van het financieringssysteem;
2. de relatie tussen wonen, zorg en welzijn;
3. de relatie tussen cure en care, in het bijzonder op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg.

In dit advies staat het eerste aspect centraal. Aan de RVZ zijn daarover de volgende vragen gesteld.

1. Heeft de AWBZ toekomst? Zo ja, welke?

Heeft de AWBZ toekomst? Welke?

- Is er plaats - en zo ja: welke - voor 'een' AWBZ(-achtige voorziening) in het geheel van collectieve c.q. wettelijke arrangementen en om welke groepen burgers gaat het dan? (Doel, werking en positie).
- Hoe ontwikkelt zich de 'doelgroep' van een dergelijke wet, in het bijzonder de komende decennia? Welke (politieke) scenario's kan men hier opstellen?

2. Hoe en door wie moet de AWBZ worden aangestuurd?

Wie stuurt de AWBZ aan? Hoe?

- Welke vorm van sturing en overheidsbemoeienis past bij deze maatschappelijke behoeften en deze wettelijke argumenten? Waarop concentreert zich de overheidsverantwoordelijkheid (ten

De toekomst van de AWBZ

- opzichte van die van organisaties in de samenleving)?
- Welke sturingsinstrumenten moeten worden ontwikkeld ten behoeve hiervan en welk uitvoeringsregime behoort hierbij?
- Welke aanknopingspunten bieden regelingen in vergelijkbare andere landen voor de beantwoording van deze vragen?

3. *Hoe moet de AWBZ worden gefinancierd?*

Wie betaalt de AWBZ?

- Hoe dient en hoe kan de uitvoering van een dergelijk wettelijk regime gefinancierd worden? Wat kan worden gezegd over de financierbaarheid van dit wettelijke arrangement op termijn? Het is in dit verband onder meer van belang de functie van de AWBZ op termijn te kwantificeren (volume, beroep).
- Hoe kan de doelmatigheid van het zorgaanbod worden verbeterd (flexibilisering)?

4. *Hoe moeten eventuele veranderingen worden gerealiseerd?*

Hoe moeten veranderingen worden gerealiseerd?

- Hoe kan de AWBZ (doelgroep, verstrekkingen) worden aangepast aan haar toekomstige doel, functie en positie?
- Welke consequenties heeft dat of kan dat hebben voor het terrein van de sociale zekerheid, de beleidsterreinen van andere ministeries, de lagere overheden en het stelsel van ziektekostenverzekeringen?
- Hoe kan, op hoofdlijnen, aan het (de) gewenste veranderingsproces(sen) sturing worden gegeven?

De hoofdlijn van het advies

Veranderingen zijn nodig, maar er is gelukkig tijd voor

Volgens de RVZ is de betaalbaarheid van de AWBZ onder de huidige economische omstandigheden niet in gevaar. Dringende ingrepen zijn daarom niet aan de orde. Er is vooral behoefte aan een duidelijker profilering en een grotere maatschappelijke effectiviteit van de AWBZ. Deze twee noties zijn richtinggevend voor het advies en bepalen de opbouw ervan.

1. *Een duidelijk profiel van de AWBZ*

Een scherper profiel

In hoofdstuk 2 werkt de RVZ dit uit. Een duidelijk profiel houdt volgens de RVZ in dat de AWBZ:

- wordt bestemd voor onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen. Het gaat om noodzakelijke zorg voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen, waarvan de kwaliteit en toegankelijkheid een verhoogd risico lopen bij beperkte middelen;
- in principe wordt beperkt tot gezondheidszorg en -voorzover voor het verlenen van gezondheidszorg strikt noodzakelijk - huisvesting en dienstverlening. De context van het huisvestingsbeleid en het beleid ten aanzien van dienstverlening bepalen hoe

- consequent dit uitgangspunt kan worden gerealiseerd. Het belang van de patiënt bij zorgverlening, ondersteuning van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie staat voorop;
- afdwingbare aanspraken toekent. De inhoud van de aanspraken wordt mede bepaald door de individuele behoefte en de doelmatigheid.

2. *Een effectieve uitvoering van de AWBZ*

Een effectieve uitvoering

De RVZ werkt dit in hoofdstuk 3 uit. Verbetering komt volgens de RVZ op het volgende neer:

- de rijksoverheid wordt aansprakelijk voor de nakoming van de zorgaanspraken;
- de rijksoverheid wordt verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ en de regie van het zorgaanbod;
- de AWBZ wordt regionaal uitgevoerd door een zorgkantoor op basis van een concessie door de rijksoverheid;
- de uitvoering wordt gericht op flexibiliteit, doelmatigheid en samenwerking met regionale partners op het terrein van de volkshuisvesting en de dienstverlening.

In hoofdstuk 4 formuleert de RVZ zijn aanbevelingen.

2 Het profiel van de AWBZ

2.1 Inleiding

De AWBZ heeft zich in de loop van dertig jaar ontwikkeld van een voorziening voor chronisch zieken tot een instrument voor voorzieningenbeleid (zie bijlage 6). Een aantal jaren is de AWBZ zelfs een brede basisverzekering in spe geweest. Daarbij zien we dat als het onderscheid tussen onverzekerbare en verzekerbare risico's wordt losgelaten, ook de doelgroep en het voorzieningenpakket minder scherp omlind raken. Het belang van de samenhang tussen voorzieningen komt dan om zowel inhoudelijke als strategische redenen op de voorgrond te staan. Uiteindelijk wordt de AWBZ zo een alles en allen omvattende regeling. Als we dat niet willen, een opvatting die ten grondslag ligt aan het onderscheid tussen het eerste en het tweede compartiment, zullen we opnieuw moeten bekijken wat in deze tijd de bestaansreden van een aparte AWBZ is en welke consequenties daaruit voortvloeien voor de doelgroep en de voorzieningen.

Wat is het bestaansrecht van de AWBZ?

Drie elementen lijken daarbij in het bijzonder van belang:

1. de verdeling van het verzekeringsstelsel in drie compartimenten;
2. de verhouding tussen gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening;
3. de verhouding tussen aanspraken en budgettaire kaders.

Deze werken we in de volgende paragrafen verder uit.

2.2 De verdeling van het verzekeringsstelsel in drie compartimenten

De verschillende verzekeringscompartimenten zijn niet uit de lucht komen vallen. De totstandkoming van wat we nu het tweede verzekeringscompartiment noemen, is wel eens gekarakteriseerd als 'de tachtigjarige oorlog over het stelsel'.

De tachtigjarige oorlog over het stelsel

Inzet waren het particuliere, dan wel publieke karakter van de gezondheidszorg, de privaatrechtelijke, dan wel publiekrechtelijke ordening van het stelsel en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen individu, maatschappelijk middenveld en overheidsinstanties.

De toekomst van de AWBZ

In de jaren zestig konden de Ziekenfondswet (ZFW) en de AWBZ worden ingevoerd omdat men elkaar vond op het punt van de algemene toegankelijkheid van de gezondheidszorg en ruimte liet voor een aanzienlijk particulier element in de gezondheidszorg. Men handhaafde de bestaande situatie in het tweede compartiment (hogere inkomens particulier verzekerd, lagere inkomens een ziekenfondsverzekering), en werd het eens over een solidaire regeling voor de onverzekerbare risico's. Verder hield men vast aan een particulier systeem van gezondheidszorg binnen het kader van een voorwaardenscheppend overheidsbeleid.

De AWBZ voor onverzekerbare risico's

Latere pogingen om buiten dat compromis te treden, zijn voortdurend mislukt: de beperkte volksverzekering van Veldkamp, de hele volksverzekering van Hendriks, het plan- Simons. Om bij de beeldspraak van de oorlog te blijven: we zouden kunnen zeggen dat er op het ogenblik sprake is van een 'gewapende vrede'. De drie compartimenten zijn meer dan een historische toevalligheid. Ze belichamen een vredesakkoord in een ideologisch geladen strijd. Dat verklaart ook waarom afwijzend is gereageerd op het recente voorstel van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) voor een algemene basisverzekering.

Onderdeel van een vredesakkoord

Een van de uitkomsten van de mislukte poging van Simons om een basisverzekering in te voeren, was de hernieuwde belangstelling voor een aparte regeling voor kostbare voorzieningen voor langdurige zorgverlening. Men ging er niet vanuit dat het onverzekerbare risico's waren, maar stelde dat onderling concurrerende verzekeraars zouden gaan bezuinigen op de kwaliteit van dergelijke voorzieningen. Onder andere de commissie- Dunning wees daarop en bepleitte beschermende wettelijke maatregelen voor voorzieningen, die gevaar liepen door gereguleerde concurrentie. Het ging in hoofdzaak om voorzieningen voor langdurige verzorging en verpleging van mensen die maatschappelijk niet zelfstandig konden functioneren, zoals inrichtingen voor geestelijk gehandicapten, inrichtingen voor visueel of auditief gehandicapten, verpleeginrichtingen voor psychogeriatrische patiënten, psychiatrische ziekenhuizen en dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten.

Van onverzekerbare risico's naar beschermwaardige zorg

De koppeling die vervolgens in het regeerakkoord is gelegd tussen het eerste compartiment en een specifiek besturingssysteem (overheidsregulering), wijst erop dat zo'n beschermende functie de bedoeling is geweest. Terwijl in de jaren zestig een AWBZ nodig was om onverzekerbare risico's verzekerbaar te maken, bleek dus in de jaren negentig aan zo'n regeling behoefte te bestaan om

Het eerste compartiment als veilige haven

De toekomst van de AWBZ

dergelijke risico's - kwetsbare patinten en voorzieningen - te kunnen beschermen en 'uit de markt te houden'.

Inmiddels is het plan-Simons afgeblazen. De term geregleerde marktwerking is passé. De vraag hoe voorzieningen en sectoren het beste aangestuurd kunnen worden, is volop in discussie en wordt niet meer uitsluitend in de tweedeling markt versus overheid gevoerd. De bestaansreden voor een aparte AWBZ lijkt daarmee minder acuut, maar is niet van de baan. Iedereen beseft dat sommige groepen en voorzieningen in situaties van schaarste kwetsbaarder zijn dan andere. Prikkel tot vermindering van kwaliteit en toegankelijkheid kunnen ontstaan als verzekeraars vanwege concurrentie de kosten proberen te drukken, de situatie waarop de commissie-Dunning doelde. Maar dezelfde prikkels zien we ook ontstaan als gevolg van het beheersingsbeleid van de overheid. In dergelijke situaties is het vooral de combinatie van kleine, kwetsbare en afhankelijke gebruikersgroepen en kostbare, categorale zorg, die bezuinigingen uitlokt. Als we die groepen en die zorg willen beschermen, is er reden voor een aparte regeling met waarborgen tegen risico's als onverzekerbaarheid, afkalving van kwaliteit, verdunning van zorg en tekort aan capaciteit als gevolg van onderfinanciering. Zo'n regeling kan de vorm aannemen van een AWBZ - het eerste compartiment - maar ook die van een aparte beschermingsconstructie in een basisverzekering.

Veilig tegen concurrentie maar ook tegen bezuinigingsdrift?

In het eerste compartiment horen volgens de RVZ onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen. Daartoe rekent de RVZ:

Wat verdient bescherming?

1. De beschermzorg.

Daaronder wordt verstaan integrale zorg (zorgverlening, huisvesting en dienstverlening) aan patinten die zeer verplegings- en verzorgingsbehoefstig zijn en niet in staat zijn zich in de samenleving te handhaven. Het gaat om langdurige verpleeghuiszorg, de verblijfspsychiatrie voor chronisch-psychiatrische patiënten en de langdurige intensieve vormen van verpleging en begeleiding van gehandicapten.

2. Langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding.

Dat wil zeggen: het langdurig gebruik van voorzieningen die zijn bestemd voor mensen met ernstige, langdurige beperkingen.

Kortdurende, op herstel en stabilisatie gerichte zorg en langdu-

En wat niet

rende curatieve zorg passen dus niet in het profiel van de AWBZ. Daarbij kan worden gedacht aan kortdurende verpleeghuiszorg waarbij de behandel- en revalidatiefunctie centraal staat, kortdurende thuiszorg gericht op verpleging en verzorging van herstellende patiënten, de acute, op herstel gerichte ggz en langdurige curatieve (meestal intermitterende) zorg.

Bij wijze van illustratie wordt in bijlage 11 uitgewerkt wat dit betekent in termen van de bestaande AWBZ-verstrekingen. Daarbij realiseert de RVZ zich dat principieel knippen iets anders is dan praktisch knippen. De vraag bijvoorbeeld waar in de ggz zou moeten worden geknipt, komt daarom in een apart advies aan de orde.

Dat betekent knippen

2.3 De verhouding tussen gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening

De huidige AWBZ-verstrekingen omvatten niet alleen zorgverlening maar ook huisvesting en dienstverlening, gericht op ondersteuning bij het dagelijks functioneren. Het is een breed spectrum van functies waarop mensen in een kwetsbare gezondheidssituatie kunnen zijn aangewezen. Dat de AWBZ deze verschillende functies in combinatie met elkaar aanbiedt, is onder andere een gevolg van de brede opzet die Veldkamp aan de AWBZ heeft weten mee te geven: een integrale voorziening voor mensen die van zorgverlening afhankelijk zijn. Zo'n integrale voorziening was voor de oorspronkelijke doelgroep van de AWBZ ook nodig. De aard en de mate van zorgbehoefte waren meestal zodanig, dat de nodige gezondheidszorg alleen in speciale 'bedrijfspanen' kon worden verleend. En dat betekende dat de patiënten daar ook gehuisvest waren en dat het dagelijks leven zich daar moest afspelen.

Waarom wonen, zorg en dienstverlening werden gekoppeld

De verstrekingen van de AWBZ zijn nog steeds overwegend integraal van karakter. Er zijn echter verschillende redenen om daar verandering in te brengen en zorgverlening, huisvesting en dienstverlening te scheiden. Zo'n scheiding komt onder andere aan de orde omdat de oorspronkelijke doelgroep van de AWBZ inmiddels aanmerkelijk is verbreed. In het RVZ-advies 'Met zorg wonen' zijn die motieven uiteengezet. We volstaan hier met een korte typering:

- scheiding bevordert hulpverlening op maat;
- scheiding maakt een grotere differentiatie in huisvesting en dienstverlening mogelijk;

Nu moet aan ontkoppeling worden gewerkt

De toekomst van de AWBZ

- scheiding bevordert consumentensouvereiniteit en biedt meer keuzevrijheid;
- scheiding werkt ontmedicaliserend;
- scheiding schept heldere verantwoordelijkheden en legt ze bij instanties en systemen waar ze thuishoren;
- scheiding bevordert een doelmatige aanwending van middelen.

Een volledige scheiding van wonen, zorg en dienstverlening betekent in principe dat:

De consequenties van volledige scheiding

1. de verstrekking van de AWBZ zoveel mogelijk wordt beperkt tot gezondheidszorg;
2. de sector volkshuisvesting de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de huisvesting van alle mensen, ook degenen die in een kwetsbare gezondheidssituatie verkeren. Dat betekent dat ook allerlei vormen van beschermd wonen onder verantwoordelijkheid van volkshuisvesting komen;
3. de gemeenten de verantwoording op zich nemen voor ondersteuning bij het dagelijks functioneren. Dat betekent dat ook de dagbesteding van ouderen, psychiatrische patiënten en gehandicapten onder hun verantwoordelijkheid komen;
4. de patiënten en instellingen te maken kunnen krijgen met drie verschillende regimes en een andere verdeling van lasten.

Aan zo'n scheiding zijn echter ook nadelen verbonden. Voor veel patiënten is het een nadeel dat zij meer lasten voor eigen rekening en verantwoording moeten nemen. Een ander nadeel is dat er minder garanties zijn voor een gecombineerd aanbod van functies. De verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van het aanbod is meer gespreid en iemand zal de verschillende functies als dat nodig is ook weer bij elkaar moeten kunnen brengen. Als we verder rekening houden met het kwetsbare karakter van de patiënten en de verstrekkingen in de AWBZ, is het duidelijk dat voorzichtigheid is geboden. Daarom moeten we ons niet alleen richten op een volledige scheiding van wonen, zorg en dienstverlening, maar ook verschillende modaliteiten in overweging nemen, zoals:

Daaraan zijn ook nadelen verbonden

- het onderscheiden van producten;
- het ruimtelijk gescheiden aanbieden van wonen, zorg en dienstverlening;
- het organisatorisch scheiden (gescheiden leveren) van wonen, zorg en dienstverlening;
- het scheiden van bestuurlijke verantwoordelijkheden;
- het gescheiden financieren van wonen, zorg en dienstverlening.

Maatvoering is belangrijk

Bij het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening moet met een aantal situaties rekening worden gehouden. Bij beschermzorg geen scheiding

1. Voor de beperkte groep die aangewezen is op beschermzorg, blijft een integrale verstrekking onontbeerlijk. Scheiding van wonen, zorg en dienstverlening zal voor deze groep niet veel meer kunnen betekenen dan dat de verschillende 'producten' worden onderscheiden en eventueel ruimtelijk gescheiden worden aangeboden. De rekening voor de huisvesting en de dienstverlening wordt verder afzonderlijk opgemaakt en zoveel mogelijk conform de 'normale' situatie verrekend. Dat voorkomt afwenteling en oneigenlijke substitutie.

2. Een grotere groep patiënten heeft behoefte aan een gecordineerd aanbod van gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening. De verantwoordelijkheden voor deze functies kunnen worden gescheiden, maar het aanbod moet ook weer gecoördineerd en eenvoudig, via één loket bijvoorbeeld, kunnen worden aangeboden. Deze patiënten moeten ervan op aan kunnen dat volkshuisvesting, de gemeenten en de verzekeraars de hen toegedachte verantwoordelijkheden aanvaarden en kunnen realiseren. De woonomgeving en sociaal contact houden fragiele patiënten vaak op de been en voorkomen erger. Vanwege de lage inkomens van veel AWBZ-patiënten zal er in de sfeer van de huursubsidie extra moeite moeten worden gedaan om aangepaste woningen betaalbaar te maken. In de sfeer van de dienstverlening zullen met de AWBZ vergelijkbare aanspraken moeten worden gerealiseerd. Verder is een goede regeling van en structuur voor de coördinatie belangrijk, terwijl er waarborgen moeten zijn tegen het afwentelen van verantwoordelijkheden. Zorgen voor coördinatie

3. Doorvoeren van het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening houdt in dat de patiënten voor hogere zorglasten komen te staan. Een van de voorwaarden voor invoering lijkt daarom dat de betrokken patiënten een compensatie voor de extra zorglasten ontvangen. Dat kan in de vorm van een integratietegemoetkoming, maar ook andere vormen, fiscale bijvoorbeeld, zijn denkbaar.

Compensatie voor extra lasten

Dit alles pleit ervoor het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening voorzichtig door te voeren en de tijd tot bondgenoot te maken. Modernisering van de uitvoering van de AWBZ, zoals in hoofdstuk 3 verder uitgewerkt, verdient naar het oordeel van de

Voorzichtig veranderen en de tijd nemen

RVZ prioriteit en zal bijdragen aan de mogelijkheden tot scheiding van functies. Er moet desondanks rekening mee worden gehouden dat aan de voorwaarden voor het volledig scheiden van functies niet of onvolledig kan worden voldaan. In dat geval zullen minder vergaande modaliteiten van scheiding moeten worden overwogen. Het belang van de patiënt staat daarbij voorop.

2.4 De verhouding tussen aanspraken en budgettaire kaders

Indertijd is van de AWBZ nogal vanzelfsprekend een volksverzekering gemaakt, omdat dat paste in de Nederlandse traditie om gezondheidsrisico's te verzekeren. In de memorie van toelichting op de AWBZ staat daarover de volgende gedachtegang, die nog altijd actueel lijkt. Het is ieders persoonlijke verantwoordelijkheid om ziekterisico's particulier te verzekeren, zodat men aanspraak kan maken op verzorging en behandeling. Maar we moeten als maatschappij solidair zijn met degenen die vanwege hun lage inkomen of hoge ziekterisico geen particuliere verzekering kunnen afsluiten. Daarom vullen we de particuliere verzekeringen aan met sociale verzekeringen voor deze groepen. Risico's die niemand kan verzekeren, brengen we onder in een sociale verzekering voor iedereen, een volksverzekering.

Een volksverzekering is ook een verzekering

Kenmerkend voor een verzekering is, dat men er aanspraken aan kan ontlenen. Dat geldt ook voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De realisatie van de aanspraken kan in principe via de rechter worden afgedwongen. Dat is wat de AWBZ betreft niet alleen uit juridisch, maar ook uit maatschappelijk oogpunt terecht, omdat het gaat om aanspraken op noodzakelijke zorg, die zonder de AWBZ niet of moeilijk verzekerbare is. Harde aanspraken dus, maar de realiteit is toch enigszins anders. Hoe kan dat?

Aanspraken moet je kunnen verzilveren

De belangrijkste reden is, dat voor het realiseren van de aanspraken voldoende voorzieningen en voldoende financiële armslag nodig zijn. Beide zaken hangen in hoofdzaak af van de rijksoverheid, die ze bewust schaars houdt om de collectieve lasten te beperken en een doelmatige aanwending ervan te stimuleren. Als een verzekerde als gevolg daarvan zijn aanspraak niet kan verzilveren, is er een grote kans dat hij bij de rechter bot vangt. De zorgaanbieder kan niet aanbieden wat er niet is en dat geldt voor de verzekeraar ook. Wat hen betreft is er sprake van overmacht.

Waar niet is, verliest de kiezer zijn recht?

De overheid blijft buiten spel, want hoewel zij de schaarste veroorzaakt, kan zij daar door de verzekerde niet op worden aangesproken. Die moet zich bij de verzekeraar vervoegen en bij degene met wie de verzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft afgesloten.

Een tweede reden is, dat een verzekerde zijn verstrekking pas krijgt als er een indicatie is. Dat wil zeggen dat is vastgesteld dat in zijn situatie de verstrekking nodig is en aan zijn behoefte beantwoordt. Zo'n indicatie wordt idealiter onafhankelijk van de beschikbaarheid van de betreffende voorzieningen vastgesteld. De realiteit is dat de indicatie in de richting van de beschikbaarheid wordt bijgebogen. Dat kan gemakkelijker gebeuren naarmate de indicatiecriteria meer ruimte voor interpretatie laten.

Geen behoefte aan zorg die niet beschikbaar is?

Er is een derde reden. De overheid is zuiniger geworden met het toekennen van aanspraken in de vorm van wettelijke verstrekkingen, harde aanspraken. Er zijn wel een heleboel subsidieregelingen gekomen. Die worden uit de AWBZ betaald en door de Ziekenfondsraad (ZFR) uitgevoerd. Ze vormen als het ware een pseudo-AWBZ. Ze varen onder dezelfde vlag, maar de lading is een andere.

Pseudoverstrekkingen

Er is nog een vierde reden. De AWBZ-patiënten betalen hoge eigen bijdragen. Die zijn niet bedoeld als remgeld of als vergoeding voor de kosten van huisvesting of dienstverlening, maar als medefinanciering. Anders dan in de ziekenfondsverzekering is er geen regeling om ongewenste stapeling van bijdragen te voorkomen. Waar patiënten de keus hebben om van een verstrekking af te zien - thuiszorg bijvoorbeeld - gebeurt dat ook wel. De bijdrage functioneert dan onbedoeld als remgeld, met te geringe verzorging als gevolg.

Verzekerd zijn maar toch betalen

De aanspraken van de AWBZ zijn dus zachter dan op het eerste gezicht lijkt. Zo zacht zelfs, dat harde garanties dreigen af te glijden tot morele verplichtingen en rechten tot gunsten. Er is een spanning tussen leer en praktijk omdat het gewoon is geworden dat politieke afspraken over de voor de gezondheidszorg beschikbare financiële ruimte uiteindelijk bepalen of verzekerden de zorg krijgen waarop ze recht hebben. De AWBZ is in feite een overheidsvoorziening aan het worden in het jasje van een sociale verzekering. De vraag is of dat de toekomst van de AWBZ moet zijn of niet. En verder welke consequenties we aan het antwoord op die vraag moeten verbinden.

Moet de AWBZ een sociale verzekering blijven of een overheidsvoorziening worden?

Er is een aantal argumenten voor de ombouw van de AWBZ tot een sociale voorziening. De AWBZ wordt financieel beter beheersbaar, want zij wordt dan volledig onderworpen aan het begrotingsregime. De aanspraken kunnen beter worden afgestemd op de individuele behoeften, de regionale omstandigheden en de financiële mogelijkheden. De toewijzing van de zorgverlening kan makkelijker worden beperkt tot specifieke groepen en categorieën. De betrokken sectoren kunnen makkelijker door de rijksoverheid worden aangestuurd en de uitvoering staat onder directe democratische controle.

De argument pro en contra

Er zijn ook sterke argumenten voor de handhaving van het verzekeringskarakter van de AWBZ. De aanspraken liggen vast en zijn niet makkelijk te veranderen. Voor de financiering geldt hetzelfde. Er is een apart fonds met een vaste bestemming. Rechtszekerheid en rechtsgelijkheid zijn tot op grote hoogte gewaarborgd. De verzekering kan rekenen op een breed maatschappelijk draagvlak. En, voor de voorzieningen niet onbelangrijk, er is een structurele bekostiging van de gezondheidszorg.

Voor de weging van deze argumenten is het belangrijk om nog eens vast te stellen waarvoor de AWBZ bedoeld is: toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg, verzekering van onverzekerbare risico's, bescherming van kwetsbare mensen en voorzieningen. Naarmate de AWBZ daarop scherper wordt gericht, is het belangrijker dat de mensen krijgen wat ze nodig hebben. Dat pleit er voor het verzekeringskarakter van de AWBZ niet alleen te handhaven, maar het zelfs te versterken en de aanspraken beter afdwingbaar te maken. Daarbij komt dat de voordelen die aan een ombouw van de AWBZ tot een sociale voorziening verbonden zijn, naar het oordeel van de RVZ ook kunnen worden bereikt door de uitvoering van de verzekering te verbeteren. Daarop komt de RVZ in het volgende hoofdstuk terug.

De beschermingsfunctie van de AWBZ vergt een verzekering

Om het verzekeringskarakter van de AWBZ te versterken pleit de RVZ ervoor dat de rijksoverheid zelf de verzekeringstaak op zich neemt. Dat wil zeggen dat de verzekerde zich voor de realisering van zijn aanspraken rechtstreeks op de zorgplicht van de rijksoverheid kan beroepen. Verder dat de rijksoverheid verantwoordelijk wordt voor de uitvoering van de AWBZ. Die vindt dan onder haar regie plaats.

De overheid als de eigenlijke verzekeraar

Het is een logisch vervolg op de tot nu toe gevolgde gedachtegang dat de AWBZ geen subsidieregelingen bevat die als een verkapte

Echte aanspraken

verstrekking kunnen worden aangemerkt. Dat is ook niet nodig als de nodige soepelheid wordt ingebouwd in de aanspraken en de wijze waarop die tot gelding kunnen worden gebracht. Daarvoor staan verschillende wegen open:

- Aanspraken functioneel omschrijven, een oude suggestie met voortdurende actualiteitswaarde. Aanspraken kunnen met behoud van sturingsmogelijkheden flexibeler worden omschreven als zorgproducten in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en van een prijs voorzien.
- Deelaanspraken mogelijk maken, zoals het kabinet van plan is.
- Een bepaling in de wet opnemen op grond waarvan de verstrekking kan worden toegespitst op wat voor de verzekerde in zijn situatie noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Deze zogenaamde Dunning-criteria zijn vervolgens een door de rechter toetsbare grondslag voor de indicatiestelling. Een dergelijke bepaling maakt het onder andere mogelijk om bij de vaststelling van de benodigde AWBZ-zorg op een objectieve manier rekening te houden met de mogelijkheden van de patiënt zelf en diens directe omgeving. Uitgangspunt daarbij is dat mantelzorg vrijwillig wordt verleend.
- Het zorgkantoor (zie hoofdstuk 3) de vrijheid geven met gecertificeerde of toegelaten instellingen al dan niet contracten af te sluiten.
- Gebruikers meer vrijheid te geven om zelf te kiezen hoe een verstrekking wordt gerealiseerd en van wie ze bepaalde zorgproducten willen afnemen. Wat de vorm van de verstrekking betreft kan worden gedacht aan de toekenning van trekkingsrechten (persoonsvolgende budgetten) of aan de keuze tussen een verstrekking in natura of een bepaald percentage (60% bijvoorbeeld) in cash. De vrijheid om te kiezen van wie je een bepaald zorgproduct wil, zal groter moeten worden. Waarom is in de curatieve zorg de vrijheid van artskenkeuze ongeveer heilig, terwijl het in de care niet eens een punt van bespreking is? Noch in het verpleeghuis, noch in de psychiatrische inrichtingen, noch in de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten is er vrije artskenkeuze.

Het is inherent aan een verzekering dat de uitgaven tevoren niet helemaal vaststaan. Een strikt gesloten financiering - op is op - is daarom niet mogelijk. Van de andere kant zijn de uitgaven wel te voorspellen, zeker als het gaat om bestaande handicaps en chronische ziekten, en kunnen ze ook worden beïnvloed, bijvoorbeeld door de vorm of formulering van de aanspraak, de indicatiestelling of de wijze waarop de verstrekking wordt verleend. Als de overheid een juridisch afdwingbare zorgplicht krijgt, kan zij zich

Eerst zorgplicht, dan kostenbeheersing

daar niet met een beroep op budgetdiscipline aan onttrekken. Maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat alle gedachten aan kostenbeheersing over boord gezet moeten worden. Door de wijze waarop de aanspraken worden geformuleerd kunnen de kosten worden beïnvloed (zie hierboven). In de AWBZ kunnen verder ventielen worden ingebouwd door bijvoorbeeld productieafspraken niet meer in aantallen vast te leggen, maar in termen van een zorgplicht in een bepaalde regio voor een bepaalde tijd. Een andere weg is die van de managed care, waarin het zorgkantoor samen met zorgverleners afspraken maakt over een doelmatige organisatie van het zorgverleningsproces. Ook eigen bijdragen kunnen de kosten helpen beheersen. De argumenten om daarvan gebruik te kunnen maken, lijken echter voor een AWBZ-nieuwe-stijl niet zo sterk. Het besparingsmotief heeft vooral betekenis in relatie tot het wonen en de dienstverlening. Voor de zorg geldt het niet. Het remmotief toepassen op van zorg afhankelijke mensen, lijkt een tamelijk perverse bezigheid. Rest het motief van medefinanciering. Daar is misschien ruimte voor, maar toepassing ervan mag niet als rem of hinderpaal gaan functioneren.

3 De uitvoering van de AWBZ

3.1 Inleiding

De AWBZ die we in het vorige hoofdstuk hebben neergezet, is bedoeld voor onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen: noodzakelijke zorg voor mensen met langdurige en ernstige beperkingen, in het bijzonder degenen onder hen die zich niet zelfstandig kunnen handhaven. In een dergelijke AWBZ zullen de verzekerden ervan op aan moeten kunnen dat zij alle zorg krijgen waarop zij recht hebben. De AWBZ zal te maken krijgen met een toenemende vraag, vooral onder invloed van de vergrijzing. Er zal behoefte zijn aan een gedifferentieerd aanbod en zorgverlening op maat. Maar de financiële middelen zullen onder druk blijven staan vanwege de noodzaak om de collectieve lasten te blijven beheersen. Als delen van de ggz en de verpleging en verzorging en verder de huisvesting van en de dienstverlening aan grote groepen patinten tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, gemeenten of volkshuisvesters gaan behoren, zal een intensieve samenwerking en beleidsafstemming met deze instanties noodzakelijk zijn.

Bij een ander profiel hoort een andere uitvoering

Hieruit kan een aantal eisen worden afgeleid die aan de uitvoering van de AWBZ moeten worden gesteld.

Kenmerken

1. Eenheid van bepalen en betalen, wat betekent dat de eindverantwoordelijkheid voor en de regie van de uitvoering bij de rijksoverheid komt te liggen.
2. Een regionale organisatie van de uitvoering.
3. Incentives voor een flexibele, resultaatgerichte uitvoering in de vorm van een tijdelijke concessie.
4. Resultaat in de vorm van een patiëntgerichte realisering van de aanspraak staat voorop. Middelen en procedures zijn volgend.
5. Het instrumentarium moet een doelmatige uitvoering en regionale afstemming faciliteren.

In de volgende paragrafen gaan we op een drietal aspecten van de uitvoering nader in: het *zorgkantoor* in relatie tot de overheid, de *indicatiestelling* in relatie tot de aanspraken en de *regiovisie* in relatie tot de afstemming met andere beleidsinstanties.

Drie elementen worden uitgewerkt

3.2 Het zorgkantoor

De toekomst van de AWBZ

De AWBZ wordt op het ogenblik uitgevoerd door ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en publiekrechtelijke ziektekosten-verzekeraars. De bijbehorende taken worden echter vooral door verbindingkantoren uitgevoerd. Die onderhouden namens alle uitvoeringsorganen contact met de aan hen toegewezen AWBZ-instellingen in een bepaalde regio. Per regio kunnen verschillende verbindingkantoren werkzaam zijn. Om het nog ingewikkelder te maken: er zijn behalve verbindingkantoren ook regionale contactkantoren en contactorganen, die formeel een speciale functie hebben, maar materieel hetzelfde doen als een verbindingkantoor.

Een ingewikkelde uitvoeringsstructuur

Hoewel verschillend geoordeeld wordt over het functioneren van de verbindingkantoren, bestaat er een aanzienlijke mate van overeenstemming over de volgende drie punten voor verbetering:

Het kan beter en eenvoudiger

1. Eenduidigheid in de uitvoering;

sommige verbindingkantoren voeren de AWBZ naar de letter uit, andere naar de geest. Sommige stellen zich passief op, andere actief. Het gevolg is dat er in zeer verschillende mate sprake is van zorgregie.

2. Transparantie in het functioneren;

de beleidsvoorbereiding en -beslissingen van sommige verbindingkantoren worden regelmatig ervaren als autonoom, ad hoc en van persoonlijke voorkeuren afhankelijk. De informatievoorziening aan derden laat te wensen over.

3. Maatschappelijke legitimatie van het handelen;

er is sprake van een moeilijk te controleren verwevenheid van taken van de verzekeraar en het verbindingkantoor, die vermenging van belangen mogelijk maakt.

In het regeerakkoord is een vernieuwing van de uitvoeringsorganisatie aangekondigd, gericht op het verminderen van de administratieve lasten en het verbeteren van de aanbodsturing in regionaal verband. In een brief aan de Tweede Kamer over de zorgvernieuwing in de AWBZ hebben de bewindsvrouwen van VWS dit voornemen verder uitgewerkt. Zij willen de uitvoering van de AWBZ in handen leggen van één zorgkantoor per regio en een verzekeraar als zodanig aanwijzen. Verder willen zij de patiënten/consumentenorganisaties, de zorgaanbieders en de gemeenten bij de uitvoering betrekken, door aan het zorgkantoor een Raad van Advies te verbinden. In ZN-verband werken de zorgverzekeraars aan een profiel voor zo'n zorgkantoor nieuwe stijl. In dat profiel lijken de drie hierboven genoemde punten aandacht te krijgen, waardoor bruikbare bouwstenen voor een betere

De nieuwe structuur: één zorgkantoor per regio

uitvoeringsorganisatie beschikbaar kunnen komen.

De overheid kan daarvan gebruikmaken als zij, zoals de RVZ bepleit, zelf de verantwoording voor de uitvoering van de AWBZ op zich neemt. De volgende elementen lijken daarbij van belang.	Aandachtspunten:
1. Het rijk verleent aan één zorgverzekeraar per regio een tijdelijke concessie als zorgkantoor voor de uitvoering van de AWBZ.	Geen concurrentie
2. Het zorgkantoor oefent onder toezicht van het rijk alle verzekeringstaken voor de AWBZ uit.	Alle verzekeringstaken
3. Aan de concessie worden voorwaarden verbonden. Deze voorzien onder andere in: beleidsmatige aansturing door het rijk, prikkels voor een doelmatige en patiëntgerichte uitvoering en regionale beleidsafstemming.	Concessie onder voorwaarden
4. Aansturing: zorgkantoren beschikken over een beleidsplan voor hun zorgbeleid, dat is opgesteld in overleg met de regionale partijen en past binnen de beleidskaders van het rijk. Het beleidsplan geeft uitvoering aan de wettelijke eisen ten aanzien van de verstrekkingen en aan de beleidskaders van de rijksoverheid.	Regionaal beleidsplan
5. Prikkels: zorgkantoren hebben hun administratie op orde en kunnen op basis daarvan informatie verschaffen over hun beleid en uitvoeringspraktijk. Zij stellen zich toetsbaar op. De verlenging van een concessie berust onder meer op een expliciete functioneringsbeoordeling van het zorgkantoor.	Prikkels voor doelmatigheid en doeltreffendheid
6. Regionale afstemming: zorgkantoren beschikken over een Raad van Advies, waarin de regionale partijen zijn vertegenwoordigd. Verder: het beleidsplan, de indicatiestelling (paragraaf 3.3) en de maatregelen die in paragraaf 3.4 worden besproken.	Afstemming met anderen

3.3 De indicatiestelling

Onder andere op basis van het advies 'Indicatiestelling en zorg op maat' van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is besloten om toe te werken naar een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling voor de zorgverlening in de AWBZ. Op de achtergrond hebben twee argumenten een belangrijke rol bij die beslissing gespeeld.	De indicatiestelling moet goed worden aangepast
1. Vanwege financiële krapte krijgt de indicatiestelling een strategische rol in het verdelen van de schaarste. Een zorgvuldige procedure met daarin de nodige checks en balances is daarom geboden.	

2. De verantwoordelijkheden voor de gezondheidszorg, de huisvesting en de dienstverlening raken meer gespreid. Voor de patiënt is het dan belangrijk dat een integrale afweging van zijn behoefte en een gecoördineerde toewijzing van voorzieningen mogelijk blijft. De indicatiestelling vervult hierin een noodzakelijke brugfunctie.

Het rijk heeft de gemeenten verantwoordelijk gesteld voor het instellen van (inter)gemeentelijke indicatie-organen. Deze indicatie-organen stellen indicaties vast. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing en de zorgaanbieders voor de zorgverlening. De invoering vindt gefaseerd plaats. Per 1 januari 1997 de sector verpleging en verzorging, het jaar daarna de gehandicaptenzorg en in 1999 de geestelijke gezondheidszorg. Voor de sector verpleging en verzorging is 1997 een overgangsjaar. Op basis van de opgedane ervaringen zal de regeling kunnen worden bijgesteld. In dat kader heeft staatssecretaris Terpstra van VWS de Tweede Kamer op 12 mei 1997 een voortgangsbrief gestuurd met voorstellen voor de uitwerking van het beleid en het invoeringsproces.

Daar is het kabinet mee bezig

Dit advies onderstreept nog eens het belang van een goede regeling van de indicatiestelling. De wettelijke aanspraken laten ruimte voor vraagsturing. Die sturing zal - op basis van beleid - vooral via de indicatiestelling plaatsvinden. Naarmate wonen, zorg en dienstverlening meer van elkaar gescheiden worden, zal het vooral een gecoördineerde sturing op basis van een gecombineerd beleid moeten zijn. Meer in het bijzonder zal:

Dit advies onderstreept de noodzaak

- de indicatie moeten uitwijzen of iemand in aanmerking komt voor een geventureerde verstrekking van gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening;
- het indicatieproces moeten kunnen leiden tot een gecombineerd aanbod van gezondheidszorg, maatregelen of aanbod in de sfeer van de huisvesting en verschillende vormen van dienstverlening;
- via de indicatie de doelgroep van specifieke gezondheidszorgvoorzieningen, maatregelen en aanbod in de sfeer van de huisvesting en vormen van dienstverlening moeten worden afgebakend.

Dit alles stelt hoge en strenge eisen aan het proces en de procedure van de indicatiestelling. De RVZ wijst op de volgende aandachtspunten.

Aandachtspunten:

1. De regio

Regionale indicatiestelling

Als de uitvoering van de AWBZ door één zorgkantoor per regio wordt uitgevoerd, is het niet meer dan logisch dat de

indicatiestelling ook per regio wordt georganiseerd. Alleen als de indicatiestelling ook andere terreinen dan de AWBZ bestrijkt, kan er reden zijn om daarvan af te wijken. Aan- gezien de gemeentelijke taak om indicatieorganen in te stellen berust op rijksbeleid, zou het rijk de gemeenten niet vrij moeten laten in de keuze van de schaalgrootte, maar deze op regioniveau moeten vaststellen.

2. De gemeente

Onafhankelijk ook ten opzichte van de gemeente

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de indicatiestelling en daarmee voor de totstandkoming van regionale indicatieorganen. Deze organen moeten kunnen zorgen voor een objectieve, integrale en vooral ook onafhankelijke indicatiestelling. Dat laatste impliceert dat de gemeenten geen invloed op de indicatiestelling zelf moeten kunnen uitoefenen, in het bijzonder als hun eigen belangen als zorgtoewijzer in het geding zijn. Daarom is het nodig dat er een duidelijke taakafbakening komt tussen de gemeenten en de indicatieorganen. Als in de toekomst de indicatiestelling ook de gemeentelijke dienstverlening gaat omvatten, zou de indicatiestelling onafhankelijk van de gemeenten moeten worden gepositioneerd.

3. Het domein van de indicatiestelling

Wettelijke regeling bij scheiding wonen, zorg en dienstverlening

Scheiding van wonen, zorg en dienstverlening heeft voor de patiënt aantrekkelijke, maar ook minder aantrekkelijke kanten. Aantrekkelijk zijn onder andere de grotere differentiatie in het aanbod en de toegenomen keuzemogelijkheden. Minder aantrekkelijk is het dat de coördinatie van het aanbod meer organisatie vergt. Het lijkt niet verantwoord tot een scheiding van wonen, zorg, en dienstverlening in de AWBZ over te gaan, als er geen garanties zijn - onder andere op het vlak van de indicatiestelling - dat coördinatie mogelijk is. Dat pleit ervoor om de indicatiestelling op termijn wettelijk te regelen en niet alleen verplicht te stellen voor de AWBZ-voorzieningen, maar ook voor de aanpa- lende woonvoorzieningen en die voor dienstverlening.

4. De plaats tussen vraag en aanbod

Indicatiestelling moet een duidelijke status hebben

De indicatiestelling, de indicatiebeoordeling en de zorg- toewijzing zijn formeel drie stappen in een proces dat ten behoeve van de patiënt snel, maar ook zorgvuldig, moet worden afgelegd. Dat pleit ervoor de drie stappen organisa- torisch aan elkaar te koppelen. Daar staat tegenover dat de indicatiebeoordeling en de zorgtoewijzing formeel aan het uitvoeringsorgaan van de AWBZ zijn voorbehouden. Met reden, omdat het een van zijn taken is om vast te stellen of een verzekerde recht op een verstrekking heeft. Dat pleit er-

voor om de status van de verschillende stappen in het proces te onderscheiden. Daar is nog meer reden voor als ook de zorgtoewijzing in het kader van andere regelingen zoals de WVG in de indicatieprocedure worden geïntegreerd (zie onder 3). Formeel kunnen de indicatiestelling, de indicatiebeoordeling en de zorgtoewijzing via delegatie of mandatering aan het indicatieorgaan worden geïntegreerd tot één procedure. De indicatiestelling kan dan worden beschouwd als een beschikking op een aanvraag voor een verstrekking. Voorwaarde zal zijn dat het indicatieorgaan de normen die het uitvoeringsorgaan bij de indicatiebeoordeling wil hantieren, correct toepast. In het voorstel van de RVZ om de rijksoverheid formeel voor de uitvoering van de AWBZ verantwoordelijk te maken, laat zo'n delegatie of mandatering zich waarschijnlijk makkelijker regelen dan in de huidige situatie. Het alternatief voor deze constructie is, dat de indicatiestelling geldt als een advies aan het uitvoeringsorgaan. Dat is dezelfde verhouding als die met de gemeenten in het kader van de WVG. Indien de indicatieprocedure met medewerking van het uitvoeringsorgaan c.q. de gemeente tot stand is gekomen, zal het niet makkelijk zijn om zonder strijd met algemene beginselen van behoorlijk bestuur van een positief advies van het indicatieorgaan af te wijken. De RVZ verwijst voor de juridische kant van de zaak naar de toelichting op het eerder genoemde advies Indiciestelling en zorg op maat.

- | | | |
|----|--|--|
| 5. | <p>De 80:20-regel</p> <p>In de voortgangsbrief van staatssecretaris Terpstra wordt voorgesteld om eenvoudige hulpvragen te onderscheiden van complexe. Eenvoudige hulpvragen zouden dan gestandaardiseerd, op basis van protocollen, namens het indicatieorgaan kunnen worden afgehandeld door zorgaanbieders. Het indicatieorgaan zou zich dan kunnen concentreren op de 20 procent complexere hulpvragen. Dit voorstel vooronderstelt dat de formele verhouding tussen de indicatiestelling en de zorgtoewijzing goed geregeld is. Want hoewel het de procesgang zal vereenvoudigen, zal het de procedure formeel compliceren doordat een extra delegatie wordt ingebouwd. Dat pleit ervoor de formele kant goed af te dichten, zoals onder 4 bepleit.</p> | Niet moeilijk als het eenvoudig kan |
| 6. | <p>Het regiobeleid</p> <p>Het zal duidelijk zijn dat een goed werkend indicatiesysteem moet zijn ingebed in het beleid van de betrokken uitvoeringsorganen, gemeenten en andere partijen. Nu geldt</p> | Een regionaal protocol voor het indicatiebeleid is wenselijk |

dat al voor de uitvoering van de AWBZ en de WVG. Als de scheiding van wonen, zorg en dienstverlening verder gestalte krijgt zullen waarschijnlijk meer regelingen en instanties daarbij betrokken worden. Het verdient aanbeveling dat er gezamenlijk afspraken worden gemaakt over het te voeren indicatiebeleid. Deze worden dan vastgelegd in het protocol dat het indicatieorgaan bij haar werk toepast. Er zijn verder afspraken nodig over:

- de koppeling tussen het protocol van het indicatieorgaan en de werkwijze van de aanbieders: men moet zich gezamenlijk garant stellen (ook financieel) dat niemand buiten de boot valt;
- de koppeling van de indicatiestelling aan een adequaat wachtlijstbeheer voor die patinten die niet onmiddellijk hun indicatie kunnen effectueren;
- het gebruik van de informatie uit de indicatiestelling voor het beleidsplan van het zorgkantoor c.q. het beleid van de andere regionale partners. Het is onwaarschijnlijk dat het systeem van indicatiestelling goed kan blijven functioneren als er geen formele wettelijke regeling aan ten grondslag ligt, waarin de formele verhoudingen en bevoegdheden voor de betrokken wettelijke regelingen goed zijn geregeld. De wet zal verder moeten voorzien in een mechanisme voor beleidsafstemming in de regio.

3.4 De regiovisie

De regiovisie is tijdens de hoogtijdagen van het marktdenken in de gezondheidszorg (de derde Dekker-brief 'Verandering verzekerd') door het rijk ten tonele gevoerd om de provincies en de gemeenten enig perspectief te bieden op een rol in de aansturing van de gezondheidszorg. In 1992 is er enige tijd sprake van geweest dat in de Gezondheidswet een regeling zou worden opgenomen op grond waarvan de provincies en grote gemeenten periodiek een visie zouden vaststellen op 'de uit een oogpunt van het algemeen belang meest wenselijke inrichting van het zorgaanbod in hun provincies'. Die regeling is na hevig verzet van de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de gemeenten niet doorgegaan. Argumenten waren onder andere dat:

- de formele verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld van verzekeraars) worden vertroebeld;
- de regiovisie slechts een papieren exercitie is;
- de regiovisie als advies geen meerwaarde heeft;
- de totstandkoming van de regiovisie veel bureaucratische

Verzet tegen de regiovisie

rompslomp met zich meebrengt.

Het onderwerp regiovisie is tijdens het huidige kabinet opnieuw op de agenda gekomen vanwege het voornemen om de Wet ziekenhuisvoorzieningen ingrijpend te moderniseren. Het wetsvoorstel (Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen) is overigens (nog) niet aan de Tweede Kamer aangeboden. De planningstaak die de provincies nu nog op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) hebben, zou in de herziene wet worden vervangen door een adviestaak. In de wet zou komen te staan dat de minister van VWS de totstandkoming van regiovisies bevordert. Dat zou volgens de toelichting betekenen dat 'de minister de provincies uitnodigt de totstandkoming van regiovisies te coördineren, daarbij tenminste gemeenten, gebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars uit te nodigen en met hen overeenstemming na te streven. Mocht dat laatste niet lukken, dan stelt de provincie haar eigen visie vast en laat de verschillende opvattingen aan de minister weten, vergezeld van haar eigen commentaar. De regiovisie heeft de status van een advies aan de minister.'

De regiovisie opnieuw op tafel

In de Overgangswet verzorgingshuizen zijn op aandringen van het Interprovinciaal Overleg (IPO) en na aanneming van het amendement-Vliegenthart bepalingen over een regiovisie opgenomen. De regiovisies moeten door de provincies en grote steden worden opgesteld in overleg met gemeenten, gebruikers, zorgaanbieders en verzekeraars. Zij gelden als een zwaarwegend advies aan de minister. Zij beogen richting te geven aan het zorgaanbod van verzorgingshuizen en verpleeghuizen en besteden daarbij tevens aandacht aan de relatie met de thuiszorg. Op basis van de regiovisies kunnen de provincies en vier grote steden aan de minister vragen om de Ziekenfondsraad een aanwijzing te geven. Zo'n aanwijzing maakt het mogelijk om van het Plan op de Bejaardenoorden 1997 - 2001 af te wijken of verpleeghuiscapaciteit om te zetten in verzorgingshuiscapaciteit. Inmiddels wordt er aan de regiovisies gewerkt. De benaderingen van de provincies blijken nogal uiteen te lopen. Er kunnen verschillende varianten worden onderscheiden, die onderling verschillen in breedte en diepte. Verschil in breedte wil zeggen dat in sommige regiovisies niet alleen de terreinen die de wet noemt, maar ook vormen van maatschappelijke dienstverlening of soms de gehele gezondheidszorg worden meegenomen. Verschil in diepte wil zeggen dat sommige regiovisies volstaan met een inventarisatie van vraag, aanbod, knelpunten en oplossingen, terwijl andere ook formele afspraken een uitvoeringstraject bevatten en nog weer andere ook de financiële consequenties van de gemaakte afspraken

De Overgangswet verzorgingshuizen als bruggehoofd

weergegeven.

Wil een regiovisie bestaansrecht hebben, dan moet ze meer zijn dan een doekje voor het bloeden. Een regiovisie kan richting geven aan (delen van) het voorzieningenbeleid in de regio, maar dan moet er ook een formele grondslag voor zo'n beleid zijn. Planning en beleidsontwikkeling moeten aansluiten op de formele taken en bevoegdheden van de partijen in de regio en ten dienste staan van hun besluitvorming. Die les is in de jaren tachtig door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid getrokken uit de ervaringen met het hooggespannen planningsdenken van die tijd. Als we daarvan willen leren, hoeven we de geschiedenis niet te herhalen.

Heeft een regiovisie wel bestaansrecht?

De uitvoering van de AWBZ is gebonden aan landelijke kaders, maar zou, zoals eerder is gezegd, ook in de regio moeten wortelen. Daarom is het belangrijk dat het regionale zorgkantoor een beleidsplan heeft, dat in overleg met de regionale partijen is opgesteld. Via dat overleg kunnen verzekeraars hun beleid afstemmen op dat van de gemeenten, woningbouwcorporaties en andere partijen. Aan een regiovisie bestaat in deze situatie geen behoefte.

Niet als het zorgkantoor een beleidsplan maakt

Er ontstaat een andere situatie als de AWBZ geen integrale voorziening blijft, maar zoveel mogelijk wordt beperkt tot gezondheidszorg. Dan wordt een regiovisie noodzakelijk. De samenhang in het aanbod waar veel ouderen en gehandicapten behoefte aan hebben, zal dan bij uitzondering alleen binnen het kader van de AWBZ kunnen worden gerealiseerd. Er zullen daarom op verschillende niveaus (patinten, instellingen, beleidsorganen) coördinatiemechanismen moeten komen tussen de gezondheidszorg, de huisvesting en de dienstverlening. Het rijk zal daar de voorwaarden voor moeten creëren. Patinten zullen bijvoorbeeld, al dan niet met behulp van een zorgconsulent, met eigen middelen of een persoonsgebonden budget (PGB) zorg en dienstverlening moeten kunnen inkopen. Het rijk zal dan moeten bevorderen dat patiënten kunnen beschikken over een PGB en de diensten van een consulent. Instellingen kunnen bijvoorbeeld zelf een geïntegreerd pakket van gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening op de markt zetten. De regelgeving moet de instellingen dan bijvoorbeeld in staat stellen om te bouwen via volkshuisvesting in plaats van via de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Er zal dus ook op verschillende niveaus, waaronder het regionale, beleidsafstemming tussen sectoren nodig zijn met als belangrijkste partners de zorgkantoren (AWBZ), de gemeenten (WVG, Woningwet, bestemmingsplan), de woningbouwcorpo-

Wel als wonen, zorg en dienstverlening worden gescheiden

raties (bouw en exploitatie) en de drie partijen van de gezondheidszorg (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patinten/consumenten).

Of instanties als gemeenten, corporaties en zorgkantoren hun beleid op vrijwillige basis op elkaar gaan afstemmen hangt van een aantal factoren af. Uitgangspunt is dat elke instantie een afweging maakt van de voor- en nadelen. Het belangrijkste voordeel is dat de deelnemende instanties hun krachten bundelen, hetzij in financiële zin, hetzij in kennis en kunde, hetzij anderszins. Er moet sprake zijn van wederzijds voordeel. Daar staat tegenover dat de deelnemende instanties een - klein of groter - deel van hun autonomie inleveren. Zij gaan verplichtingen aan die hun vrijheid van handelen beperken. Er kunnen aan afstemming ook andere nadelen kleven. Het vermogen om adequaat te reageren op externe veranderingen (bijvoorbeeld veranderingen in het stelsel of het decentralisatiebeleid van het kabinet) neemt af. Het innovatief vermogen wordt bijvoorbeeld minder omdat men meer mikt op wat haalbaar en voor iedereen acceptabel is.

Samenwerken heeft voor- en nadelen

Vrijwillige beleidsafstemming hangt niet alleen af van een positief saldo van voor- en nadelen. Er zijn nog meer voorwaarden voor succes. De betrokken instanties moeten in beginsel positief staan tegenover samenwerking met andere instanties. Anders zullen zij de vraagstukken waar zij voor staan niet in termen van afstemming en samenwerking definiëren en blijft coördinatie als aanpak buiten beeld. Ook als de behoefte aan samenwerking vaststaat, moet het tussen de betrokken instanties toch "klikken". Ze moeten bij voorkeur een vergelijkbare status hebben, vanuit dezelfde 'filosofie' tegen de vraagstukken aankijken, geen bedreiging vormen voor elkaars terrein en qua werkgebied, organisatiestructuur en werkwijze niet teveel van elkaar verschillen. Tenslotte moet ook vaststaan dat de instanties hun beleid voor langere tijd op elkaar kunnen afstemmen. Zware voorwaarden dus, waaraan niet zomaar wordt voldaan.

Een gemeenschappelijk belang is niet genoeg

Of instanties hun beleid op vrijwillige basis op elkaar gaan afstemmen hangt dus af van hoe men elkaar inschat en of men feitelijk over de goede middelen, procedures en structuren beschikt. Beide zijn nodig voor een samenwerkingsrelatie. Ook als beleidsafstemming wettelijk of anderszins vereist wordt, blijft het belangrijk dat de instanties bij elkaar passen, dat afstemming van beleid voordeel oplevert en dat zij in staat zijn hun relatie te onderhouden. Is dat het geval, dan is de afstemming waarschijnlijk hechter en duurzamer dan wanneer zij geheel op eigen initiatief tot

Cultuur en duurzaamheid zijn ook belangrijk

stand komt. Dat is zeker het geval als de afstemming het beoogde resultaat oplevert en er geld is om de kosten van de beleidscoördinatie te betalen. Als daarentegen aan de voorwaarden voor samenwerking niet wordt voldaan, zal de samenwerking - ook al is zij vereist - geen stand houden. In tegendeel, afgedwongen samenwerking die geen aantoonbaar voordeel oplevert, werkt demotiverend op alle betrokkenen.

Vanwege het noodzakelijke karakter van de AWBZ-voorzieningen zullen de verschillende functies ervan beschikbaar en toegankelijk moeten blijven. Als wonen, zorg en dienstverlening apart geregeld gaan worden, is beleidsafstemming een conditio sine qua non. Zij zal dus verplicht moeten worden, maar dan wel onder zo gunstige mogelijke condities, waarvoor het rijk verantwoordelijk is. Dat betekent dat er een wettelijke grondslag moet komen en dat het om meer gaat dan alleen een regiovisie:

Een regiovisie alleen is dus niet genoeg

1. partijen moeten een gemeenschappelijk financieel belang hebben bij coördinatie;
2. het domein waarop de coördinatie betrekking heeft, moet worden afgebakend en tot een gemeenschappelijk domein worden gemaakt met een duidelijke toedeling van ieders verantwoordelijkheid;
3. het rijk moet bevorderen dat partijen een gemeenschappelijke regionale infrastructuur voor het gemeenschappelijke domein creëren;
4. duidelijk moet zijn wie partij zijn en wie het initiatief moet nemen;
5. het rijk moet zeker stellen dat de coördinatie gedurende langere tijd kan worden gecontinueerd.

4 Conclusies en aanbevelingen

Het kabinet heeft de RVZ om advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ. Dit tegen de achtergrond van:

- een sterker accent in de hulpverlening op de sociale integratie van ouderen en gehandicapten;
- beperking van collectieve lasten en nadruk op eigen verantwoordelijkheid;
- een toenemend aantal ouderen en mensen met chronische beperkingen.

Hoe moet het verder met de AWBZ?

De huidige AWBZ is een uitdijend heelal van voorzieningen en functies. Vergelijken met het gebrek aan voorzieningen bij de invoering van de AWBZ is dat een grote vooruitgang. Maar toch is het beeld niet positief. De AWBZ is stuurloos, gaat gebukt onder schaarste en biedt toch niet wat de mensen willen. De verstrekkingen sluiten onvoldoende aan op individuele behoeften en wensen. Met zo'n AWBZ kun je de toekomst niet in. Zonder verandering zal schaarste de aanspraken van kwetsbare mensen blijven bedreigen, zal de legitimiteit van de AWBZ verder onder druk komen (wat komt wel/niet voor eigen rekening en verantwoording) en zal het aantal keuzemogelijkheden onder druk van de schaarste eerder af- dan toenemen.

Gewoon doorgaan lost de problemen niet op

Daarom moet nu het roer om, omdat we nog de tijd hebben om het weloverwogen, voorzichtig en zonder grote schokken te doen. De problemen zijn immers wel dringend, maar niet urgent.

Voorzichtig van koers veranderen

Het roer om betekent dat we de AWBZ een duidelijker plaats en functie moeten geven:

Een scherper profiel

- in het verzekeringsstelsel: onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen;
- in het geheel van voorzieningen: beschermzorg en langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding;
- qua functie: garantie van beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

Het roer om betekent ook dat we duidelijke keuzen moeten maken over de uitvoering:

Een betere uitvoering

- eenheid van bepalen en betalen;
- het rijk verantwoordelijk voor regie en uitvoering;
- regionale organisatie van de uitvoering;

De toekomst van de AWBZ

- zorgkantoor nieuwe stijl;
- een goed geregelde en verplichte afstemming met andere sectoren.

Gegeven de historische functie van de AWBZ is een andere koers voor de AWBZ alleen mogelijk als de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen gedeeld kan worden met andere sectoren en overheden, zoals volkshuisvesting (wonen), sociale zaken (inkomen en arbeid) en gemeenten (dienstverlening, woningaanpassingen, vervoer, bijstand).

Spreiding van verantwoordelijkheid

1. Heeft de AWBZ toekomst? Zo ja, welke?

Ja. De AWBZ heeft toekomst als een volksverzekering voor onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg. Onverzekerbaar moet dan naar de huidige situatie vertaald worden, waarin onverzekerbaar wil zeggen dat de verstrekkingen bij beperkte middelen een verhoogd risico lopen op kwaliteitsvermindering en capaciteitstekorten. Het gaat om:

Een volksverzekering voor onverzekerbare risico's

- 24-uurs zorg in combinatie met verblijf en dienstverlening. Doelgroep: mensen met ernstige en langdurige beperkingen, die zich als gevolg daarvan niet zelfstandig in de maatschappij kunnen handhaven;
- langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding van mensen met ernstige en langdurige beperkingen.

Omdat deze zorg zowel noodzakelijk als kwetsbaar is, moet het verzekeringskarakter van de AWBZ worden gehandhaafd en moeten er - ook bij beperkt beschikbaar gestelde middelen - garanties zijn voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Handhaving van het verzekeringskarakter

Aanbevelingen:

1. Naar het tweede compartiment kunnen:
 - . langdurige ziekenhuiszorg en revalidatiezorg;
 - . kortdurende, op herstel en stabilisatie gerichte ggz-zorg;
 - . kortdurende, op herstel en stabilisatie gerichte verpleging en verzorging.
2. Wonen, zorg en dienstverlening kunnen onder condities worden gescheiden.
3. Conditie voor scheiding zijn:
 - a. harde garanties voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de betrokken voorzieningen;

- b. harde garanties voor beleidsafstemming en coördinatie op uitvoerend niveau;
 - c. financiële tegemoetkoming aan patiënten voor extra lasten in de vorm van bijvoorbeeld een intergratietegemoetkoming.
4. De aanspraken op 'beschermzorg' blijven institutioneel omschreven, met dien verstande dat ze door of vanwege de instelling kunnen worden gerealiseerd. De overige aanspraken worden bij voorkeur functioneel en in de vorm van deelaanspraken omschreven en toegespitst op wat voor de verzekerde noodzakelijk, effectief en doelmatig is.
 5. Patiënten krijgen meer vrijheid om te kiezen of een verstrekking in natura of in geld wordt verleend. De patiënten krijgen meer mogelijkheden om tussen hulpverleners en instellingen te kiezen.
 6. Als wonen, zorg en dienstverlening worden gescheiden, moet de ratio van eigen bijdragen opnieuw worden bezien.

2. Hoe en door wie moet de AWBZ worden aangestuurd?

De AWBZ moet onder verantwoordelijkheid van het rijk worden uitgevoerd. Argumenten daarvoor zijn:

- . het bestuurlijk uitgangspunt dat wie bepaalt betaalt;
- . de beschermende functie van de AWBZ;
- . het belang van een rechtsgelijke uitvoering.

Verantwoordelijkheid van het rijk voor de uitvoering

De uitvoering vindt onder verantwoordelijkheid en regie van de rijksoverheid plaats door zorgkantoren. Per WZV-regio functioneert één zorgkantoor, op basis van een concessie die voor vier jaar aan een zorgverzekeraar wordt verleend. De concessievoorwaarden hebben onder andere betrekking op aansturing door het rijk, prikkels voor een doelmatige en patiëntgerichte uitvoering en regionale beleidsafstemming.

Uitvoering door regionaal zorgkantoor ...

Aansturing van het zorgkantoor vindt plaats op geleide van de wet, de concessievoorwaarden en een beleidsplan, dat het zorgkantoor in overleg met de regionale partners opstelt. Het zorgkantoor houdt in zijn beleidsplan rekening met de beleidskaders van de rijksoverheid.

... binnen nationale en regionale beleidskaders

Aanbevelingen

7. In de AWBZ wordt de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid voor de uitvoering van de verzekering neergelegd. Deze verantwoordelijkheid omvat de zorgplicht jegens de verzekerden.
8. In de AWBZ wordt de functie van het zorgkantoor geregeld, het

concessiesysteem en wat verder voor een goede uitvoering van de wet nodig is.

9. Het belang van een goede indicatiestelling wettigt regeling van de indicatiestelling bij of krachtens de AWBZ. Als de indicatieprocedure ook op verstrekkingen of voorzieningen van andere regelingen betrekking heeft, (met name wonen en dienstverlening), ligt een afzonderlijke wet in de rede.
10. Bij scheiding van wonen, zorg en dienstverlening moet aan de beleidscoördinatie ten behoeve van mensen met langdurige en ernstige beperkingen een wettelijke grondslag worden gegeven.

3. Hoe moet de AWBZ worden gefinancierd?

Grote veranderingen in de financieringssystematiek zijn niet nodig. Alleen het systeem van mede-financiering via eigen bijdragen zal op de helling moeten, als wonen, zorg en dienstverlening worden gescheiden. Verder zullen er vanwege knippen en het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening, financiële verschuivingen optreden, waarvan aard en omvang afhangen van de modaliteiten, het tempo en de omvang van deze operaties. Deze zijn op het ogenblik slechts gedeeltelijk in kaart te brengen. Duidelijk is dat de financieringslast van de AWBZ zal dalen, maar niet hoeveel. Daarvoor is nader onderzoek nodig. Er is ook nader onderzoek nodig naar de financiële consequenties voor de patinten. Het is immers niet de bedoeling dat de inkomenssituatie van gehandicapten en chronisch zieken als gevolg van deze operatie achteruit gaat. Daarom moet ook worden nagedacht over de vorm waarin deze patiënten voor eventueel hogere lasten kunnen worden gecompenseerd.

Aanpassing van eigenbijdragesystematiek nodig

Aanbevelingen

11. Onderzoek is nodig naar de aard en omvang van de financiële verschuivingen die te verwachten zijn als gevolg van het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening.
12. Splits de eigen bijdragen voor instellingsgebonden zorg in aparte bijdragen voor wonen, zorg en dienstverlening om de financiële gevolgen van het scheiden van de drie functies beter zichtbaar te maken.
13. Ontwikkel een systeem van tegemoetkomingen in zorgkosten om patinten te kunnen compenseren voor extra uitgaven als gevolg van hun ziekte of handicap. Daarmee kunnen eventueel hogere lasten bij scheiding van wonen, zorg en dienstverlening worden opgevangen.

4. Hoe moeten eventuele veranderingen worden gerealiseerd?

Het regeerakkoord bepaalt de koers,

De RVZ geeft prioriteit aan verbeteringen in de uitvoering van de AWBZ en de modernisering van de aanspraken. De afslanking van het pakket en de overdracht van functies en verstrekkingen is een proces van lange adem, dat voorzichtig moet worden uitgevoerd. Het is een proces in het belang van de patiënten, dat zich niet tegen hen moet keren. Het is nu vooral zaak dat er overeenstemming ontstaat over de richting van dat proces en dat het in goede banen wordt geleid. De RVZ heeft in het kader van dit advies vooral de principiële koers uitgezet, maar niet de uitvoering van de verschillende stappen onderzocht. Die kunnen desgewenst in afzonderlijke adviezen aan de orde komen, zoals de adviezen over het scheiden van wonen en zorg en over de knip in de ggz.

een projectorganisatie leidt de uitvoering in goede banen

Aanbevelingen

14. Het regeerakkoord is de aangewezen plek om een aantal basisbeslissingen over de toekomst van de AWBZ vast te leggen. Deze zijn:
 - . het toekomstig profiel van de AWBZ;
 - . het principe van scheiding van wonen, zorg en dienstverlening;
 - . de verantwoordelijkheid van de overheid;
 - . de regionale uitvoering en beleidsafstemming.

15. Voor de aansturing van het veranderingsproces wordt een projectorganisatie ingesteld onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS. De looptijd is vier jaar (kabinetsperiode), te verlengen na rapportage aan de Kamer in het derde jaar van het project.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma

Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998 RVZ:

1.1 Structuur en financiering langdurende en intensieve zorg

Achtergrond en probleemstelling

Een omvangrijke groep mensen heeft vanwege chronische, invaliderende aandoeningen en vanwege daarmee samenhangende beperkingen en handicaps behoefte aan een langdurende en intensieve zorg (care).

Kenmerkend voor deze zorgsituatie zijn de volgende omstandigheden:

- de relatief grote mate van (zorg-)afhankelijkheid van de patiënten in kwestie;
- de groeiende behoefte bij alle betrokkenen de maatschappelijke participatie van de patiënt/gehandicapte zoveel mogelijk te bevorderen;
- de behoefte bij de patiënt/gehandicapte aan een zowel divers als ook geïntegreerd zorgaanbod dat zich tot over de grenzen van de zorgsector uitstrekt en dat bovendien 'op maat' wordt geleverd;
- de noodzaak het aanbod van collectief gefinancierde voorzieningen beheersbaar te houden.

Op alle vier deze terreinen doen zich vraag- en aanbodfricties en beleidsproblemen voor. In de afgelopen jaren is om die reden binnen het overheidsbeleid al veel op gang gebracht:

- de positie van de patiënt/consument is versterkt door wetgeving en door patiëntgebonden financiering;
- er wordt gewerkt aan een geïntegreerde, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling en aan de zogenaamde één-loket gedachte;
- de AWBZ-verstrekingen worden geflexibiliseerd (sturen naar een meer functiegerichte systematiek);
- de voorzieningen worden zoveel mogelijk gedeconcentreerd en transmuraal aangeboden en opgezet.

Ondanks dit brede front van overheidsbemoeienis met de care, bestaan er nog fundamentele beleidsproblemen. In zijn algemeen-

heid kan men de beleidsproblematiek op drie terreinen lokaliseren, er zijn dus drie grote clusters van beleidsproblemen voor de overheid in de komende jaren.

1. De structuur en de systematiek van het financieringssysteem.
2. De relatie tussen wonen, zorg en welzijn.
3. De relatie tussen care en cure, in het bijzonder op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg.

ad 1

De probleemstelling heeft hier te maken met de samenhang tussen de verschillende onderdelen van de AWBZ en met de gemeenschappelijke noemer: de interne consistentie. Een algemene herbezinning op het verstrekkingenpakket is nodig. Hierbij dient ook bezinning plaats te vinden op de grenzen van het zorgpakket, mede in relatie tot andere collectieve voorzieningen.

ad 2

De probleemstelling is hier vooral: hoe verhouden de vorm en de inhoud, met andere woorden, het institutionele en het functionele zich tot elkaar. Dit heeft te maken met de systematiek van de omschrijving van zorgaanspraken. Het heeft ook te maken met de reikwijdte van die aanspraken.

Onderdeel van de probleemstelling is de relatie tot welzijn.

ad 3

De probleemstelling is: kunnen cure en care in principe gescheiden worden c.q. hoe zou dit kunnen verlopen. De casus is hier de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz). De vraag is of cure-achtige elementen in de AWBZ thuishoren.

Vraagstelling

De drie bovengenoemde probleemstellingen moeten in nauwe onderlinge samenhang benaderd worden, hetgeen zal leiden tot samenhangende advisering.

Om analytische en ook wel praktische redenen, kunnen verschillende beleidsvragen worden onderscheiden. Deze kunnen in principe afzonderlijk worden beantwoord, binnen eenzelfde advieskader, dat vooraf wordt ontwikkeld.

- a. Beleidsvragen met betrekking tot het verstrekkingenpakket AWBZ, dat wil zeggen omschrijving, onderlinge samenhang en kwaliteitsbevordering, financiering en bekostiging, uitvoering en zorgaanbod, mede in vergelijking met andere landen. Onder meer: hoe kan het verstrekkingenpakket verder geflexibiliseerd worden?
- b. Beleidsvragen met betrekking tot het onderscheiden van wonen

en zorg (en ook van welzijn), dat wil zeggen: de gevolgen, het beleidsmatige antwoord daarop, de definiering en de afgrenzing, verschillen tussen zorgsectoren, vergelijking met andere landen. Onder meer: hoort het wonen in de zorgverzekering thuis?

- c. Beleidsvragen met betrekking tot de positie van de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van de AWBZ en met betrekking tot het geïntegreerde karakter van het desbetreffende zorgaanbod. Onder meer: dient binnen de ggz een knip gelegd te worden tussen cure en care?
- d. Beleidsvragen met betrekking tot het bevorderen van de doelmatigheid van het binnen het eerste compartiment te leveren zorgaanbod.

Uit deel 2 Werkprogramma RVZ 1997:

2.1 Van advies- naar werkprogramma

Hieronder is voor dit adviesproject aangegeven:

- de te beantwoorden *beleidsvragen*; deze vormen een concretisering van de tekst in het adviesprogramma;
- de *functie* (doel) in het beleidsproces;
- de daaruit voortvloeiende *programming*.

1 Structuur en financiering langdurende en intensieve zorg

Te beantwoorden beleidsvragen

- a. Hoe kan het hulpaanbod in het eerste compartiment verder worden geflexibiliseerd, ten behoeve van een grotere doelmatigheid en meer keuzevrijheid voor de cliënt?
- b. Op welke wijze kan een en ander vertaald worden in de zorgaanpakken, dat wil zeggen: afgrenzing ten opzichte van andere financieringsbronnen, onderlinge samenhang, systematiek, etc.?
- c. Wat is voor de middellange termijn de meest gewenste financierings- en bekostigingsstructuur op dit vlak en kunnen wij hier iets leren van andere landen?

Het is denkbaar dat de beantwoording van de beleidsvragen sectorspecifiek geschiedt.

Functie advies in beleidsproces

Het advies kan een functie vervullen bij het in 1997 en komende

jaren te ontwikkelen beleid met betrekking tot de zorg in het eerste compartiment. Dat kan zijn evaluatie en eventueel bijstelling van reeds in gang gezet beleid, het kan ook om nieuw beleid gaan.

Het advies zal verder een rol kunnen spelen bij het begin 1998 bepalen van een langetermijnvisie van de bewindslieden op dit terrein.

Relevante beleidsonderdelen zijn:

- indicatiestelling in de care;
- patiëntgebonden budgettering en andere instrumenten op het vlak van vraaggestuurde zorg;
- flexibilisering van het zorgaanbod en van de wet- en regelgeving ter zake, in combinatie met deinstitutionalisering;
- de knip in de thuiszorg, alsmede de relatie met de huisarts en het ziekenhuis.

Relevant is verder de rol die de gemeenten spelen op dit vlak, onder meer door middel van de WVG en de WCPV. Van belang is hierbij ook de relatie met het inkomensbeleid. Het advies wordt opgesteld in nauwe samenhang (inhoudelijk en in de tijd) met de adviezen over wonen en zorg en over de geestelijke gezondheidszorg.

Programming advies in 1997

Het advies zal voor medio 1997 moeten worden uitgebracht, zodat het een richtinggevende rol kan spelen met betrekking tot de in 1997 te nemen beleidsmaatregelen op dit terrein. Het moet bovendien verschijnen voor de RVZ-adviezen over wonen en zorg (nummer 2) en over geestelijke gezondheidszorg (nummer 3). Het advies over wonen en zorg zal in ieder geval rond september 1997 gereed moeten zijn.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

prof. drs. J. van Londen

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

prof. dr. T.E.D. van der Grinten

prof. dr. P.A.H. van Lieshout

mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

mr. I.W. Opstelten

mr. J.J. van Rijn

mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Raadsleden:

mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard
prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Projectgroep:

mr J.P. Kasdorp, projectleider
mw. drs. G. Bouman, projectmedewerker
drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker
mr. drs. P.H.M. Thewissen, projectmedewerker
drs. J.M.H. van der Velden, projectmedewerker
Mw. H.A. Charles, projectsecretaresse

Bijlage 4

Deelnemers aan de hoorzitting Toekomst van de AWBZ

Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO):

Mw. J. Duisterwinkel, dhr. M. Scheeren, dhr. F.M. Helmer

Federatie van Ouderverenigingen (FvO):

Dhr. P.A.J. Boschman, dhr. M.J. de Jong

Gehandicaptenraad:

Mw. K.A. Kruidenier-Bron

Landelijke Patiënten- en Bewonersraden (LPR):

Dhr. J. van den Baard, dhr. J. Schlärmann

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT):

Drs. B.E. van den Dungen

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF):

Dr. mr. A.F.M. Dekkers, Mw. drs. M. van Leeuwen

Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV):

Drs. J. Boerma, dhr. H. Snel

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz):

Drs. W. van Ittersum, Drs. D.R. Jacques

Nederlandse Zorgfederatie (NZf):

Drs. B. Heeringa, drs. H. Meppelink, dhr. J. Leenhouts,

Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten (SOMMA):

Mw. drs. D.A. van Wijnen, drs. G. Cazemier

Stichting GGZ Nederland:

Dr. F.H.R. Leenders, drs. J.M. Blaas

Vereniging Gehandicaptenzorg:

Drs. B. Heeringa

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG):

Dhr. F.A.M. Kerckhaert, dhr. B. Zwier

Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland (VRN):
Dhr. P.M. Kampman

Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ):
Drs. F.C.L. Goosmann

Woon Zorgfederatie:
Dhr. H.D. Cornelissen

Zorgverzekeraars Nederland (ZN):
Dhr. E.M.P. Holman

Bijlage 5

Resultaten schriftelijke enquête SYMPOZ-symposium 1997

Tijdens het op 15 april door Sympoz gehouden congres over vraaggestuurde zorg is aan de deelnemers van sessie 7: AWBZ, Wonen en Zorg een aantal vragen over de AWBZ voorgelegd. De antwoorden worden hieronder samengevat.

1. Welk rapportcijfer geeft u de AWBZ?

Mijn kinderen zouden zeggen: het is net voldoende. De AWBZ krijgt van de aanwezigen een 5,6.

Velen gaven een 6, sommigen een 4 of 5 en er is één 8.

Argumenten:

- *het is voldoende, geëigend als vangnet;*
- *de AWBZ schuift maatschappelijke functies onder het kopje 'zorg'; Zorg moet beperkt zijn tot 'zorg'.*
- *de AWBZ kent te veel beperkingen;*
- *de AWBZ is teveel gericht op zorgaanbieders;*
- *de AWBZ is te star en te bureaucratisch;*
- *onduidelijke rolverdeling tussen overheden en zorgverzekeraars*
- *wonen en zorg worden mbt dagbesteding onvoldoende in Ft's onderscheiden*

2. Wat dient de AWBZ te zijn, een sociale voorziening of een sociale verzekering?

Dat maakt kennelijk niet veel uit. Belangrijk is:

- dat je er rechten aan kunt ontleen;
- gelijke toegankelijkheid voor iedereen;
- een vangnet voor mensen die regie over eigen leven volledig missen;
- dekking van onverzekerbare risico's;
- een heldere uitvoering;

Beide mogelijkheden krijgen evenveel voorkeur. Een van de aanwezigen vindt een sociale voorziening 'riskant' als je te maken hebt met een onbetrouwbare overheid.

3. Voor welke variant kiest u, de asiel-, de care- of de chronisch zieken-variant?

De care-variant heeft de voorkeur. De belangrijkste argumenten hiervoor zijn:

- het zijn onverzekerbare risico's;
- het zijn basisvoorzieningen;

De care-variant kreeg 11 stemmen, de asiel-variant 2 en de chronisch zieken-variant 3. De stemmers op de asiel-variant zien de AWBZ als een vangnet voor mensen die de regie over hun eigen leven volledig missen. Een van de voorstanders van de chronisch zieken-variant vindt zowel de care- als de chronisch ziekenvariant gewenst 'want je vraagt er niet om ziek te worden'.

4. Welke functies wilt u in de AWBZ: (1) alleen zorg, (2) alleen zorg, tenzij, (3) gecombineerde verstrekking, gescheiden rekening of (4) gecombineerde verstrekking, gecombineerde rekening?

De meesten willen een gescheiden rekening. Er is een lichte voorkeur om alleen zorg in de AWBZ te verstrekken, maar zeker niet ongeclausuleerd. Een gecombineerde verstrekking moet mogelijk zijn als mensen dat echt nodig hebben.

De varianten kregen het volgende aantal stemmen (in volgorde): 3, 7, 6 en 1. Een aantal argumenten haal ik naar voren.

- *Wonen en welzijn zijn voor eigen rekening of moeten mensen zelf verzekeren. Dat geeft hen meer keuzemogelijkheden.*
- *Een gecombineerde verstrekking met een gescheiden rekening biedt enerzijds ruimte voor individuele toepassing, anderzijds garanties voor ernstig gehandicapten.*
- *Een gecombineerde verstrekking met een gecombineerde rekening heeft zin in de asiel-variant; andere categorieën hulpvragers kunnen (met ondersteuning) hun eigen hulpvraag formuleren.*

5. Welke bestuurlijke samenhang vindt u het belangrijkste, die naar functie, sector of regeling?

De functionele samenhang vindt men het belangrijkste. Voordelen zijn: heldere verantwoordelijkheden, scheiden van wonen en zorg, productdifferentiatie, keuzemogelijkheden.

De functie wordt tienmaal genoemd, de sector driemaal en de regeling tweemaal. Voor de sectorale samenhang pleit de eigenheid van de sectoren (verstandelijk gehandicaptenzorg is anders dan bejaardenzorg). Voor de samenhang per regeling wordt aangevoerd dat het aanbod dan beter op de hulpvraag kan worden afgestemd (het blijft moeilijk om met diverse departementen regelingen/afspraken te maken).

6. Waarop moet de overheid de uitvoerders van de AWBZ aansturen, de middelen, de besluitvormingsprocessen of de resultaten?

Aansturing op resultaten heeft duidelijk de voorkeur.

Tien aanwezigen kiezen voor aansturing op resultaten, vijf voor aansturing op besluitvormingsprocessen en drie voor aansturing op middelen.

Aansturing op resultaten stimuleert de uitvoering en is bevordelijk voor zorgverlening in de normale levenssfeer. De instellingen kunnen dan aan de hand van de resultaten worden beoordeeld.

Aansturing op middelen en besluitvorming leidt volgens sommigen tot onnodige bureaucraties en uitvoeringskosten. Daar wordt tegen in gebracht dat de middelen door de overheid beschikbaar worden gesteld (zodat daarop/daarmee ook gestuurd wordt) en dat aansturing op de besluitvorming ook voordelen heeft:

- je weet wie waarvoor verantwoordelijk is;*
- het biedt waarborgen voor rechtsgelijkheid en kwaliteit;*
- een duidelijke verantwoordelijkheid leidt tot betere kwaliteit.*

7. Wie moet volgens u de AWBZ verstrekking inkopen, de cliënt, de aanbieder of de verzekeraar ?

Alle drie komen in aanmerking, de aanbieder voorop, de verzekeraar als hekkensluiter.

Voor de cliënt (achtmaal) pleit dat deze het beste de hulpvraag

kan aangeven. Ook de emancipatie en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt worden als argument aangevoerd. Een derde argument is, dat inkoop door de cliënt de aanbieders tot concurrentie prikkelt.

Inkoop door de aanbieder wordt door sommigen als de minst bureaucratische regeling beschouwd. Anderen kiezen voor de aanbieder, mits deze op de resultaten wordt getoetst. Weer anderen zien de inkoop als een gezamenlijke activiteit van de aanbieder en de client. Een enkeling zegt: ik zie de zorgvrager maar zeer beperkt als klant.

De verzekeraar wordt aangewezen onder het motto: wie betaalt, bepaalt. Iemand zegt: het is de minst slechte optie.

Ook tijdens de voorbereiding van het congres zijn aan de deelnemers van sessie 7 enige vragen gesteld. Van de binnengekomen antwoorden volgt hieronder een bloemlezing.

Stel dat het volgende kabinet er voor kiest om het roer van de AWBZ om te gooien. In het regeerakkoord is een vergaand scenario voor de toekomst van de AWBZ opgenomen. Dat scenario ziet er als volgt uit. De AWBZ wordt uitsluitend bestemd voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen, die zich als gevolg daarvan niet zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven, zelfs niet met veel ondersteuning. In het pakket van de AWBZ blijft voor hen een geïntegreerde verstrekking van huisvesting, welzijn en zorg over. Voor de mensen met minder ernstige beperkingen geldt dat verzorging en verpleging een verstrekking wordt in het tweede compartiment, dat wil zeggen: de ziektefondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering. De huisvesting wordt de verantwoordelijkheid van Volkshuisvesting, woningbouwcorporaties en individuen. Welzijn wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Alleen de zorgverlening blijft onder de regie van VWS.

1. Welk deel van de huidige instellingspopulatie zou van de AWBZ gebruik kunnen/moeten blijven maken? Is die groep af te bakenen?
2. Zien AWBZ-gefinancierde instellingen kans om een geïntegreerd aanbod van huisvesting, welzijn en zorg te bieden, als ze daarvoor met tenminste drie verschillende partijen moeten onderhandelen?
3. Welke nieuwe kansen en bedreigingen zijn er voor klanten en instellingen buiten het nieuwe AWBZ-domein?
4. Wat zou u het nieuwe kabinet adviseren?

Vraag 1: Welk deel van de huidige instellingspopulatie zou van de AWBZ gebruik kunnen/moeten blijven maken? Is die groep af te bakenen?

- Ongeveer 70% van de huidige populatie heeft zo weinig sociale redzaamheid en sociale intelligentie dat chronische zorg geïndiceerd is. Afbakening is goed mogelijk, hoewel niet voor levenslang. Herindicatie moet dus mogelijk blijven.
- Ik denk dat van de bewoners van verzorgingshuizen zo'n 40% verantwoord zorg zou kunnen ontvangen in een gewone woning; van de verpleeghuispatinten veel minder, hooguit een paar procent van de langdurige somatische patiënten. Voor deze groepen zou het verblijf niet in de AWBZ thuishoren. Verblijf gefinancierd uit de AWBZ is dus aan de orde als er vanwege de zorgbehoefte geen zelfstandige woning bewoond kan worden.
- Opvallend is dat in de vraag het begrip 'instellingspopulatie' wordt gehanteerd. Er 'leeft' op dit moment inderdaad in de GGZ een instellingspopulatie, gehospitaliseerd en gesocialiseerd door hun langdurige opname in psychiatrische instellingen. Ikzelf denk dat er een groep psychiatrische patiënten bestaat die 'lijdzaam' is, omdat hun ziekte dat met zich mee brengt. Zij passen zich aan de omstandigheden aan, hoe deze ook zijn. Met andere woorden, ze passen zich aan het verblijf in een instelling aan, zonder dat wij weten of dat verblijf voor hen de meest geschikte woon- en leefsituatie is. Wanneer deze zelfde patiënten zouden wonen in een woonbuurt en daarin begeleid worden, zouden de meesten van hen zich net zo goed daaraan kunnen aanpassen. Dat neemt niet weg dat er altijd wel een kleine groep psychiatrische patiënten is, die door de ernst van hun aandoening heel beschermd zal moeten wonen. In de discussie over de AWBZ en de flexibilisering van deze wet kan het oorspronkelijke doel volgens mij heel goed bewaard blijven, terwijl de invulling verandert. Als er sprake is van een continuüm van zorgvoorzieningen dan is het niet noodzakelijk een instellingspopulatie af te bakenen. Doe je dat wel, dan ga je op grond van instellingseriteria indiceren voor een instelling, terwijl deze patiënten verzorging en begeleiding nodig hebben, zonder dat deze direct gekoppeld is aan verblijf.
- Als de AWBZ wordt beperkt tot mensen met ernstige en langdurige beperkingen, die zich tengevolge daarvan niet zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven, dan is bij een zeer strikte interpretatie een groot deel van de huidige instellingspopulatie uit te sluiten. Een groot deel van de

psychiatrische patiënten, mensen met een lichte verstandelijke handicap, ouderen in verzorgingshuizen, mensen in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen krijgt momenteel (al of niet tijdelijk en voor langere periodes) institutionele AWBZ-zorg.

Maar zij zouden zich toch wel zelfstandig kunnen handhaven als extramurale woon- en werkvoorzieningen, zorg- en welzijnsarrangementen e.d. meer uitgebouwd zouden zijn en beter op hun behoeften zouden zijn toegesneden. Dit neemt niet weg dat een deel van hen eenmalig (revalidanten) of frequenter/regelmatig (psychiatrische patiënten) al of niet voor langere tijd intramurale opvang behoeft. Is een half jaar opname eens per zoveel jaar aan te merken als langdurig en is er dan sprake van 'zich niet zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven'? Dit laatste begrip wordt veel te absoluut gezien: één jaar noodzakelijke opname als onderbreking van zelfstandigheid betekent m.i. nog niet dat men zich voor het overige 'niet zelfstandig kan handhaven'. Veel ernstige en langdurige beperkingen hebben zeer uiteenlopende repercussies voor het zich zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven: daar is lang niet altijd een eenduidig verband tussen. Zich zelfstandig kunnen handhaven is niet alleen afhankelijk van individugebonden sociaal-medische kenmerken (ziekte, beperking), maar ook afhankelijk van wat er in de samenleving concreet aan zorg, ondersteuning, begeleiding en zinvolle bezigheden wordt geboden én niet te vergeten van informele netwerkvorming, wilskracht, zingevingsvragen, eigen flexibiliteit of aanpassingsvermogen.

Vraag 2: Zien AWBZ-gefinancierde instellingen kans om een geïntegreerd aanbod van huisvesting, welzijn en zorg te bieden, als ze daarvoor met tenminste drie verschillende partijen moeten onderhandelen?

- Nauwelijks.
- Uiteraard.
- Ja, waarom niet? Geven het aantal partijen de beperkingen aan? Hoogstens de moeilijkheidsgraad qua onderhandelen.
- Het gaat in de vraag om de AWBZ instellingen, dus die instellingen waar wonen en zorg niet gescheiden is. Ik neem aan dat met "partijen" dan bedoeld is: het AVMZ-kantoor, de partners in de regio, de consumentenvertegenwoordigers. E.e.a. zal veel vergen van de onderhandelingskwaliteiten van het management, maar dat mag ook wel bij zo'n serieuze zaak. De overstelpende fusiegolf in de zorgsector betekent dat de instel-

lingen dat ook zelf zo zien.

Een andere vraag is hoe de hulpvragers die *niet* voor de AWBZ in aanmerking komen, hun problemen op moeten lossen. Zij moeten zelf het aanbod dat zij willen afnemen aan wonen, zorg en welzijn bij elkaar scharrelen en op elkaar afstemmen. In een slechte bui voorzie ik dan logge indicatieorganen, een wildgroei van hulpbemiddelaars, - makelaars, ouderenadviseurs en coördinatoren; en ook: slimme aanbidders van huisvesting, welzijn of zorg die zelf ook de andere twee gaan aanbieden. Zodat zelfs het gevaar dat we met scheiden van wonen en zorg hoopten te keren, het gevaar van grote monopolistische instellingen die een hospitaliserend totaalpakket bieden zonder keuzevrijheid, blijft bestaan. Aan de andere kant kan een slimme hulpvrager misschien via handig gebruik van allerlei subsidies of een goede keus van verzekeringspolis voordeliger uit zijn. In ieder geval vraagt het heel wat van de hulpvrager. Ik stel voor om een leerplicht voor ouderen in te voeren, om hen voor te bereiden op deze zware taak in de maatschappij.

- Ik kan geen fundamentele redenen bedenken, waarom AWBZ-gefinancierde instellingen géén kans zouden zien om een geïntegreerd aanbod van huisvesting, welzijn en zorg te 'bieden'. De term 'bieden' doet mij echter denken aan 'zelf leveren' of tenminste regisseren. Ervaringen uit de historie roepen bij mij de vrees op, dat dit al gauw negatieve effecten teweeg brengt. De vraag is immers gewettigd of dat wel wenselijk is i.v.m. hospitalisatieeffecten, total institutions-fenomenen e.d. Het heeft mijn voorkeur als leverantie en regie uit elkaar getrokken worden of anders gesteld: de AWBZ-instelling moet niet de verantwoordelijkheid voor of de centrale regie over én huisvesting én zorg én welzijn toebedeeld krijgen. Dan is het risico veel te groot dat de anonieme institutie alle aspecten van het leven van haar gebruikers doordrenkt en niet meer serieus aan haar rol op het vlak van 'behoud van functioneringsniveau' of zelfs 'resocialisatie-rol' werkt. Zij hoeft dan ook niet te onderhandelen met tenminste drie partijen (woningbouw, gemeente, aanbidders), maar kan zich uitsluitend toeleggen op haar AWBZ-kerntaken. Deze worden nu gedefinieerd als zorg en huisvesting bieden, uitsluitend voorzover die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Naar mij idee zit hier een drogreden achter: wonen en zorg zijn niet continu onlosmakelijk met elkaar verbonden en mensen raken slechts zelden de complete regie over (belangrijke onderdelen van) hun leven kwijt. Dit geldt slechts bij irreversibele zware dementie, diepe verstandelijke handicaps of zware hersenbeschadiging. Illustraties hiervoor biedt de sinds eind jaren 60 sterk gedaalde

gemiddelde opnameduur in ziekenhuizen, de eind jaren 70 (naar nu blijkt ten onrechte) uitgesproken vrees voor een drastisch tekort aan verzorgingshuiscapaciteit, de woonzorg-ontwikkeling en de in gang gezette en ingrijpende deconcentratietendens in de zorg voor mensen met en verstandelijke handicap.

Vraag 3: Welke nieuwe kansen en bedreigingen zijn er voor cliënten en instellingen buiten het nieuwe AWBZ-domein?

- Door versnippering van aanbod kan er meer zorg op maat worden geleverd. Dit is ook een bedreiging. M.n. wie zorgt voor voldoende waarborgen en deskundig inzetbaar personeel. Het is een speciale doelgroep die gerichte deskundigheid vraagt.
- Bedreigingen liggen waarschijnlijk in de starheid van bestaande organisaties met bijbehorend begrippenkader en wetgeving. Zorgvraag in plaats van zorgaanbod moet boventoon gaan voeren. Plus natuurlijk financiële dreiging, zowel voor instelling als individu. Kansen liggen op individueel niveau: iedere persoon zal in staat zijn een 'zorg op maat' pakket te realiseren. Volledig afgestemd op wensen en behoeften. Overzorg zal op termijn tot het verleden gaan behoren.
- In de nabije toekomst zal een nieuwe situatie ontstaan. Eerst zullen alle partijen daaraan moeten wennen. Het risico is, dat sommige mensen onvoldoende aansluiting zullen vinden bij nieuwe zorgstructuren. Mijns inziens kan het persoonsgebonden budget annex een goede voorlichting daarin hulp bieden. Een kans is betere afstemming vanuit de vraag, minder vanuit het aanbod. De toekomstige indicatiestelling kan daarbij een passend hulpmiddel vormen.
- Het leven van een patiënt wordt niet bepaald door zijn ziekte of handicap of door zijn stigma een patiënt te zijn, maar hij is burger, inwoner en neemt deel aan de samenleving voor zover je dat als patiënt wil en kan. De kansen voor de instellingen zijn, de zorgproducten te ontwikkelen en aan te bieden die de patiënt of cliënt daarbij ondersteunen. Het zwaartepunt in het AWBZ domein in ligt op welzijn en zorg, en niet op lange medische en psychiatrische behandelingen en zware indicatiestellings-procedures. AWBZ instellingen kunnen hun energie richten op welzijn en zorgvoorzieningen en veel minder op grote gebouwen. Dat laatste is de professie van bouwkundigen, architecten, stedenbouwers, landschapsarchitecten, enzovoort. Wel is het risico aanwezig dat als gevolg van de modernisering van de AWBZ de grondgedachte van deze wet, namelijk

- solidariteit met groepen die deel nemen aan onze samenleving, maar niet voor zich zelf kunnen zorgen, te veel wordt aangetast.
- Talloze kansen en bedreigingen zijn er voor beide, mede afhankelijk van de afbakening van het nieuwe AWBZ-domein en de mogelijkheden binnen en invulling van het tweede compartiment. Als er een nauwelijks doordringbare en starre barrière tussen AWBZ- en tweede compartiment wordt opgetrokken zullen vooral de marginaal functionerende patiënten extramuraal en de maximaal functionerende AWBZ-patiënten de dupe worden. Zonder extra beschermende maatregelen wordt de gebruiker dan al gauw speelbal van het aanbod. Als AWBZ-instellingen zich zonder meer met enig aanbod op de niet AWBZ-markt mogen bewegen, krijgen ze de kans alles te beheren en dus ook te beheersen. Dan gaan ze niet alleen binnen de grenzen van de AWBZ, maar ook daarbuiten al gauw de dienst uitmaken vanwege hun sterke positie. Dit zou de keuzevrijheid van de cliënt, zeker als die al is ingeperkt door chronische aandoeningen of beperking, ten principale en nog verder aantasten. Trekken ze zich terug op hun kerntaak, dan lopen ze het risico van een tweespalt in de vorm van een AWBZ-deel en intramurale niet-AWBZ-zorg, vanwege de waarschijnlijk uiteenlopende wettelijke en financiële regimens.

5. Vraag 4: **Wat zou u het nieuwe kabinet adviseren?**

- Keuze aan cliënt/ouders: AWBZ of meer op maat gesneden financiering. Binnen huidige bestel flexibeler financiering realiseren.
- Versterk de marktwerking door het in 10 jaar overhevelen van een (groot) deel van de instellingsbudgetten. Ter beschikking stellen van de zorgconsument in de vorm van persoons-gerelateerde financiering (vouchers, PGB, PVB etc, etc.)
- Rekening houden met: afname vrijwillige dienstverlening; beperkte mogelijkheden mantelzorg; bij verschuivingen in de zorg de budgetten mee laten schuiven; meer evenredige verdeling van geld/budget voor basale zorg/dienstverlening t.o.v. technisch hoog gekwalificeerde zorg; denk aan de maatschappelijke waardering voor de laag-drempelige zorg.
- Complete scheiding wonen en zorg voor alle sectoren; zorg -> AWBZ/VWS; wonen -> IHS/VROM.
- Mijn eerste ingeving is: schaf de gehele AWBZ af en kom tot een nieuwe wet, volledig toegespitst op de nieuwe situatie.

Want: door huidige 'afslanking' AWBZ blijft er een wet over voor die personen die niet ergens anders zijn onder te brengen (soort rest categorie-wet). Wanneer gescheiden wonen en zorgvoorzieningen de norm zijn geworden, is dit bijna niet te verenigen met huidige vormgeving AWBZ. Meer flexibele inzet van gelden gewenst.

- De wachtlijsten zijn een obstructie in verder constructief overleg en werken. Een **kortdurende** flinke extra financiering met tevens inventarisatie van zorgwensen (zorgplannen). Waarschijnlijk zullen de wachtlijsten betrekkelijk snel leegvloeien, waarbij coördinatie tussen alle vragers en aanbieders essentieel is. Een landelijke vraag en aanbodbeurs waarbij een systeem van clearing wordt toegepast.
- Begin niet met een schitterend totaalplan a la Dekker en Simons, maar werk geleidelijk, stapsgewijs. Volg daarin de aanpak van de huidige minister. Geef niet teveel verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars, maar meer aan gemeenten. Die hebben mogelijkheden tot afweging en prioritering. Ze staan dicht bij de burger en zijn onderworpen aan democratische controle. Vereenvoudig procedures door het tegengaan van advies-op-advies-structuren. Introduceer enige marktwerking in de zorgsector, maar laat de overheid in samenspraak met partijen wel de eindverantwoordelijkheid over de grote lijnen.
- het klinkt misschien **obligaat**, maar ik zou allereerst willen stellen dat de AWBZ-zorg hoe dan ook niet toe kan met de huidige budgetten. Een premieverhoging lijkt mij hoe graag ik dat ook zou willen niet te vermijden. Voor het overige moeten de kosten uiteraard zoveel mogelijk beperkt worden. Voor de ouderenzorg in de komende jaren betekent dit zoiets als:
 - . scheiden van wonen en zorg in verband met de vergrijzing doorvoeren zoals in de probleemstelling is omschreven
 - . bij renovaties en vervangende nieuwbouw intramuraal geen grote appartementen, (wel eigen sanitair), zodat zoveel mogelijk plaatsen behouden blijven en er i.v.m. de vergrijzing zo weinig mogelijk bijgebouwd moet worden
 - . een AWBZ-bijdrage in algemene ruimtes van woonzorgcomplexen, zodat deze betaalbaar worden voor ouderen met alleen AOW
- ik wil het kabinet de volgende adviezen meegeven:
 - moderniseer de AWBZ, houdt er rekening mee dat in Nederland gehandicapten leven, chronisch psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, dat deze groep divers is, niet afneemt, eerder toeneemt, dezelfde woonwerk- leefbehoeften heeft als 'normale' burgers, maar dat zij het niet redden zonder een continue zorgverlening die gefinancierd

moet worden uit een wet die deze onverzekerbare risico's financiert.

- Laat de AWBZ aangestuurd blijven door de zorgverzekers en 'regel' de controleerbaarheid van de uitvoering door de overheid en de patiënten/ consumentenorganisaties.
- Vertrouw op de ervaring van zorgverzekers in hun contact met en kennis over de gezondheidszorg.
- Stop ermee om zorgvernieuwing in allerlei regels en besluiten te regelen. Er is geen mens die daar nog een touw aan kan vastknopen.
- Houdt in de gaten dat instellingen die zorg verlenen een grote verantwoordelijkheid hebben voor de kwaliteit.
- 'Dwing substitutie af' en 'regel, dat een gemoderniseerde AWBZ niet het belang van een instelling dient, maar het belang van de zorgvrager.
- Maak van de indicatiestelling geen bureaucratische halszaak. Ondersteun de patiënten/cliëntenorganisaties en faciliteer cursussen voor burgers, autochtoon en allochtoon, over de gezondheidszorg en wanneer of hoe daarvan gebruik te maken. De meeste mensen weten niet wat de AWBZ eigenlijk voor een wet is, zo is mijn ervaring.
- Ondersteun de patiënten/cliëntenorganisaties cliëntenpanels te organiseren zodat deze organisaties hun eigen marktonderzoek kunnen doen.
- Klop aan bij Ruimtelijke Ordening en Volkshuisvesting en vraag aan hen wat wonen is.
- Vraag aan de gemeentes in ons land als het gaat om beleid en planning van veiligheid, vervoer, verkeer, bereikbaarheid van dienstencentra en culturele centra en winkels, er rekening mee te houden dat ook gehandicapten wonen en deelnemen aan het leven in stad of dorp. Laat regionale regiovisies opstellen waarin deze thema's aandacht krijgen en waaraan beleid getoetst kan worden.
- Laat niet alleen professionals vertellen wat ZORG is, maar vraag dat ook aan vrijwilligers, mantelzorgers, familieleden en partners van gehandicapten en aan de patiënten/cliënten zelf. In functies omvat zorg m.i. verzorging, verpleging, bescherming, begeleiding, huishoudelijke ondersteuning, praktische ondersteuning.
- Als ik het voor het zeggen had, zou ik volgens mijn ideeën op dit moment heel terughoudend zijn met forse ingrepen in het systeem van zorg, waarvan nut en noodzaak nog niet boven alle twijfel verheffen zijn. Vele potentiële klanten en uitvoerende werkers zijn door de vele, niet altijd logisch met elkaar samenhangende recente wijzigingen op onderdelen vaak nu al het spoor helemaal bijster. Ik zou het onderscheid tussen eerste en tweede compartiment, als

ik het al zou moeten leggen, zeker niet zo strikt leggen als de wetgever nu voor ogen lijkt te hebben. Het is naar mijn idee een puur analytisch onderscheid, dat wellicht te weinig aansluit bij de praktijk en zo weinig recht doet aan de realiteit. Het in het tweede compartiment te introduceren onderscheid tussen wonen, zorg en welzijn zal bijdragen aan ontrafeling van pakketten, waardoor er meer keuzevrijheid en patiëntvriendelijkheid in het systeem wordt ingebakken. Mogelijk biedt zo'n onderscheid ook voor het eerste compartiment meer soelaas. Daarnaast zou ik willen pleiten voor introductie van een wettelijk verankerde 'zorgadviseur' als professionele informatieverstrekker, ondersteunen en/of belangenbehartiger van de individuele patiënt/gebruiker. Zo'n figuur zou kunnen worden ondergebracht bij de RP/CP's ook om de verbinding tussen collectieve en individuele belangenbehartiging/klachtopvang te versterken.

Grondslagen van de AWBZ, een historisch overzicht

1 Inleiding

De plaats en functie die de AWBZ in het stelsel van sociale zekerheid en gezondheidszorg inneemt, staan ter discussie. Dat komt onder andere doordat onze ideeën over de inrichting van de verzorgingsstaat, de sociale zekerheid en de gezondheidszorg veranderen en zich op deze terreinen allerlei ontwikkelingen voordoen. In deze notitie gaan we na hoe de opvattingen over de AWBZ zich de afgelopen dertig jaar hebben ontwikkeld en welke invloed dat heeft gehad op de samenstelling van het huidige AWBZ-pakket. We proberen daarmee te achterhalen wat hetzelfde is gebleven, wat veranderd is en welke factoren daarop van invloed zijn geweest. Dat kan ons helpen een plausibel toekomstbeeld van de AWBZ te schetsen. We volgen de AWBZ door de verschillende fasen van zijn bestaan: oorspronkelijk bedoeld om de maatschappelijke positie van gehandicapten en chronisch zieken te verbeteren, heeft hij achtereenvolgens de uitbouw van de intramurale gezondheidszorg gestimuleerd, is hij als instrument voor sectoraal voorzieningenbeleid gebruikt en heeft hij als een vliegdekmoederschap de basisvoorzieningen van het plan-Simons zien landen en weer opstijgen. Nu we terug willen naar de bedoeling van de AWBZ, is de vraag welke aanknopingspunten de geschiedenis ons biedt. Hieronder staan de belangrijkste veranderingen in een schema.

AWBZ	Ontwerp Veldkamp	1968	1968-1980	1980-1988	1988- begin jaren 90	Huidig kabi- net
Functie	Verzekering onverzekerbare risico's	Verzekering grote financiële risico's	Bekostiging voorzieningen	Regulering voorzieningen	Systeemverandering	Verzekering onverzekerbare risico's en langdurige zorg
Doelgroep	Gehandicapten en chronisch zieken	Gehandicapten en chronisch zieken	Gehandicapten en chronisch zieken, deels iedereen	Ouderen, gehandicapten, deels iedereen	Iedereen	Ouderen, gehandicapten, ggz-patinten met chronische problematiek
Voorzieningen	Alle noodzakelijke voorzieningen voor doelgroep	Voorzieningen voor langdurige intramurale zorg	Voorzieningen voor langdurige zorg en preventie	Voorzieningen voor langdurige zorg, vervangende zorg en preventie	Alle noodzakelijke zorg	Langdurige zorg, care

2 De voorgeschiedenis tot aan 1968: Veldkamp wil gehandicapten en chronisch zieken een menswaardig bestaan geven

Veldkamp kwam ruim dertig jaar geleden met het plan voor een Wet Zware Geneeskundige Risico's. Hij wilde daarmee gehandicapten en chronisch zieken meer zorg en meer sociale zekerheid geven. Het bleek in die tijd namelijk niet of nauwelijks mogelijk het risico van chronische aandoeningen en beperkingen particulier te verzekeren. Daardoor werden veel mensen veroordeeld tot een marginaal bestaan van geldzorgen, onvoldoende voorzieningen en sociaal isolement. 'Een onbevredigende situatie', zoals minister Veldkamp van Sociale Zaken indertijd zei. 'Zolang geen verantwoorde oplossing kan worden geboden voor de zeer zware lasten, welke uit hoofde van ernstige langdurige ziekten en gebreken op iedereen kunnen komen te drukken en door niemand zonder bijstand van de overheid of van derden kunnen worden gedragen, zolang is ook het vraagstuk van de verzekering tegen geneeskundige risico's voor het Nederlandse volk nog niet tot oplossing gebracht.' Daar kwam bij dat de Nederlandse bevolking door de grote medische en technologische vooruitgang en de vergrijzing een verhoogd risico liep op chronische kwalen en handicaps, terwijl de zorg voor gehandicapten en chronisch zieken in ontwikkeling was achtergebleven. Een kwestie van geld en investeringen. De Wet Zware Geneeskundige Risico's moest voor de

oplossing zorgen. De formule die Veldkamp voor ogen stond kan als volgt worden gekarakteriseerd.

	Ontwerp Veldkamp
Functie	Verzekering onverzekerbare risico's
Doelgroep	Gehandicapten en chronisch zieken
Voorzieningen	Alle noodzakelijke voorzieningen voor doelgroep

Ontwikkelingen in beleid en bestuur

Het wetsvoorstel van Veldkamp kwam tot stand in een periode met economische groei, politieke stabiliteit, grote werkgelegenheid en weinig vergrijzing. Een groot deel van wat later de verzorgingsstaat werd genoemd, bestond al. Het proces van wederopbouw na de tweede wereldoorlog had geleid tot een algemeen beroep op de overheid op allerlei gebied. Er was sprake van een toegenomen maatschappelijke vraag naar zorgvoorzieningen en tegelijkertijd werd het minder geaccepteerd dat voorzieningen in ongelijke mate beschikbaar waren. Er was in het begin van de jaren zestig nog nauwelijks sprake van een overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Pas eind zestiger jaren werd de Nota Volksgezondheid voorbereid, het eerste begin van een volwaardig overheidsbeleid voor de sector. De sector reguleerde zichzelf. De overheid reguleerde slechts de bouw en tarieven van kostbare voorzieningen zoals ziekenhuizen en verder vertrouwde men op het particulier initiatief en de medische professie.

De verhoudingen waren nog zo, dat Veldkamp al in een vroeg stadium advies vroeg aan de Sociaal-Economische Raad (SER), de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) en de Ziekenfondsraad. Uit de adviezen blijkt dat men het niet mogelijk vond om bijzondere gebruikersgroepen dan wel bijzondere geneeskundige risico's te benoemen. Het "risico" dat de burger liep, was met name een financieel risico. Langdurige opname in een instelling was voor een burger niet te betalen en was volgens het veld dus logischerwijs het onderwerp van de verzekering. De naam van de wet werd veranderd in Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Volgens alle adviezen moest langdurige intramurale zorg

met prioriteit in het verstrekkingenpakket van de AWBZ worden opgenomen.

Ontwikkelingen in de zorgverlening

Veldkamp stond een 'integrale voorziening' voor ogen, dat wil zeggen: zowel intra- als extramurale zorg en speciale voorzieningen zoals woningaanpassing, liften en aangepaste auto's. Met een beroep op het beginsel van gelijke kansen wilde hij mensen met ernstige aangeboren gebreken, chronisch zieken en geesteszieken 'meer in het maatschappelijk proces opnemen en zoveel mogelijk kansen geven om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.'

In de gezondheidszorg overheerste echter een andere houding ten opzichte van chronisch zieken en gehandicapten. Zij moesten beschermd worden en werden vaak letterlijk buiten de maatschappij gezet in speciaal voor hen gecreëerde instellingen. Er waren ook andere meningen (van Querido bijvoorbeeld, die een evenwicht tussen extra- en intramurale zorg bepleitte), maar die legden onvoldoende gewicht in de schaal. Verpleeg- en verzorgingstehuizen liepen in vergelijking met medische voorzieningen sterk achter. Door de AWBZ werd een financiële basis geschapen voor de verdere ontwikkeling van deze voorzieningen.

Ontwikkelingen in wet- en regelgeving

Het leek in de jaren zestig vanzelfsprekend om de lasten van zware geneeskundige risico's in een sociale verzekering onder te brengen. Een fundamentele discussie daarover heeft niet plaatsgevonden. De AWBZ was één van de laatsten in een reeks volksverzekeringen, namelijk de Algemene Ouderdomswet (AOW, 1957), de Algemene Weduwen- en Wezenwet (AWW, 1959), de Algemene Kinderbijslagwet (AKW, 1963) en de AWBZ (1968). In 1965 trad ook de ABW in werking en in 1976 tenslotte de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) als aanvulling op de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) uit 1967. De totstandkoming van deze volksverzekeringen was sterk beïnvloed door het in 1942 verschenen Beveridge Rapport, dat ook in Nederland weerklink vond. Volgens Beveridge had de overheid een zorgplicht voor alle burgers en was zij aansprakelijk voor de sociale zekerheid. Zij moest daarom ook het voortouw nemen bij de uitvoering van de sociale zekerheid en minimumvoorzieningen voor alle burgers garanderen.

Daarbij kwam dat Veldkamp zelf zowel politiek als wetenschappelijk op de bres stond voor de sociale verzekering. De sociale verzekering belichaamde volgens hem een goed evenwicht tussen per-

soonlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid en sloot aan bij de in Nederland heersende maatschappelijke ideeën over de verhouding tussen overheid en samenleving.

De formule van de AWBZ

Het oorspronkelijke wetsvoorstel wilde een integrale voorziening voor gehandicapten en chronisch zieken realiseren. Onder druk van het maatschappelijk middenveld werd het oorspronkelijke doel van de AWBZ omgebogen en gericht op de kosten verbonden aan langdurige intramurale zorg. Een van de redenen was dat daardoor de achtergebleven verpleeg- en verzorgingssector een sterke impuls kreeg. Verder werd zo aansluiting verkregen op het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet. Het resultaat:

	AWBZ 1968
Functie	Verzekering grote financiële risico's
Doelgroep	Gehandicapten en chronisch zieken
Voorzieningen	Voorzieningen voor langdurige intramurale zorg

3 1968-1980: De AWBZ wordt uitgebouwd tot een voorzieningwet voor gehandicapten en chronisch zieken

De AWBZ trad op 1 januari 1968 in werking en werd in de loop van de jaren herhaaldelijk gewijzigd. In het algemeen waren dit technische wijzigingen, voortvloeiend uit wijzigingen in de sociale verzekeringswetgeving en de fiscale wetgeving. Daarnaast werden de aanspraken omvangrijker en uitgebreider. Toen de hoogste nood inzake verpleeg- en verzorgingstehuizen was opgelost, ontstond er, onder druk van de ontwikkelingen in de zorgsector, meer ruimte en aandacht voor tussenvoorzieningen. Vaak werden tussenvoorzieningen verstrekt door een instelling die al door de AWBZ bekostigd werd, bijvoorbeeld de dagbehandeling in verpleeghuizen. Financiering via hetzelfde kader was uit het oogpunt van samenhang het meest voor de hand liggend. Zodoende werd de AWBZ uitgebreid met verschillende tussenvoorzieningen: Het Dorp, dagbehandeling, opnemingen in gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

Tevens werden in deze periode een aantal vaccinaties opgenomen in het verstrekkingenpakket. De motieven voor opname in het pakket waren pragmatisch. Het belangrijkste motief was dat er op de begroting geen geld voor vrijgemaakt kon worden, terwijl dat in het Algemeen Fonds van de AWBZ wel kon. Bovendien: een volksverzekering is er voor heel het volk en preventie is voor iedereen belangrijk en moet voor heel het volk toegankelijk zijn, dus ...

Ontwikkelingen in beleid en bestuur

In 1974 verscheen de Structuurnota, die ruim tien jaar richting zou geven aan het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorgsector. In deze nota werden een aantal harde noten gekraakt. De gezondheidszorg was onbeheersbaar geworden, vooral de kosten. Er was onvoldoende samenhang en afstemming tussen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg. Door de medisch-technische ontwikkelingen en het financieringssysteem van de AWBZ was een onevenredig grote nadruk komen te liggen op de intramurale sector. De extramurale zorg, de preventieve zorg en de geestelijke gezondheidszorg waren onvoldoende tot ontwikkeling gekomen. De wetgeving en de financiering waren verbrokkeld en onsamenvattend. De oplossing voor de problemen werd gezocht in een samenhangend beleid voor de gehele gezondheidszorg, gebaseerd op algemene wetgeving: een volksverzekering, een

voorzieningenwet en een tarievenwet. Het beleid werd gericht op een planmatige ontwikkeling van de voorzieningen en op kostenbeheersing. Het accent zou verschuiven van intramurale naar extramurale zorg en preventie en de voorzieningen zouden in geografisch beperkte gebieden (regio's) worden geordend met meer invloed van de lagere overheden.

Ontwikkelingen in de zorgverlening

De houding ten opzichte van chronisch zieken en gehandicapten veranderde. Men ging zich realiseren dat beschermen vaak ook isoleren betekent. Velen pleitten voor integratie van gehandicapten en chronisch zieken in de normale samenleving. Men ging op zoek naar mogelijkheden om zo zelfstandig mogelijk te wonen, te functioneren en zo lang mogelijk in eigen milieu en omgeving te blijven. Het besef ontstond dat niet-klinische zorg net zo belangrijk en waardevol is als klinische zorg en men ging meer belang hechten aan semi- en extramurale voorzieningen. Onder invloed van deze ontwikkeling ontstond in de zorgsector vanaf de jaren zeventig een veelheid aan zorgvormen die te typeren zijn als "tussenvoorzieningen", zorgvormen die tussen zorg thuis en volledige klinische opname in hangen, zoals gezinsvervangende tehuizen en verschillende vormen van dagbehandeling. Deze ontwikkelingen zorgden voor een differentiatie in dienstverlening.

Parallel aan deze ontwikkeling kwam er een discussie op gang over de kaders waaronder deze voorzieningen moesten vallen. De grenzen tussen zorg en maatschappelijke dienstverlening bleken steeds moeilijker te kunnen worden afgebakend. De gezondheidszorg 'vermaatschappelijke' steeds meer en door de groei in tussenvoorzieningen ontstond een groot aantal voorzieningen die op het grensvlak lagen tussen zorg en maatschappelijke dienstverlening. Veel tussenvoorzieningen kwamen in de loop van de tijd in het pakket van de AWBZ. Dit ondanks het feit dat hier wel degelijk kritiek op was. Met name vanuit de Ziekenfondsraad waren geluiden te horen over de onwenselijkheid van bekostiging van maatschappelijke dienstverlening door een ziektekostenverzekering.

Ontwikkelingen in wet en regelgeving

De AWBZ was ontworpen in een periode dat volksgezondheid als beleidsterrein nog onder het ministerie van Sociale Zaken viel. In 1971 werd het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zelfstandig. De AWBZ kreeg daardoor meer het karakter van een

volksgezondheidswet. De afbakening met andere beleidsterreinen werd meer een punt. Tegelijkertijd leidden ontwikkelingen als de vermaatschappelijking van de zorg en het transparanter worden van de grenzen tussen gezondheidszorg en welzijnszorg ertoe dat voorzieningen minder eenduidig in bestaande regelingen pasten. Sommige "welzijnsvoorzieningen" kwamen onder de AWBZ. Dat gaf qua beleidsvoering de nodige problemen omdat deze voorzieningen formeel onder het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM) vielen. Om toch invloed te behouden op de planning en sturing van de voorzieningen voerde CRM begin jaren 70 de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVMD) in. Steeds meer vormen van zorg- en dienstverlening werden gefinancierd via regelingen die daar in eerste instantie niet voor bestemd waren. De Algemene Bijstandswet, zo geconstateerde men in 1974, financierde indirect, maar op grote schaal, dienstverlenende instellingen. Deze voorzieningen waren vaak bedoeld voor gehandicapten, psychiatrische patiënten, bejaarden en hulpbehoevenden. De ABW fungeerde zo echter voor iets waar zij niet voor bestemd was. Men sprak van een 'gat in de bijstand', dat gedicht moest worden. Het opschonen van de bijstand had tot resultaat dat een groot aantal tussenvoorzieningen voor gehandicapten en psychiatrische patiënten onder de AWBZ kwamen. De Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening (TSMD) voorzag in een nieuw financieringskader voor de voorzieningen die onder beleidsverantwoordelijkheid van CRM dienden te blijven.

In deze periode begon men in de AWBZ relatief kleine eigen bijdragen voor bepaalde verstrekkingen te vragen, die overeen kwamen met besparingen op normale kosten voor levensonderhoud.

De formule van de AWBZ

Veranderingen in de visie op zorgverlening aan gehandicapten en chronisch zieken, het voornemen om meer samenhang in het aanbod van zorg aan te brengen en de extramurale zorg te stimuleren, dat alles veranderde de blik op de AWBZ. De oorspronkelijke opvatting over de doelgroep van de AWBZ legitimeerde de opname in het pakket van een groot aantal tussenvoorzieningen. Het gegeven van de volksverzekering werd gebruikt als legitimatie om preventieve zorg in het pakket op te nemen. Enerzijds werd de AWBZ hierdoor een instrument om voorzieningen voor een bepaalde doelgroep te financieren en daarin een bepaalde samenhang aan te brengen. Anderzijds werd de AWBZ gebruikt als instrument om een op zichzelf

staande voorziening voor de gehele bevolking te financieren, namelijk preventie.

	AWBZ 1968 - 1980
Functie	Bekostiging voorzieningen
Doelgroep	Gehandicapten en chronisch zieken, deels iedereen
Voorzieningen	Voorzieningen voor langdurige zorg en preventie

4 1980 - 1988: De AWBZ wordt een instrument voor voorzieningenbeleid

In 1980 werd het kruiswerk een aanspraak in het kader van de AWBZ. In 1982 werd de AWBZ uitgebreid met hulp vanwege een riagg. Hieraan lagen uiteenlopende motieven ten grondslag. Kostenbeheersing was er een van. Bekostiging uit de AWBZ maakte het mogelijk deze posten van de rijksbegroting te verwijderen. Samenhang was een ander motief. In navolging van de Structuurnota werd gezocht naar samenhang tussen voorzieningen op één lijn, op één niveau. Om deze samenhang te bewerkstelligen moesten zoveel mogelijk vergelijkbare voorzieningen onder eenzelfde beleids- en financieringskader worden gebracht. Die redenering droeg bij tot de vorming van het riagg en de bekostiging ervan uit de AWBZ. Zowel ten aanzien van het kruiswerk als de riagg-hulp werd gezegd dat zij voor de gehele bevolking toegankelijk moesten zijn en dat daarom bekostiging uit de AWBZ was aangewezen. Voor het eerst werd door critici gesproken van oneigenlijk gebruik van de AWBZ.

Ontwikkelingen in beleid en bestuur

Het beleid in de zorgsector stond in navolging van de Structuurnota in het teken van kostenbeheersing, substitutie en samenhang. Vooral kostenbeheersing werd onder invloed van bezuinigingsoperaties als Bestek 81 belangrijk. Kostenbeheersing wilde men onder andere bereiken door een strakke aanbodregulering (budgettering onder andere). De sociale ziektekostenverzekeringen, de Wet Tarieven Gezondheidszorg en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen werden

daarvoor in hun toepassing op elkaar afgestemd. Verder wilde men kosten beheersen door meer patinten extramuraal in plaats van intramuraal te helpen en te voorkomen dat dure tweedelijnsvoorzieningen onnodig werden gebruikt. Daarvoor was het nodig dat de extramurale sector en de eerstelijnszorg een financiële impuls kregen.

Samenhang zou moeten ontstaan door herstructurering van de zorg via regionalisatie (indelen in gebieden met overzichtelijk en samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen) en echelonnering (groeperen van voorzieningen met globaal dezelfde functionele kenmerken en mate van specialisatie). Een belangrijke stap naar meer samenhang was de vorming van een nieuw ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), waarvan volksgezondheid en welzijn samen deel uit gingen maken.

Ontwikkelingen in de zorgverlening

Versterking van de eerstelijns gezondheidszorg was een belangrijke overweging om het kruiswerk onder de AWBZ te brengen. Hetzelfde geldt voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, dat om reden van kwaliteit werd samengevoegd in het riagg.

Groot bezwaar tegen de toenmalige financiering van zowel het kruiswerk als de ambulante geestelijke gezondheidszorg was met name de enorme versnippering in financiering. Financiering vond plaats via subsidies (rijk, provincie, gemeente), het Preventiefonds, contributies, ziekenfondsbijdragen en verschillende fondsen en collectes. Dit leidde tot onzekerheid over continuïteit en planning, ongelijkheid en instabiliteit. Als gevolg daarvan waren de voorzieningen achtergebleven in ontwikkeling. De organisaties wilden vanwege de financiële zekerheid en continuïteit graag via de AWBZ worden bekostigd. Deze overwegingen gaven, met het argument van samenhang, voldoende redenen voor financiering uit de AWBZ.

Ontwikkelingen in wet- en regelgeving

Bestuurlijke samenhang, substitutie en kostenbeheersing zijn doelstellingen die veel invloed hebben gehad op de ontwikkeling van wet- en regelgeving. Voor velen staan de jaren tussen 1979 en 1986 in het teken van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Via die wet ondernam de overheid een poging om het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen te ordenen en te sturen. Die poging strekte zich ook uit tot de welzijnszorg. De poging strandde op een verandering van het ideologisch klimaat, machtsstrijd tussen gemeenten, provincies en verzekeraars over de zeggenschap in de regio en de ingewikkeldheid van de hele operatie. In 1986 werd de

wet ingetrokken.

Samen met de vorming van het ministerie van WVC zorgde de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg ervoor dat de AWBZ meer als een beleidswet werd gezien. Waar het ministerie van Volksgezondheid een algemeen zorgbeleid voerde, richtte CRM haar beleid vooral op bepaalde doelgroepen. Die beleidstraditie sloot aan op de oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ, wat ertoe bijdroeg dat de AWBZ vanaf deze tijd meer en meer werd gezien als een beleidswet voor een aantal categoriaal gedefinieerde beleidssectoren.

De formule van de AWBZ

De nadruk in het beleid ligt op kostenbeheersing, substitutie en bestuurlijke samenhang. Voorzieningen worden opgenomen onder de aanspraken van de AWBZ om deze doelen te bereiken en meer greep te krijgen op de aansturing van de zorgsector. De AWBZ wordt daardoor een wet voor aanbodregulering. De oorspronkelijke grondslagen van de AWBZ zijn sterk vertroebeld en in de opneming van de nieuwe aanspraken (kruiswerk en riagg) slechts moeilijk terug te vinden. De doelgroep wordt verbreed en het argument van samenhang en substitutie zet de deur open voor nieuwe voorzieningen.

AWBZ 1980 - 1988	
Functie	Regulering voorzieningen
Doelgroep	Ouderen, gehandicapten, deels iedereen
Voorzieningen	Voorzieningen voor langdurige zorg, vervangende zorg en preventie

5 1988 - begin jaren 90: De AWBZ als instrument voor systeemverandering

In 1987 verscheen het rapport "Bereidheid tot verandering", beter bekend als het plan-Dekker. Een belangrijk onderdeel van plan-Dekker was een ingrijpende herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen gericht op het tot stand brengen van een basisverzekering. De AWBZ zou daarvoor worden uitgebouwd met voorzieningen uit het pakket van de ziekenfondsverzekering. In

navolging van het kruiswerk en de riagg werden gezinsverzorging, sociaal-pedagogische dienstverlening, alle vormen van psychiatrische behandeling en verpleging en de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen onder de AWBZ gebracht. Verder werden in het kader van de stelselherziening kunst- en hulpmiddelen, geneesmiddelen, revalidatiezorg, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek een aanspraak.

Ontwikkelingen in beleid en bestuur

Het rapport van de commissie-Dekker markeerde een omslag in het gezondheidszorgbeleid. Dekker introduceerde het marktdenken in de Nederlandse gezondheidszorg. De drie partijen (aanbieders, verzekeraars en patiënten) zouden aan invloed winnen, de overheid moest terugtreden. Aanbodregulering zou via gereguleerde marktwerking gaan verlopen. De overheid zou zich meer op vraagregulering gaan richten. Overeenkomsten en zelfregulering gingen in de beleidsvorming een grotere plaats innemen, terwijl regelgeving terughoudender werd toegepast. De AWBZ werd in het plan-Dekker een basisverzekering genoemd, bedoeld om de toegang tot de allernoodzakelijke zorg voor iedereen veilig te stellen. Staatssecretaris Simons bouwde het plan verder uit en wilde van de basisverzekering een volksverzekering maken, al noemde hij het niet zo. De koppeling van de AWBZ aan het marktdenken van de commissie-Dekker, riep evenwel weerstand op. Kon de zorg voor 'zwakken en weerlozen' wel aan de markt worden overgelaten? Het plan-Dekker - Simons liep uiteindelijk om verschillende redenen vast, onder andere omdat het deze en andere vragen niet bevredigend kon beantwoorden.

Ontwikkelingen in de zorgverlening

De positie van en de visie op patiënten veranderde in deze periode. Men ging spreken van mondige en kritische gebruikers. Het bekende beeld van de afhankelijke, ondeskundige patiënt schoof naar de achtergrond, wat natuurlijk niet wilde zeggen dat dit type patiënt helemaal niet meer bestond. Samenhang in de zorgverlening werd meer vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt/klant bekeken. Daardoor verschoven de grenzen tussen de deelterreinen van de gezondheidszorg. Kwaliteit en doelmatigheid kwamen voorop te staan en niet de vraag of zorg werd geboden door de eerste of de tweede lijn en door een intra- of extramurale voorziening. Ter wille van zorg op maat, flexibilisering en samenhang drong de noodzaak zich op gebieden van zorgverlening niet meer te onderscheiden naar

niveau of institutionele kenmerken, maar naar functionele criteria. In de jaren tachtig ging het dus niet alleen over samenhang tussen voorzieningen op één niveau, maar kwam steeds meer nadruk te liggen op de samenhang binnen een sector en tussen de verschillende niveaus. Deze denklijn leidde er bijvoorbeeld toe dat de gehele ggz onder één financieringskader kwam te vallen: de AWBZ.

Ontwikkelingen in wet- en regelgeving

De stelselwijziging die Simons wilde doorvoeren, leverde de AWBZ wel nieuwe verstrekkingen op, maar bracht geen principiële wijzigingen in de structuur en de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Voor de ziekenfondsverzekering veranderde er wel veel. Het loslaten van de vaste werkgebieden en de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen veroorzaakten een grote dynamiek op de verzekeringsmarkt. Ziekenfondsen werden onderdeel van grote verzekeringsconglomeraten met een commerciële inslag.

De sociale verzekering werd in deze periode ingrijpend afgeslankt. Risico's werden waar mogelijk geprivatiseerd en de uitvoeringsorganisatie van de sociale verzekering ging op de schop. In het verlengde daarvan werd ook de AAW herzien, waaronder de verstrekking van voorzieningen in het kader van die wet. Een deel van deze voorzieningen wordt naar de AWBZ overgeheveld. In feite is die overheveling onderdeel van een grotere operatie, waarvan ook de totstandkoming van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) deel uitmaakt. De WVG regelt de decentralisatie naar gemeenten van woon- en vervoersvoorzieningen waarop gehandicapten aanspraak maken. Zie voor een gedetailleerder overzicht bijlage 9.

De formule van de AWBZ

De oorspronkelijke insteek wordt in deze periode geheel losgelaten. De AWBZ wordt gebruikt om een basisverzekering tot stand te brengen. In plaats van de oorspronkelijke doelgroepen is de gehele bevolking doelgroep van de AWBZ geworden. Het verstrekkingenpakket wordt in principe uitgebreid tot alle noodzakelijke zorgvoorzieningen.

	AWBZ 1988 - begin jaren 90
Functie	Systeemverandering
Doelgroep	Iedereen
Voorzieningen	Alle noodzakelijke zorg

6 De huidige periode: Terug naar de bedoeling van de AWBZ

Het plan-Simons ging in de ijskast en het idee van een basisverzekering werd verlaten. Het aanbod van de AWBZ moest gaan bestaan uit 'langdurige en onverzekerbare zorgverstrekingen', de klassieke AWBZ voorzieningen. Het ging daarbij met name om verzorging en verpleging, de care. Per 1 januari 1996 werden de aanspraken op revalidatie, farmaceutische, audiologische hulp, kunst- en hulpmiddelen en erfelijkheidsadviesing uit het AWBZ-pakket verwijderd en overgeheveld naar het ziekenfondspakket en het pakket van de standaardpakketpolis. Door een knip in de thuiszorg en de ggz moest kortdurende thuiszorg en hulp door zelfstandige psychiaters en psychotherapeuten worden overgeheveld naar het tweede compartiment.

Ontwikkelingen in beleid en bestuur

Het huidige kabinet maakt in het verzekeringsstelsel onderscheid tussen drie compartimenten. De indeling in compartimenten is grotendeels gebaseerd op de bestaande verhoudingen. Het eerste compartiment omvat de AWBZ met een pakket dat wisselend wordt omschreven als 'de care-voorzieningen', 'langdurige en onverzekerbare zorg' en 'de care-sectoren: ouderenzorg, ggz en gehandicaptenzorg'. Het tweede compartiment bestaat uit de ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekeringen, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren en de standaardpakketpolis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Het pakket omvat de noodzakelijke zorg. Het derde compartiment omvat de aanvullende particuliere verzekeringen. Elk compartiment heeft een eigen bestuurlijk regime. In de AWBZ geldt de klassieke aanbodregulering onder regie van de rijksoverheid, in het tweede compartiment een hybride vorm van besturing die wisselend wordt

aangeduid met geregleerde marktwerking, geregleerde concurrentie of maatschappelijk ondernemerschap en in het derde compartiment is sprake van marktwerking. Kenmerk van de plannen van het kabinet is dat er geen sprake is van een ingrijpende stelselherziening. De bestaande diversiteit in de zorgsector wordt erkend en het kabinet probeert niet voor de gehele sector één ordeningsprincipe te laten gelden.

Ontwikkelingen in de zorgverlening

Sinds het ontstaan van de AWBZ heeft er in de behoefte aan gezondheidszorg een verschuiving plaatsgevonden. Het percentage mensen met chronische langdurige aandoeningen is toegenomen en daarmee de behoefte aan langdurige zorg, zowel curatieve zorg als verpleging en verzorging. De verhouding tussen de cure en care verschuift ten gunste van de care. Aan de organisatie van langdurige zorgverlening worden andere eisen gesteld dan aan die van kortdurende zorg. Het ontwikkelen van een optimaal samenspel van cure en care, kortdurende interventies en langlopende zorgverleningsprocessen is momenteel een van de belangrijkste aandachtspunten van het zorgbeleid.

In de samenleving is in toenemende mate sprake van individualisering, emancipatie en democratisering. Deze trends hebben invloed op de eisen die aan het zorgaanbod gesteld worden en op de vraag naar en behoefte aan zorg. Zorg moet 'op maat' zijn, dat wil zeggen toegespitst op de individuele patiënt en de patiënt moet zelf een keuze kunnen maken uit de verschillende zorgvoorzieningen. In de huidige AWBZ stuit men dan op een gebrek aan doelmatigheid en flexibiliteit en op starheid van het zorgaanbod. Stimulansen om zorgverlening en zorgaanbod doelmatiger en flexibeler te maken zijn in ontwikkeling. Er wordt geëxperimenteerd met cliëntgebonden budgetten, zorgvernieuwingsfondsen worden opgericht en indicatiestelling moet een belangrijkere rol gaan spelen. De ontwikkeling van deze sturingsinstrumenten staat echter nog in de kinderschoenen en er is weinig ervaring mee opgedaan.

Ontwikkelingen in wet- en regelgeving

De AWBZ wordt de basis voor het eerste compartiment, dat moet gaan bestaan uit de 'langdurige zorg en de onverzekerbare risico's'. Om de flexibiliteit van de aanspraken te vergroten, gaat men zorgvernieuwing tot een geïntegreerd bestanddeel van het verstrekkingspakket maken. In de modernisering van de ouderen-

zorg staat het vraagstuk rondom wonen en zorg centraal. De commissie-Welschen die zich met dit vraagstuk bezig heeft gehouden, pleitte voor het onderbrengen van de ouderenzorg in één financieringskader. In het regeerakkoord is afgesproken dat dit advies het uitgangspunt vormt voor de modernisering van de ouderenzorg. Concreet houdt dit in dat de Wet op de Bejaardenoord (WBO) komt te vervallen en dat de verzorgingshuizen op tijdelijke basis worden opgenomen in de AWBZ. De bedoeling is wel dat de woonfunctie op termijn weer uit de AWBZ verwijderd wordt.

De formule van de AWBZ

De AWBZ wordt de basis voor het eerste compartiment. Zij wordt weer een volksverzekering voor langdurige zorg en onverzekerbare risico's. Verzekeringstechnisch betekent dit dat de voorzieningen die niet in dit compartiment passen worden overgeheveld naar passender regelingen. Tevens zal de wet qua indicatie- en verstrekkingmogelijkheden zo gemoderniseerd moeten worden dat deze beter kan voldoen aan de veranderde vraag van de doelgroep. Zorg op maat is daarbij de leidraad.

In de huidige ideeën over de AWBZ is er weer een doelgroep, namelijk zij die aangewezen zijn op langdurige, onverzekerbare zorgfuncties. In de praktijk heeft die doelgroep zich sterk uitgebreid en is zij diverser geworden. Het is daardoor moeilijk tot een scherpe afbakening te komen. Dat trekt een zware wissel op het systeem van indicatiestelling, omdat de indicatie bepaalt of iemand een AWBZ-verstrekking nodig heeft.

	AWBZ volgens het huidige kabinet
Functie	Verzekering van onverzekerbare risico's en langdurige zorg
Doelgroep	Ouderen, gehandicapten en ggz-patiënten met chronische problematiek
Voorzieningen	Langdurige zorg, care

7 Conclusie

De geschiedenis leert dat er drie elementen zijn die de functie en de plaats van de AWBZ binnen de gezondheidszorg en sociale zekerheid bepalen: de behoefte aan een voorziening voor mensen met ernstige beperkingen en chronische aandoeningen, de behoefte om de bekostiging van bijzondere voorzieningen veilig te stellen en de behoefte aan een verzekering voor de gehele bevolking, gebaseerd op een balans tussen maatschappelijke solidariteit en individuele verantwoordelijkheid. Onder invloed van min of meer autonome ontwikkelingen in de economie, de politiek, de samenleving en de zorgsector zijn deze elementen telkens anders geïnterpreteerd. De huidige samenstelling van het pakket is daardoor voor een groot deel historisch bepaald. Niettemin leveren de drie hierboven genoemde elementen de basis voor een fundamentele discussie over de herinrichting van de AWBZ.

Bijlage 7

Onverzekerbaarheid

1 Inleiding

In deze bijlage wordt nader ingegaan op het begrip onverzekerbaarheid. In discussies over de inrichting van het ziektekostenstelsel is dit door de jaren heen een van de centrale elementen, vaak zelfs het onderscheidende aspect. In de jaren zestig werd in de aanloop naar de AWBZ gestreefd naar een verzekering voor risico's van chronische aandoeningen en beperkingen die particulier niet of nauwelijks konden worden verzekerd. Medio jaren tachtig reserveerde de commissie-Dekker het basispakket onder meer voor zorg die als totaal naar aard of kosten niet of nauwelijks op de markt te verzekeren is. In de plannen van het huidige kabinet is het eerste compartiment (AWBZ) in de eindsituatie gereserveerd voor langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's.

Onverzekerbaarheid is een terugkerend begrip in stelseldiscussies

Ook de huidige Tweede Kamer is unaniem van mening dat de AWBZ er is voor 'onverzekerbare risico's', zo blijkt telkens opnieuw tijdens debatten. De meningen verschillen echter over de vraag om welke voorzieningen het dan gaat. Wat voor de een onverzekerbaar is en thuishoort in de AWBZ, kan volgens de ander 'gewoon' verzekerd worden via het tweede of zelfs het derde compartiment. De geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg zijn bijvoorbeeld discussiepunten. Onverzekerbaarheid blijkt in de politiek geen vastomlijnd begrip te zijn.

De politieke invulling van onverzekerbaarheid varieert

Wie vervolgens te rade gaat in de literatuur om alsnog een definitie van het begrip 'onverzekerbaarheid' te vinden, wordt teleurgesteld. Er zijn weliswaar verschillende definities in omloop, maar omdat elke definitie subjectieve elementen bevat, bestaat er geen eensluidend antwoord op de vraag welke vormen van zorg onverzekerbaar zijn. Definities van onverzekerbaarheid, die vanuit de gezondheidszorg worden gegeven, komen in het algemeen neer op 'risico's die naar aard of kosten niet of nauwelijks door de markt te verzekeren zijn'. Een nadere uitwerking van 'aard of kosten' ontbreekt meestal, zodat onverzekerbaarheid alsnog een diffuus begrip blijft.

Ook in gezondheidszorgliteratuur is onverzekerbaarheid niet eenduidig gedefinieerd

Het blijkt wel mogelijk het begrip 'onverzekerbaarheid' enigszins in te kaderen op basis van een aantal algemene beginselen van verzekeren. Daarvan zal in deze bijlage worden uitgegaan. Maar ook dan blijkt dat verzekerbare van verschillende factoren afhankelijk is en dat verzekerbare vooral een maakbaar iets is. Er bestaan verschillende instrumenten om de verzekerbare van een risico te vergroten, zowel in een markt-economische als in een

Verzekeringstheorieën bieden enige aanknopingspunten

sociale context. Een bepalende factor is daarbij de bereidheid, van bijvoorbeeld verzekeraars zelf of van de politiek, om verzekerbare af te dwingen.

Achtereenvolgens komen aan bod een aantal definities van onverzekerbaarheid, beginselen van verzekeren en mogelijkheden om verzekerbare te beïnvloeden. Uiteindelijk wordt getracht een antwoord te geven op de vraag: Welke zorg is onverzekerbaar?

2 Definities en opvattingen over onverzekerbaarheid

In de loop der tijd is onverzekerbaarheid op verschillende manieren gedefinieerd. Hieronder worden een aantal opvattingen op een rij gezet, zodat de onderlinge verschillen zichtbaar worden.

Het oorspronkelijke voorstel van Veldkamp voor een Wet zware geneeskundige risico's ging ervan uit dat bepaalde risico's particulier niet te verzekeren waren. Veldkamp definieerde onverzekerbaarheid in termen van grote financiële risico's. Hij sprak over 'zeer zware lasten, welke uit hoofde van ernstige langdurige ziekten en gebreken op iedereen kunnen komen te drukken en door niemand zonder bijstand van de overheid of van derden kunnen worden gedragen'.

In een advies over dit wetsvoorstel gaf de Ziekenfondsraad aan dat aan een 'zwaar geneeskundig risico' de betekenis moet worden toegekend van het risico van zeer hoge financiële lasten, welke uit langdurige en kostbare vormen van verpleging en verzorging kunnen voortvloeien. De zwaarte van een risico wordt bepaald door verschillende factoren, zoals persoonlijke omstandigheden (financiële draagkracht van de betrokkene) en bestaande dekkingsmogelijkheden. Uiteindelijk werd gekozen voor een min of meer pragmatische invulling van 'onverzekerbaarheid'. Gegeven de wens om de bestaande ziekenfondsverzekering zoveel mogelijk in tact te laten koos de Ziekenfondsraad er namelijk voor manco's op te sporen. Het ging daarbij dus om kostbare voorzieningen waarvan de kosten niet of voorlopig niet door de ziekenfondsverzekering gedekt werden. De uiteindelijke AWBZ verzekerde vooral grote financiële risico's, complementair aan de ziekenfondsverzekering.

In 1987 presenteerde de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, ook bekend als de commissie-Dekker, plannen voor een nieuwe inrichting van het ziektekostenstelsel. Centraal in de plannen staat een basisverzekering, welke twee vormen van zorg omvat, namelijk:

1. zorg die als totaal naar aard of kosten niet of nauwelijks op de markt te verzekeren is;
2. zorgfuncties die voor substitutie gevoelig zijn.

De commissie geeft geen nadere invulling aan deze twee criteria, maar beperkt zich tot een opsomming van de functies die tot het pakket van de basisverzekering moeten behoren. De definitiekwestie wordt in feite omzeild via een inhoudelijke opsomming. In totaal omvat de basisverzekering 85% van de verstrekkingen en voorzieningen aan gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. De overige 15% zou moeten worden opgenomen in een aanvullende verzekering.

De relatieve betekenis van deze definitie blijkt enige jaren later. Aanvankelijk nam de toenmalige CDA-VVD regering het percentage van 85% als omvang voor de basisverzekering over. De latere CDA-PvdA regering, met Simons als staatssecretaris van volksgezondheid, kwam echter op een percentage van circa 95%. De omvang van de basisverzekering was uiteindelijk een politiek besluit.

Indirect komt het vraagstuk van (on)verzekerbare risico's ook aan bod in een advies van de Ziekenfondsraad uit 1989 over het al dan niet opnemen van in vitro fertilisatie in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. Onverzekerbare risico's als financieel niet te dragen risico is afhankelijk van individuele omstandigheden.

Volgens de Raad spelen bij de afweging zorginhoudelijke en verzekeringspolitieke criteria een rol. Eén van de criteria heeft betrekking op de vraag of de zorgvoorziening een financieel zelf te dragen risico vormt. De Ziekenfondsraad geeft geen eenduidig antwoord, maar concludeert in het geval van IVF: 'In de praktijk blijkt dat mensen soms veel geld over hebben voor "hun laatste hoop op een kind". Het is duidelijk dat deze bereidheid natuurlijk afhankelijk is van de financiële mogelijkheden van een paar.' In het advies over de Nota verandering verzekerd geeft de Ziekenfondsraad aan dat de criteria een handvat bieden, 'zij het dat op politiek/financieel gronden de keuzen kunnen worden doorkruist'.

In 1995 gaf de huidige Paarse regering aan te willen komen tot een verzekeringsstelsel dat bestaat uit drie compartimenten. Het eerste compartiment, de AWBZ, bevat in de eindsituatie langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's. In beleidsnota's is niet aangegeven wat hiervoor de onderscheidende criteria zijn, maar inmiddels zijn wel een aantal voorzieningen uit de AWBZ gehaald die daarin terecht waren gekomen op weg naar een basisverzekering. Het betreft de aanspraken farmaceutische hulp, revalidatie,

Onverzekerbare risico's als financieel niet te dragen risico is afhankelijk van individuele omstandigheden

Ook in de huidige plannen van een AWBZ voor onverzekerbare risico's ontbreekt een duidelijke definitie

hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek. Bij de bekendmaking van de plannen gaf het kabinet zelf al aan dat de overheveling van andere zorgvormen, zoals psychiatrische hulpverlening, nog zou worden onderzocht, maar dat vanwege de onderlinge samenhang tussen de zorgonderdelen de integrale opname binnen één verzekeringsvorm de voorkeur heeft boven de verdeling van deze zorg over meerdere verzekeringsvormen.

De discussie over wat wel en wat niet in de AWBZ thuishoort is in feite nog niet beslecht en woedt tot op de dag van vandaag nog steeds voort. Zoals gezegd verschillen de politieke opvattingen onder meer over de plaats van delen van de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg.

Het politieke debat is nog gaande

Tijdens een invitational conference over de zogenoemde knip in de ggz, op 13 juni 1997, gaf Van Hoek (OZ-verzekeringen) aan dat het perspectief op verzekerbareid tussen klant en verzekeraar verschilt. Of een klant zich wil verzekeren wordt bepaald door een rationele keuze op basis van de kans op ziekte, de omvang van de kosten, inkomen en risico-aversie en de hoogte van de premie. Met name bij een lage kans en hoge kosten is de verzekeringsgeneigdheid groot, maar inschatting van het eigen risico zal leiden tot een lagere geneigdheid. Vanuit het perspectief van de verzekeraar is de verzekerbareid volgens Van Hoek afhankelijk van de hoogte van de maximale schade, de hoogte van de gemiddelde schade, de frequentie en het optreden van moral hazard.

Ook klant en verzekeraar hebben verschillende perspectieven op verzekerbareid

3 Beginselen van verzekeren

Wie zich nader verdiept in de beginselen van verzekeren vindt meer aanknopingspunten. Er bestaan verschillende definities van verzekeren en verzekerbareid. Een daarvan luidt 'verzekerbare is datgene waarvoor een sluitende risico-dekkingsorganisatie is te creëren'. Posthuma heeft tijdens een ASTIN-studiedag in 1985 een verzekering als volgt gedefinieerd: een recht op schadeloosstelling in het geval zich in de toekomst (gedurende de contractstermijn) een (tevorens omschreven) onzekere gebeurtenis zal voordoen. De vrager (verzekerde) betaalt hiervoor een prijs in de vorm van een premie en de verzekeraar biedt de garantie van een schadeloosstelling.

Verzekeren is recht op schadeloosstelling wanneer een onzekere gebeurtenis zich voordoet, in ruil voor een premie

Uit deze definitie zijn twee basale voorwaarden af te leiden voor verzekerbareid. Ten eerste moet het risico (de schade) namelijk nog niet zijn opgetreden. Dit wordt ook wel het principe van het brandend huis genoemd: een huis dat reeds in brand staat is niet

Voorwaarden: risico nog niet opgetreden en kansberekening mogelijk

meer te verzekeren. Ten tweede moet een kansberekening mogelijk zijn, namelijk van de kans dat een risico optreedt en van de omvang van de schade. Beide kansberekeningen zijn nodig voor het vaststellen van de premiehoogte. Catastrofes zijn bijvoorbeeld niet verzekeraar, omdat ze onberekenbaar zijn en een cumulatie van risico's optreedt.

Tijdens het symposium 'Onverzekerbaarheid? wie neemt het risico' formuleerde Jonker, voorzitter van het Verbond van Verzekeraars, de volgende voorwaarden voor het kunnen verzekeren van risico's op een vrije markt:

Andere voorwaarden: betaalbare premie, groep verzekerden van minimale omvang en een zekere mate van solidariteit

- De omvang van risico's moet berekenbaar en dus inschatbaar zijn;
- De premie moet betaalbaar zijn voor een groep mensen van minimaal een bepaalde omvang;
- De verzekeraar moet een zekere mate van solidariteit kunnen organiseren tussen degenen die gelijksoortige risico's ter verzekering aanbieden.

Jonker positioneert onverzekerbaarheid als een verantwoordelijkheid van meerdere partijen, waaronder overheid en verzekeraars.

In het algemeen worden bij verzekeren twee vormen van solidariteit onderscheiden, namelijk kanssolidariteit en subsidierende solidariteit. Beide vormen hebben een verschillende uitwerking op het verzekeringsstelsel en worden gekoppeld aan particuliere-, respectievelijk sociale verzekeringen. De verschillen tussen de verzekeringsstelsels zijn mede afhankelijk van de financiering, de dekkingsvorm, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen dekking ex ante en ex post.

Twee vormen van solidariteit leiden tot verschillende verzekeringsstelsels

Bij kanssolidariteit is de bijdrage (de premie) zoveel mogelijk in overeenstemming met de kans op nadeel. De individuele lasten en baten van de verzekering zijn daarbij zoveel mogelijk in evenwicht, dit teneinde het vrijwillige karakter van een verzekering te waarborgen. Het moet voor de (aspirant)verzekerde financieel aantrekkelijk zijn zo'n verzekering af te sluiten.

Kanssolidariteit

Kanssolidariteit gaat gepaard met ex post overdrachten door pooling van homogene risico's. De som aan uitkeringen voor het collectief zal daarbij idealiter gelijk zijn aan de som van de risicopremies.

Subsidiërende solidariteit gaat verder, waardoor bij een deel van de groep de lasten hoger zijn dan de baten van een verzekering. Deze vorm van solidariteit gaat gepaard met geldoverdrachten van het ene deel van de groep naar het andere deel. Een variant op de subsidiërende solidariteit is inkomenssolidariteit, waarbij sprake is van een inkomensoverheveling tussen verzekerden. Subsidierende solidariteit

Subsidiërende solidariteit

ontstaat door ex ante overdrachten, waarbij sommigen korting krijgen op de premie, die vervolgens door anderen wordt opgebracht. Risico's zijn bij subsidirende solidariteit ongelijk verdeeld over het collectief.

Het Verbond van Verzekeraars heeft de verschillen tussen beide stelsels als volgt weergegeven (aangehaald door Vermaat tijdens het genoemde symposium over onverzekerbaarheid op 15 februari 1995):

Uitgangspunt	Subsidiërende solidariteit	Kanssolidariteit
Type verzekering	Sociale verzekeringen	Particuliere verzekeringen
Kenmerken	wettelijke basis verplichte winkelnering verplichte deelname, acceptatieplicht geen zelfselectie homogene dekking uniforme premie omslagstelsel	vrije markt, overheidstoezicht concurrentie tussen aanbieders contractvrijheid tussen verzekerde en verzekeraar wel zelfselectie dekkingsdifferentiatie premiedifferentiatie kapitaaldekkingstelsel

Volgens Vermaat zijn niet alle verschillen even groot als ze lijken. De kernfactor is (potentiële) dwang bij de sociale verzekeringen versus (contractuele) vrijwilligheid bij particuliere verzekeringen. De overige verschillen zijn minder vergaand dan in de praktijk wel eens wordt aangenomen. Met name de dwangfactor blijkt van grote invloed te zijn bij de vormgeving van de dekkingorganisatie. In de praktijk bestaan ook allerlei mengsystemen, doordat de overheid nadere regelgeving kan opleggen aan privaatrechtelijk georganiseerde verzekeringssystemen. Vermaat concludeert uiteindelijk dat wat verzekerbaar is,

afhängt van de feitelijke omstandigheden, dat wil zeggen zaken als de aard van het risico, de institutionele constellatie, de mate van overheidsbemoeienis, et cetera. De begrippen verzekerbaar en onverzekerbaar zijn converse en conditionele begrippen volgens Vermaat zowel convers, als conditioneel van aard. Convers (tegengesteld complementair) omdat

onverzekerbaar overeenkomt met datgene wat in een bepaalde situatie niet te verzekeren is. Conditioneel omdat de realisering afhankelijk is van bepaalde factoren. Wat in de ene constellatie verzekerbbaar is, blijkt in een andere constellatie onverzekerbbaar te zijn. De realiseerbaarheid van een risico-dekkingsorganisatie wordt bepaald door technische, sociaal-politieke en economische restricties. Deze restricties zijn volgens Vermaat vrijwel altijd 'man-made' en cultureel bepaald.

4 'Maakbaarheid' van verzekeren

Op grond van het voorafgaande kunnen we concluderen dat (on)verzekerbbaarheid niet per definitie samenhangt met de keuze voor een bepaald stelsel. In beide stelsels kunnen maatregelen worden getroffen om de verzekerbbaarheid van bepaalde risico's te beïnvloeden. Voor de discussie is in feite niet zo zeer de *onverzekerbbaarheid* van belang, maar de mate waarin de verzekerbbaarheid van een risico vergroot kan worden. Tot op zekere hoogte is verzekerbbaarheid een 'maakbaar' iets.

Maatregelen om de verzekerbbaarheid van risico's te vergroten kunnen verzekeraars vrijwillig nemen of op grond van besluiten van de overheid (politieke dwang). Hieraan kunnen verschillende overwegingen ten grondslag liggen.

Het gaat vooral om de mate waarin risico's verzekerbbaar kunnen worden gemaakt

Verzekerbbaarheid is te beïnvloeden via vrijwillige of afgedwongen maatregelen

Naast sociaal-politieke en financiële motieven bij de overheid, kunnen bijvoorbeeld bedrijfseconomische- en marketing overwegingen bij verzekeraars een rol spelen.

Voorbeelden van vrijwillige maatregelen zijn: pooling van homogene risico's, vrijwillige vaststelling van een premiebandbreedte en het treffen van 'vangnet'voorzieningen voor de WA- en auto-verzekering (zoals Terminus). Ter toelichting op dit laatste: Nederlanders zijn wettelijk verplicht een WA-verzekering af te sluiten en datzelfde geldt voor degenen die een auto bezitten. Toch bestaat voor deze verzekeringen geen acceptatieplicht. Verzekeraars hebben het probleem van mensen die vanwege hun risico's individueel moeilijk zijn te verzekeren opge-

Voorbeelden van vrijwillig genomen maatregelen

lost, door gezamenlijk een aparte vangnetverzekering in het leven te roepen. Degenen die niet in aanmerking komen voor een reguliere WA- of autoverzekering kunnen zich dan aanmelden bij deze

vangnetverzekering, waarbij ze overigens wel een hogere premie betalen. Meestal trekken de maatregelen die de overheid aan verzekeraars oplegt om de verzekerbareheid te vergroten, meer aandacht. Voorbeelden daarvan zijn: de invoering van een acceptatieplicht, verplichte vormen van pooling (zoals WTZ en MOOZ-bijdragen, maar ook pooling van atoomschade), vaststelling van een premiehoogte en invoering van een wettelijk omschreven standaardverzekering. De constructie van de standaard(pakket)polis, een gedefinieerd pakket tegen een maximale, maar verlieslatende premie met een acceptatieplicht voor particuliere verzekeraars, leidt ertoe dat overschade via een pooling wordt verhaald op de overige particulier verzekerden.

Voorbeelden van maatregelen die de overheid verzekeraars oplegt

5 Conclusie

Het is niet mogelijk een eenduidig antwoord te geven op de vraag welke zorg onverzekerbaar is. Dat is afhankelijk van min of meer toevallige factoren als de aard van het risico, de omvang van de schade, de persoonlijke draagkracht et cetera. Ook het stelsel dat aan de verzekering ten grondslag ligt en eventueel genomen maatregelen om de verzekerbareheid te vergroten, zijn van invloed. In een verzekeringsstelsel dat is gebaseerd op zuivere kanssolidariteit zijn reeds opgetreden en tot schade leidende risico's niet te verzekeren. Iets dergelijks zien we bijvoorbeeld bij aanvullende tandheelkundige verzekeringen, waar bepaalde behandelingen aan bepaalde delen van een gebit van de verzekeringspolis kunnen worden uitgesloten. Het is belangrijker te

Geen eenduidig antwoord mogelijk op de vraag welke zorg onverzekerbaar is

kijken naar de bereidheid van verzekeraars en de overheid om de verzekerbareheid van bepaalde risico's te vergroten. Die bereidheid is onder meer afhankelijk van bedrijfseconomische en sociaal-politieke overwegingen, bijvoorbeeld de wens om een bepaalde mate van subsidiërende solidariteit te organiseren. De overheid kan op grond van politieke besluitvorming bepaalde maatregelen afdwingen en daarmee de verzekerbareheid vergroten. Uiteindelijk heeft de politiek een belangrijke stem bij het bepalen welke zorg verzekerbaar is. Overigens hoeven die overwegingen niet voor alle risico's, voor alle zorgvormen, gelijk te zijn. Het is mogelijk om bepaalde zorgvormen onder te brengen in een groter verzekeringscollectief of daarbij een grotere mate van subsidiërende solidariteit te gebruiken, vergelijkbaar met de bestaande AWBZ.

Mate van verzekerbareheid is bovenal een politieke keuze

Bijlage 8

Internationale vergelijking

1 Inleiding

De AWBZ is een unieke verzekering. In geen ander land bestaat een equivalent van een AWBZ-achtige voorziening. Nu de toekomstige plaats en functie van de AWBZ ter discussie staan is het zinvol te bekijken hoe men in andere landen de functies georganiseerd heeft die in Nederland onder het domein van de AWBZ vallen. Hiertoe is een inventarisatie gemaakt van de organisatie van de AWBZ-functies (gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting) in vier Europese landen. Aandachtspunten in de inventarisatie zijn de organisatie van voorzieningen, achterliggende oorzaken en motieven die geleid hebben tot de organisatiewijze en de knelpunten en voordelen die naar voren komen door de organisatiewijze.

De geïnventariseerde landen zijn België, Denemarken, Duitsland en Engeland. De keus is gevallen op deze landen omdat ze qua demografie, welvaartsniveau en ontwikkelingspeil van de zorgsector redelijk vergelijkbaar zijn. De wijze waarop de langdurige zorg en dienstverlening georganiseerd is, verschilt echter.

Inventarisatie gezondheidszorg,
dienstverlening en huisvesting in vier
landen

In deze notitie wordt bekeken of de regelingen in de geïnventariseerde landen aanknopingspunten bieden voor de beantwoording van de vragen over het profiel en de uitvoering van de AWBZ.

Hiervoor wordt een vergelijking gemaakt aan de hand van de aandachtspunten die een rol spelen bij de discussie over een toekomstige AWBZ. Er is gekozen voor dit uitgangspunt omdat een vergelijking tussen de landen an sich niet realistisch is. De organisatie van een zorgstelsel hangt sterk samen met historische en culturele achtergronden van een land en kan hiervan ook niet los beoordeeld worden. Een vergelijking is tevens gecompliceerd juist omdat het verstrekkingenpakket wat in Nederland vastligt in de ziektekostenverzekeringen in andere landen verspreid is over ziektekostenverzekeringen, sociale verzekeringen en gezondheids- en welzijnsbudgetten van overheden. Per aandachtspunt worden de landen vergeleken en de relevante omgevingsfactoren in de beschrijving betrokken.

Domein van de gezondheidszorg

2 Profiel

Een groot aantal voorzieningen die in Nederland onder de AWBZ

vallen, worden in de geïnventariseerde landen niet tot de gezondheidszorg gerekend, zoals ouderenzorg, gedeelten van de residentiële ouderenzorg, gehandicaptenzorg, gezinszorg en hulpmiddelen. Deze vormen van zorg behoren tot de dienstverlening en zijn gedecentraliseerd naar een lagere overheid of ondergebracht bij een andere regeling. Ook de kosten voor langdurig wonen of huisvesting behoren niet tot het domein van de gezondheidszorg. Er is dus sprake van een onderscheid tussen gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening.

Financiering van de kosten van de gezondheidszorg vindt plaats via de wettelijk verplichte ziektekostenverzekeringen. De ziektekostenverzekering kan betaald worden via belastingen zoals in Denemarken en Engeland of door premiebetaling zoals in Duitsland en België. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ligt bij de nationale overheid.

Alleen in Denemarken is de planning, financiering en organisatie voor gezondheidszorgvoorzieningen gedecentraliseerd naar de provincies.

Dienstverlening behoort zowel in België, Denemarken als Engeland tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheid en wordt gefinancierd via belastingopbrengsten van zowel nationale als lokale overheid. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor een integraal pakket van vervoersvoorzieningen, financiële ondersteuning, maaltijdvoorzieningen, verzorging, bijzondere woonvoorzieningen, woningaanpassingen en dagopvang. Een uitzondering hierop is Duitsland waar langdurige zorgbehoefte sinds 1995 verzekerd is via de Pflegeversicherung. De Pflegeversicherung is bedoeld voor adl/hdl hulp voor ouderen, zieken en gehandicapten.

Tenslotte maakt huisvesting geen onderdeel uit van de gezondheidszorg. Bij verblijf in instellingen (rust- en verzorgingshuizen, psychiatrische instellingen, instellingen voor gehandicapten) betalen bewoners zelf huur of betalen een eigen bijdrage voor de hotel- en verblijfsfunctie.

3 Achtergronden en motieven

De achtergronden voor de wijze van organisatie en financiering zijn meestal een samenspel van zorginhoudelijke en bestuurlijke motieven en een historisch gegroeide situatie. Zo blijken in België, Engeland en Duitsland de systematiek van de ziektekostenverzekering, het medisch concept en de grote invloed van artsen een belangrijke rol te spelen bij het onderscheid tussen gezondheidszorg en dienstverlening. De ziektekostenverzekering is oorspronkelijk ontstaan als verzekering voor werkenden tegen beroepsinactiviteit en keert alleen uit bij medische kosten. Deze oorsprong is nog steeds aanwezig want in de praktijk betekent dit dat men verzekerd is tegen praktisch alle geneeskundige en medische problemen. Is er echter sprake van revalidatie, langdurige zorg, begeleiding, ongeacht of het een medische oorzaak heeft, dan zal in het algemeen de ziektekostenverzekering niet vergoeden.

Verschillende oorzaken en motieven

Het medisch concept

In Duitsland was het ontbreken van een financieringskader voor langdurige ambulante verpleging en verzorging aanleiding tot het invoeren van de Pflegeversicherung. Thuiszorg werd door cliënten zelf betaald of als deze daartoe niet in staat waren, door de gemeentelijke bijstand. Hierdoor kregen de gemeentelijke sociale diensten een steeds groter aandeel in de financiering van de thuiszorg en werd de financiële druk op gemeenten te groot. Een aparte verzekering voor verpleging en verzorging thuis werd daarom noodzakelijk geacht.

Opschonen van de bijstand

In de andere vergeleken landen zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor de meeste vormen van dienstverlening.

De oorsprong van de belangrijke positie van de gemeenschap ten aanzien van de dienstverlening in België is te vinden in de politieke beslissing om alle persoonsgebonden aangelegenheden naar de gemeenschappen te decentraliseren. Het effect van de decentralisatie van deze verantwoordelijkheid is geweest dat alles wat niet onder de ziektekostenverzekering valt naar de gemeenschap is gegaan waardoor deze momenteel verantwoordelijk is voor een groot aantal voorzieningen.

Politieke besluitvorming

In Engeland en Denemarken liggen meer zorginhoudelijke argumenten ten grondslag aan de organisatiewijze.

In beide landen is de dienstverlening onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheid gebracht, in Engeland via de Community Care Act, in Denemarken via de Social Assistance Act. Deze decentralisatie komt voort uit het veranderde denken over zorg en dienstverlening aan mensen met handicaps. De hervormingen

Zo lang mogelijk thuis met zorg op maat

beogen verbeterde uitbouw van lokale dienstverlening, opdat de betrokkenen langer in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven en de vraag naar residentiële zorg afneemt. Door beschikbaar stellen en toegankelijk maken van gepaste diensten moet de lokale overheid bewerkstelligen dat alle inwoners met geestelijke dan wel fysieke handicaps zo zelfredzaam mogelijk in hun eigen huis of in een 'huiselijke instelling' binnen de gemeenschap kunnen verblijven. De thuiszorg krijgt de hoogste prioriteit en financieringsmechanismen die residentiële zorgverlening bevoordelen moeten afgebouwd worden. In Denemarken geldt zelfs een bouwstop voor traditionele verpleeghuizen. Onderliggend principe is het onderscheid tussen wonen en zorg waarbij geldt dat voorzieningen die nodig zijn in verband met beperkingen zoveel mogelijk in de eigen omgeving geleverd moeten worden waarbij zorg niet bepalend mag zijn voor het wonen.

4 Aandachtspunten bij gescheiden verantwoordelijkheden

De AWBZ biedt als wettelijke sociale verzekering vrij nauw omschreven aanspraken, gebaseerd op beginselen van solidariteit en rechtsgelijkheid. In de vergeleken landen geldt voor de dienstverlening dat de lokale overheid een wettelijke verplichting heeft in de behoefte aan dienstverlening te voorzien. De omschrijving van de aanspraken beperkt zich tot een wettelijk kader waarbinnen de lokale overheid zelf verantwoordelijk is voor indicering, toewijzing en uitvoering van voorzieningen.

Het meest verstrekkende voorbeeld is Denemarken waar de lokale overheid zowel planner, financier, wetgever en uitvoerder is van het welzijn of de sociale dienstverlening. Er zijn verschillende aandachtspunten die een rol spelen bij deze decentralisatie van voorzieningen naar een lokale overheid. Deze aandachtspunten doen zich in de vergeleken landen op verschillende wijze voor.

Verschillen tussen lokale overheden

In alle landen is door de decentralisatie sprake van ongelijkheid met betrekking tot toekenning en beschikbaarheid van voorzieningen. In België zijn de gemeenschappen geheel autonoom op het gebied van de persoonsgebonden aangelegenheden. Planning en inhoud, regelgeving, financiering en uitvoering van zorgvoorzieningen verschillen per gemeenschap. Ook in Engeland zijn de lokale

Verschillen in toegang capaciteit en eigen bijdragen

overheden vrij te bepalen welke zorg ze inkopen, welke zorg ze zelf leveren aan wie en wat voor eigen bijdragen ze daarvoor vragen. Dit leidt tot verschillen in capaciteit en eigen bijdragen per regio. De verschillen per gemeente kunnen vrij groot zijn, samenhangend met de initiatieven van de lokale overheid en de inkomsten van zowel overheid als inwoners. In Duitsland zijn de verschillen in zorg en dienstverlening terug te voeren naar de posities van de deelstaten die een vrij grote autonomie en beleidsvrijheid hebben op het gebied van implementeren van nationale wetgeving. In Denemarken hebben zowel gemeenten als provincies een integrale verantwoordelijkheid voor voorzieningen en heffen eigen belastingen. De decentralisatie van de dienstverlening naar de gemeenten heeft betekend dat er in Denemarken 275 mini-zorgstelseltjes aanwezig zijn. In de beleving van betrokkenen worden deze verschillen niet als rechtsongelijkheid beschouwd.

Inzichtelijkheid

De scheiding tussen verantwoordelijkheden voor zorg en dienstverlening kan met name voor de zorgvragers leiden tot ondoorzichtigheid. In Engeland is er sprake van dienstverlening, gezondheidszorg, informele zorg, private zorg waarbij de scheidingslijnen niet altijd even helder zijn. Bijkomstigheid is dat diverse organisaties verschillende soorten zorg en dienstverlening kunnen aanbieden. Zo kan de lokale overheid zelf zorg en dienstverlening leveren of dit inkopen van private of publieke gezondheidszorgorganisaties. Het systeem wordt beoordeeld als ondoorzichtig en complex, zowel voor hulpverleners, patiënten, overheden en buitenstaanders. Ook in België beoordeelt men het systeem als ondoorzichtig. Voorzieningen weten meestal wel de weg naar de overheid te vinden, maar voor clinten blijkt dit een stuk moeilijker. Er is geen centraal coördinatieorgaan en er bestaan geen zorgbemiddelaars.

Ondoorzichtige zorgsystemen bij gescheiden verantwoordelijkheden

Coördinatie en afstemming tussen voorzieningen en diensten is een probleem, met name als deze onder de verantwoordelijkheid vallen van verschillende partijen. Er vindt wel coördinatie plaats. Dit kan bijvoorbeeld gaan via een verzekeraar of een sociale dienst van een gemeente. De kwaliteit van deze hulpverlening hangt echter sterk af van de ervaring en kennis van betrokken ambtenaar. Vooral als het gaat om sectoroverstijgende zorg, omdat men vaak niet weet wat er buiten de organisatie of sector precies allemaal gebeurt en geregeld wordt. Groot pluspunt van de Belgische zorg is dat er in de gemeenschap veel en

verschillende voorzieningen aanwezig zijn. De overheid bepaalt de kaders en financiert, de initiatieven voor zorgverlening komen in het veld. Dit zorgt voor dynamiek, diversiteit en biedt mogelijkheden tot regionaal maatwerk.

De inzichtelijkheid van het Deense systeem is voor de burgers erg groot. De zorg is eenvoudig georganiseerd, makkelijk te bereiken verantwoordelijkheden zijn duidelijk en de toegankelijkheid is groot. Wat met name voor de nationale overheid niet duidelijk is, is de wijze waarop de gemeente haar indiceringen maakt, zorgvragen beoordeelt en komt tot het vaststellen en toewijzen van de zorgvraag. Ook weet men niet precies waar de gemeenten hun geld aan uitgeven.

Profiel van de AWBZ in vergelijking met andere landen

	Nederland	België	Denemarken	Engeland	Duitsland
wonen	integraal AWBZ	individu	individu	individu	individu
financiering	AWBZ	individu betaalt hotel en verblijfskosten, indien niet mogelijk bijstand	individu betaalt huur	individu, betaalt eigen bijdrage. Indien niet mogelijk via bijstand	individu, indien niet mogelijk bijstand
gezondheidszorg	nationaal: AWBZ, ZFW, particulier	nationaal, verplichte sociale ziektekostenverzekering	nationaal, gefiscaliseerde ziektekostenstelsel	nationaal, National Health Service (NHS)	nationaal, verplichte ziektekostenverzekering
financiering	premie	premie	belastinggelden	belastinggelden	premie
dienstverlening	nationaal	gemeenschappen en gemeenten	gemeenten	gemeenten	landelijk
financiering	premie	nationale belasting	belasting	belasting	belasting
achtergronden, organisatieconcept	historisch; integraliteit, samenhang	historisch, staatkundig, invloed medisch concept	historisch en zorginhoudelijke motieven van zorg in eigen gemeenschap, zo lang mogelijk thuis	historisch, zorginhoudelijke motieven, eigen gemeenschap, zo lang mogelijk thuis	opschonen bijstand, ontbreken regeling

5 Uitvoering

De scheiding van verantwoordelijkheden voor zorg en dienstverlening maakt een goede samenwerking onmisbaar. Dit blijkt in de meeste landen echter een probleem te zijn.

In Engeland is de samenwerking op lokaal niveau tussen dienstverlenings- en gezondheidszorginstanties uitgebleven. Hulpverleners afkomstig uit de gezondheidszorg hebben vaak te weinig kennis over de mogelijkheden van de lokale overheid en de aard van de dienstverlening daar. Dit bemoeilijkt de ontwikkeling van samenwer-

Uitgebleven samenwerking tussen zorg en dienstverlening

kingsverbanden. De lokale overheden zien de decentralisatie vooral als een bezuinigingsoperatie. Men moet steeds meer taken vervullen die eerder tot het domein van de zorg behoren. Voordeel daarvan voor de rijksoverheid is kostenbeheersing. Hierdoor raakt de inhoudelijk discussie op de achtergrond. Algeheel gevoelde tendens is dat men onder grote financiële druk staat. Het resultaat hiervan is dat de lokale overheid om kosten te drukken, contracten aan moet gaan met goedkopere zorg- en dienstverleners. Dit heeft als gevolg dat men zorgverleners selecteert op het prijskaartje in plaats van op de kwaliteit van de zorg. Dit zou niet ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg.

Ook in België blijkt de samenwerking een probleem. Dit hangt samen met het ontbreken van incentives hiervoor en het ontbreken van informatieuitwisseling. Samenwerking en afstemming tussen instellingen is meer toevallig dan structureel hetgeen met name een oorzaak heeft in de onbekendheid met elkaars werk. Tevens vindt men de schaal waarop voorzieningen georganiseerd moeten worden te groot waardoor het geheel niet meer overzichtelijk is.

Als er geen duidelijke grenzen getrokken zijn in het grijze gebied tussen zorg en dienstverlening kan de scheiding in verantwoordelijkheden leiden tot afwentelingsmechanismen. Zo proberen gemeenschappen en ziektekostenverzekeringen kosten op elkaar af te schuiven. Illustratief hiervoor zijn hulpmiddelen en rolstoelen. Een aanvraag voor hulpmiddelen moet altijd gaan via de ziektekostenverzekering. Krijgt de aanvrager deze niet toegekend dan kan deze zich tot de gemeenschap richten. De criteria voor de ziektekostenverzekering zijn gericht op medische behandeling en ziekte. De gemeenschap voorziet in hulpmiddelen om met een beperking om te gaan, gericht op sociale integratie. Hier zit een overlap in, een grijs gebied. Zo komt het voor dat de ziektekostenverzekering geheel niet betaalt waardoor de gemeenschap de kosten op zich neemt, of de ziektekostenverzekering vergoedt een gedeelte en laat de rest aan de gemeenschap over. Of de ziektekostenverzekering stelt dat men alleen een elektrische rolstoel kan krijgen indien men werkt.

Onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling leidt tot afwenteling

Qua uitvoering lijkt de Deense situatie optimaal. Alle verantwoordelijkheden liggen bij één actor en men is vrij om het beschikbare budget in te delen hoe men nodig acht. De flexibiliteit is groot. Gemeenten hebben vrijheid en ruimte om te voorzien in de zorgvraag van hun burgers. Tevens lijken er geen scherpe

Integrale verantwoordelijkheid van Deense gemeente zorgt voor flexibiliteit en variatie

scheidingslijnen aanwezig tussen verschillende voorzieningen voor ouderen maar wekt het de indruk van een vloeiende overgang tussen verschillende soorten van wonen waarbij naar behoefte gebruikgemaakt kan worden van zorg.

Alhoewel een countervailing power niet aanwezig is, komt er een gevarieerd en flexibel zorgpakket tot stand waarbij zorg en dienstverlening naar behoefte ingezet kunnen worden.

De schaalgrootte echter, is met name voor kleine gemeenten een probleem. Als er een beroep wordt gedaan op een niet alledaagse voorziening of een zeer dure voorziening kan een kleine gemeente hier vaak niet in voorzien. Het kennis- en voorzieningenniveau blijkt dan een probleem. In die optiek kan het systeem ook ondoelmatig werken. Iedere gemeente heeft eigen voorzieningen en men werkt nauwelijks samen.

Het afwentelen van hulpvragen blijkt in Denemarken nauwelijks voor te komen. Dit is ook niet echt mogelijk omdat er maar één schot in de financiering zit namelijk tussen de provincie en de gemeente. Daar blijkt ook inderdaad dat ziekenhuizen proberen patiënten zo snel mogelijk naar huis te krijgen. Kosten worden dan immers de verantwoordelijkheid van de gemeente. De beslissing hiertoe vindt plaats op medische gronden en wordt door de arts genomen. Er is voor gemeenten een sterke incentive om te zorgen dat er voldoende opvang is. Bij uitbehandelde patiënten moet bij verblijf in het ziekenhuis door de gemeente een financiële bijdrage geleverd worden (ongeveer f 400,- per dag).

In Duitsland vindt afwenteling voornamelijk plaats door de Afwenteling door verzekeraars verzekeraars. Deze proberen een aantal zorgactiviteiten die tot voor kort door de ziektekostenverzekering werden gedekt, over te hevelen naar de Pflegeversicherung. De vergoedingen die ze daarvoor hoeven te geven zijn immers lager dan de vergoedingen voor de aan ziekte gerelateerde verpleging. Tevens wordt een verschuiving waargenomen in de indeling van patiënten in zorgcategorieën; patiënten worden door verzekeraars steeds meer in lagere (goedkopere) zorgcategorieën geplaatst.

6 Indicatiestelling voor dienstverlening

Indien er sprake is van schaarste of beperkte middelen is het van belang dat de indicatie onafhankelijk is (scheiding met financieel

belang) én dat de indicatie ook leidt tot zorgtoewijzing, met andere woorden, dat het een recht geeft wat afgedwongen kan worden. Indien hieraan niet voldaan wordt bestaat er een reële kans dat patiënten niet benodigde noodzakelijke zorg zullen krijgen.

Belang van onafhankelijke indicatiestelling en een recht op zorg

In Engeland en Denemarken vallen zowel indicatiestelling, toewijzing en aanbod van zorg onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheid. In Denemarken lijkt dit vrij probleemloos te verlopen. In Engeland blijkt dat door het gebrek aan financiële middelen van de lokale overheid het aanbod te beperkt is. Hier zit een duidelijke spanning tussen het beleid en de werkelijkheid. In de Engelse Community Care Act is vastgelegd dat iedere burger die een beroep doet op zorg recht heeft op een assessment. De toegang en het recht op dienstverlening worden vergemakkelijkt. Hier staat echter weinig tegenover, omdat het voorzieningenaanbod vanuit de gemeenten te beperkt is. Tevens zoekt men uit oogpunt van het financiële belang naar de goedkoopst mogelijke oplossing om in een zorgvraag te voldoen, hetgeen niet altijd ten goede komt aan de kwaliteit en omvang van de zorg.

De spanning tussen realiteit en beleid

Ook in de Belgische indicatiestelling voor persoonsgebonden aangelegenheden zit een spanning die samenhangt met de opzet en inzichtelijkheid van het systeem. De verantwoordelijkheid voor indicering en toewijzing van voorzieningen ligt binnen de gemeenschap. Maar de gemeenschap heeft echter geen inzicht in wachtlijsten, plaatsingsmogelijkheden, capaciteit en dergelijke waardoor aanspraken soms niet verzilverd kunnen worden. Het ontbreken van goede informatieuitwisseling tussen toewijzing en bestaand aanbod leidt hier tot problemen.

In Duitsland meld je je bij de verzekeraar als je hulp nodig hebt. Een arts verbonden aan de verzekeraar maakt een inschatting van het probleem en deelt een cliënt in één van de drie klassen van de Pflegeversicherung in. Na indeling in een klasse kan een cliënt kiezen voor geld, zorg in natura of een combinatie. Vervolgens wordt een thuiszorgorganisatie ingeschakeld die vaststelt wat de behoefte is en plant de zorg in.

De verzekeraar als bepalende factor

De verzekeraar als bepalende factor Het grote verschil met Nederland is dat in Duitsland dus eerst de verzekeraar bepaalt waar je recht op hebt en vervolgens pas een zorgtoewijzing op basis van indicatiestelling volgt. Als er een verschil is tussen wat nodig is en waar recht op is, kan de cliënt dit zelf bijbetalen. Door eerst geld toe te wijzen,

zonder een goede basis te hebben waarop dat zou moeten gebeuren, namelijk de indicatiestelling is het de vraag of er een goede afstemming tussen zorgbehoefte en zorgaanbod kan plaatsvinden.

7 Tegemoetkomingen voor meerkosten

Het gescheiden organiseren van gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting stelt eisen aan coördinatie en afstemming van voorzieningen. Een manier om deze coördinatie plaats te laten vinden is door de middelen aan de patiënt te geven zodat deze zelf benodigde zorg en dienstverlening kan organiseren.

Coördinatie en afstemming door vraagsturing

De vergeleken landen voorzien in verschillende tegemoetkomingen voor mensen met handicaps. In het algemeen bestaan deze tegemoetkomingen uit twee bedragen; een inkomensvervangende tegemoetkoming en een tegemoetkoming ter compensatie van de meerkosten die personen met een handicap ondervinden om in het maatschappelijk leven te integreren. In België noemt men dit een integratietegemoetkoming, in Engeland de Attendance and Disability Living Allowance en in Duitsland moet de Pflegeversicherung voorzien in de meerkosten. Indien men in Denemarken door ziekte of sociale omstandigheden niet meer kan werken ontvangt men een uitkering van zo'n f 75.000,- op jaarbasis. Filosofie hierachter is dat het bedrag zodanig moet zijn dat een rechthebbende zijn/haar leven zo moet kunnen inrichten zoals hij/zij wil.

Financiële tegemoetkomingen voor mensen met een handicap

De Belgische integratietegemoetkoming wordt geïndiceerd aan de hand van de zelfredzaamheid (mobiliteit, communiceren, adl/hdl). De werkingssfeer van de wet is ruim en geldt voor lichamelijke en mentale handicaps en chronisch zieken. De hoogte is gerelateerd aan de aanwezigheid en ernst van de beperking en de hoogte van het inkomen. In de praktijk blijkt de hoogte van de integratietegemoetkoming niet afdoende te zijn om te kunnen voorzien in de meerkosten. De inkomensvervangende tegemoetkoming is in 1996 voor een alleenstaande gehandicapte maximaal f 1.060,- per maand. De integratietegemoetkoming wordt toegekend in vier categorieën en komt per maand neer op f 143,-, f 492,-, f 795,- en maximaal f 1.166,- per maand. Uit onderzoek blijkt dat het kopen van dienstverlening geen prioriteit heeft maar dat het geld besteed wordt aan huishoudelijke uitgaven en dat de bekostiging van langdurige zorg nog steeds een probleem is. Illustratief hiervoor is de discussie over de 'afhankelijkheidsverzekering' en de experimenten van de

Integratie tegemoetkoming te laag om te compenseren in meerkosten

Vlaamse gemeenschap met het Persoonlijk Assistentie Budget (PAB). Een afhankelijkheidsverzekering zou een forfaitaire vergoeding moeten omvatten voor meerkosten in het dagelijks leven op grond van langdurige verzorging, veel eigen bijdragen en hoge hotelkosten. De bedoeling van het PAB is dat het een budget wordt om dienstverlening in te kopen voor gehandicapten met een matige beperking die nog wel zelfstandig kunnen wonen. Het gaat daarbij om 'persoonsgebonden zorg' zoals adl-hulp, hulp bij verplaatsing, persoonlijke begeleiding, vrijetijdsbesteding, hulp bij het winkelen en dergelijke.

De Engelse tegemoetkomingen waren in eerste instantie bedoeld om tegemoet te komen in de extra algemene kosten bij invaliditeit zoals extra verwarming, vervoer en dergelijke, dus kosten in het dagelijks leven. Er vindt echter een verschuiving plaats naar kosten voor dienstverlening. Vooral lokale autoriteiten nemen de uitkering mee bij de beoordeling van de financiële positie van de cliënt en hoeveel betaald moet worden of bijgedragen aan te verlenen diensten. Onduidelijkheid in doeleinden tegemoetkomingen

Het exacte doel van de uitkeringen blijkt altijd enigszins onderwerp van discussie geweest te zijn. De opvatting dat de tegemoetkoming zou moeten voorzien in het bijdragen in dienstverlening strookt in ieder geval niet met de werkelijke besteding ervan. Net als in België blijkt dat het geld besteed wordt aan huishoudelijke uitgaven. In beide landen is de oorzaak hiervoor te vinden in de hoogte van de inkomensvervanging die in de meeste gevallen overeenkomt met het bijstandsniveau.

In de Duitse Pflegeversicherung bestaat de mogelijkheid te kiezen voor professionele zorg in natura of voor een geldbedrag. Voorwaarde voor de Pflegeversicherung is wel dat de hulpbehoefte een half jaar of langer voortduurt. Indien de hulpbehoefte van kortere duur is en er is geen aanspraak op hulp na een ziekenhuisopname (maximaal 28 dagen) dan betaalt de cliënt de hulp zelf. Tevens is er binnen de indicatie een drempel ingebouwd: alleen de behoefte aan huishoudelijke hulp geeft niet het recht op de Pflegeversicherung. Dit om te voorkomen dat niet alle ouderen die enige hulp nodig hebben een beroep gaan doen op de Pflegeversicherung.

Het al dan niet toekennen van een tegemoetkoming houdt in dat men een aantal maatschappelijke keuzes moet maken. Deze keuzes hangen samen met de wens gehandicapten en mensen met

Organisatie van de tegemoetkomingen is bepalend voor integratie en participatie

langdurige zorgbehoeften als gelijkwaardig lid van de samenleving te zien en hun financiële positie ook zodanig te versterken waardoor je ze ook in staat stelt om als zodanig in de maatschappij te functioneren. Het gaat hierbij om algemene of categorale regelingen, bedragen ter compensatie of ter stimulering, geoormerkte of vrije besteding, wel of niet inkomensafhankelijk etc. Deze maatschappelijke keuzes zijn bepalend of tegemoetkomingen ook daadwerkelijk meerwaarde bieden voor maatschappelijke integratie en keuzevrijheid.

Zo is de Deense inbedding van het beleid voor zorgbehoevenden en gehandicapten als onderdeel van de sociale zekerheid, gefinancierd uit collectieve middelen en vormgegeven door algemene voorzieningen een voorbeeld voor een solidair georganiseerde, op normalisatie en integratie gerichte zorg.

Echter, het meenemen van uitkeringen voor meerkosten in een beoordeling van de financiële positie van gehandicapten ter bepaling van eigen bijdragen voor algemene zorg zoals in Engeland, de beperkte bedragen van de integratietegemoetkoming in België of de lage klasse-indelingen van de Pflegeversicherung in Duitsland blijken niet echt bevorderend te zijn voor de maatschappelijke positie van langdurig zorgbehoevenden en gehandicapten. Het is derhalve maar de vraag of de organisatie van de tegemoetkomingen in die landen bijdraagt aan de mogelijkheden tot vraagsturing van cliënten.

8 Beschouwing

De AWBZ is een integrale voorziening. De zorgverstrekkingen die in Nederland onder de AWBZ vallen, behoren in andere landen tot de ziektekostenverzekering, de dienstverleningsbudgetten van lokale overheden of de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

De organisatie van de zorg en dienstverlening in de vergeleken landen laat zich omschrijven als integraal en gericht op maximale integratie, participatie, zelfredzaamheid en deïstitutionalisering. Om de organisatie van zorg en dienstverlening ook zo te laten functioneren dat deze bijdraagt aan integratie en participatie en leidt tot een kwalitatief en kwantitatief goed aanbod, is echter meer nodig dan de filosofie alleen. Burgerschap, participatie en integratie kunnen alleen tot stand komen indien een samenspel van wettelijke organisatorische en financiële regelingen aanwezig is die dit bevorderen en rechten veilig stellen.

Indien verantwoordelijkheden voor zorg, dienstverlening en huisvesting opgesplitst worden over verschillende actoren leert een vergelijking met andere landen ons dat het van groot belang is dat aan de volgende voorwaarden voldaan wordt:

1. inbouwen van afhankelijkheidsrelaties of incentives om samen te werken;
2. zorgen voor goede informatieuitwisseling tussen actoren;
3. zorgen voor een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling;
4. inzichtelijkheid waarborgen;
5. objectieve, onafhankelijke indicering, waar een recht aan ontleend kan worden;
6. patiënten de financiële mogelijkheden geven om hun eigen keuzes en verantwoordelijkheden vorm te geven.

Als verantwoordelijkheden opgesplitst worden over verschillende actoren is het noodzakelijk dat mechanismen gecreëerd worden voor samenwerking, afstemming en coördinatie. Samenwerking en afstemming zal anders slechts incidenteel vorm krijgen hetgeen niet bevorderlijk is voor het vormgeven van zorgcircuits, zorg op maat en in complexe meervoudige hulpvragen moeilijk voorzien kan worden. Daarbij is het belangrijk dat er een belang is voor actoren om hun verantwoordelijkheid ook te nemen, en te zorgen voor de afstemming bijvoorbeeld door het inbouwen van afhankelijkheidsrelaties of door de vragende partij de mogelijkheid te bieden de samenwerking tot stand te laten brengen, bijvoorbeeld door deze de financiële middelen te geven.

Een voorwaarde voor samenwerking en afstemming is in ieder geval adequate informatieuitwisseling. Het niet of slecht op de hoogte zijn van elkaars capaciteiten en mogelijkheden draagt niet bij tot de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden.

Als verantwoordelijkheden gesplitst worden, is het van groot belang dat er duidelijkheid is over welke verantwoordelijkheden tot wie behoren. Indien deze verantwoordelijkheden niet eenduidig geformuleerd worden en het grijze gebied te groot wordt, is er meer ruimte voor afwenteling en zullen uiteindelijk de burgers het meest gedupeerd worden.

Een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is tevens van belang voor de inzichtelijkheid van het systeem. Zo blijkt in Engeland en België dat er een tegenstelling zit tussen praktijk en beleid. Het

beleid beoogt integratie, normalisatie en zorg op maat. In de praktijk blijkt echter dat er zo'n complex geheel aan voorzieningen ontstaan is, met eigen reglementen, financiering en administraties dat zowel hulpvragers als hulpverleners de weg niet meer weten en voorzieningen minder bereikbaar worden. Dit leidt tot afhankelijkheid en sociale onrechtvaardigheid wat niet correspondeert met de filosofie van integratie en normalisatie. Daarbij leidt de oninzichtelijkheid van voorzieningen en de naar binnen gerichte blik van de hulpverleners en instellingen tot een inefficiënte zorgverlening, waarbinnen geen optimale samenhang is en overlap in de zorg aanwezig is. Het bereiken van beleidsdoelen is sterk afhankelijk van plaatselijke initiatieven en de aanwezigheid van een evenwichtig aanbod. In de praktijk blijkt het aanbod echter bepalender dan de vraag waardoor bijsturing noodzakelijk blijft.

Een belangrijk aandachtspunt is de indicatiestelling. Het belang van objectieve onafhankelijke indicatiestelling is evident, maar als een burger hier geen rechten aan kan ontlelen, betekent de indicatie niet zoveel meer. Indicatiestelling moet onafhankelijk zijn, mag niet vermengd zijn met een financieel belang en er moeten rechten aan ontleend kunnen worden.

Een laatste belangrijke voorwaarde is de maatschappelijke positie van langdurig zorgbehoevenden en gehandicapten. Hierbij is met name erkenning als volwaardig lid van de samenleving van belang en dient men deze erkenning ook te vertalen in een financiële positie met de mogelijkheid tot het maken van eigen keuzes en het vormgeven van de eigen verantwoordelijkheden.

Bijlage 9

Systeemveranderingen

1 Algemeen

Wat komt er kijken bij een overheveling van voorzieningen van het ene (financiële) systeem naar het andere? Dat is de vraag waarom het gaat in deze bijlage. Daartoe worden twee grotere systeemveranderingen uit het verleden tegen het licht gehouden. Het betreft allereerst de beëindiging van de indirecte financiering via de Algemene Bijstandswet (ABW, vanaf omstreeks 1975). Ten tweede wordt gekeken naar de herziening van het voorzieningenstelsel en de totstandkoming van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG; begin jaren 90). Hoe moet zo'n verandering vorm krijgen? Wat kunnen we er van leren? Welke factoren zijn van invloed?

De vraagstelling is als volgt uitgewerkt. In paragraaf 2 en 3 wordt de wijziging in de ABW, respectievelijk de totstandkoming van de WVG tegen het licht gehouden. Voor een beter begrip van de materie komt ook de inhoudelijke kant aan bod. Bij beide systeemveranderingen wordt ingegaan op de inhoudelijke wijzigingen, de organisatorische gevolgen en de politiek-bestuurlijke inbedding. Elke paragraaf wordt afgesloten met een beknopte typering. Paragraaf 4 gaat meer specifiek in op de vraag wat we van beide systeemveranderingen kunnen leren.

Opbouw

2 Algemene Bijstandswet

De Algemene Bijstandswet geldt als laatste voorziening, als vangnet, in het sociale zekerheidstelsel. In de loop der tijd is de ABW verschillende malen herzien om te komen tot een betere aansluiting met voorliggende voorzieningen. De wet werd aangepast als voorliggende voorzieningen werden gewijzigd of voor het eerst werden geïntroduceerd. Volgens de Onderzoekscommissie toepassing ABW zijn met name op het terrein van de ministeries van CRM en WVC tussen 1976 en 1985 diverse voorliggende regelingen tot stand gekomen, waardoor werd overgestapt van een indirecte financiering via de ABW naar een directe financiering op grond van voorliggende voorzieningen.

Algemeen

Twee wijzigingen zijn met name van belang:

1. Beëindiging van de bijstandsverlening voor gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde gezinsverzorging en huishoudelijke hulp (1975);
2. Beperking van de mogelijkheid tot bijstandsverlening voor

maatschappelijke dienstverlening tot toegelaten instellingen (1979) en de overheveling naar aparte beleidskaders (waaronder de Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening in 1983).

Beide maatregelen maakten onderdeel uit van een beleid gericht op de terugdringing van de indirecte financiering van dienstverlenende instellingen via bijstandsgelden. In het verleden brachten verschillende instellingen in de gezondheidszorg en sociale dienstverlening, waarvoor geen apart financieringskader beschikbaar was, de kostprijs in rekening bij de gebruiker. Op zijn beurt deed de gebruiker daarvoor een beroep op de ABW en aldus werden instellingen indirect gefinancierd via de bijstand. Vanuit de gemeente (uitvoerder van de ABW) kon geen invloed worden uitgeoefend op de kostenontwikkeling van deze instellingen. Dit veroorzaakte financiële problemen naarmate meer gebruik werd gemaakt van deze voorzieningen. De twee genoemde maatregelen waren bedoeld om uitgaven aan bijstandsgelden in eerste instantie te begrenzen en op termijn te besparen. Met de eerste maatregel was een bedrag gemoeid van 260 miljoen, met de tweede 632 miljoen.

Inhoudelijke wijzigingen

De aanleiding voor de beëindiging van de indirecte financiering van de gezinsverzorging was de volgende. Begin jaren zeventig kwam er meer aandacht voor het bejaardenbeleid. Dit leidde ertoe dat vanaf 1971 de gezinsverzorging sterk werd uitgebreid, teneinde het beroep op bejaardenhuizen zoveel mogelijk te beheersen. In de periode 1969-1972 steeg het aantal geholpen huishoudens met 25%, terwijl het aantal dagen verleende hulp met 39% steeg. In 1972 was tweederde van alle cliënten ouder dan 65 jaar. Tegelijkertijd kwam een nieuwe bekostigingsstructuur tot stand waarin de overheid 80% van de kosten subsidieerde en de cliënt het overige deel bekostigde. De grote omvang van de eigen bijdrage leidde tot een afwenteling van de retributies op de ABW. Andere cliënten deden een beroep op private hulp (in plaats van gezinsverzorging), maar deden ook voor deze kosten een beroep op de ABW. Ongeveer de helft van alle cliënten ontving bijstand om de gezinshulp te kunnen bekostigen. Daarbij was bekostiging via de ABW ook een vorm van 'open-eind-financiering'.

Bijstandsvlening voor gezinszorg

In 1976 kwam een nieuw retributiestelsel tot stand dat geen doorwerking had naar de ABW, nam het Rijk de bekostiging van gezinszorg over en werd begonnen met een uniforme indicatiestelling. De mogelijkheid om buiten de reguliere indicatiestelling om hulp te krijgen die werd betaald door de Gemeentelijke Sociale

Dienst (GSD), werd ingeperkt. Instellingen voor gezinsverzorging kregen meer formatie-uren, maar dienden daarmee ook cliënten te helpen die voorheen (particuliere) hulp ontvingen die werd gefinancierd via de ABW. De kosten bleken echter nog steeds moeilijk beheersbaar, reden om een aantal malen achter elkaar kostenbeheersingsmaatregelen te nemen.

Later, in 1985, trad de Rijkssubsidieregeling Gezinsverzorging in werking en hierin is het retributiestelsel opgenomen. Deze subsidieregeling betekende een budgettering en financiële centralisatie in combinatie met een grotere beleidsvrijheid voor instellingen. Op grond van de rijkssubsidieregeling ontvingen instellingen voor gezinsverzorging die voldeden aan bepaalde voorwaarden een rechtstreekse subsidie van het toenmalige ministerie van WVC. In 1989 trad een subsidieregeling ex AWBZ in werking voor de financiering van de gezinszorg.

De tweede maatregel had gevolgen voor de bekostiging voor andere vormen van maatschappelijke dienstverlening. Om de indirecte financiering via de ABW aan banden te leggen werden per 1 januari 1979 nadere regels aan de wet gevoegd. De nieuwe bepalingen voorzagen in een voorlopige toelating van rechtswege van alle op 1 januari 1979 indirect gefinancierde instellingen. Deze instellingen kregen een jaar de tijd om bij het ministerie van WVC een verzoek om definitieve toelating in te dienen. Om voor een definitieve toelating in aanmerking te komen moesten de instellingen voldoen aan bepaalde voorwaarden.

Uiteindelijk doel van de wetwijziging was dat de indirecte bijstandsfinanciering plaats maakte voor directe financiering volgens een beleids- en financieringskader van de minister bij wie de voorzieningen beleidsmatig thuishoren. De periode na 1 januari 1979 is dan ook benut om een inventarisatie te maken van de circa 1500 instellingen die tot dan toe niet of nauwelijks bij de (rijks)overheid bekend waren. Op grond van de toelatingsgegevens werd getracht de voorzieningen te clusteren, voorwaarden te formuleren, instellingen toe te laten (middels de afgifte van een toelatingsbeschikking) en tarieven vast te stellen.

Aanvankelijk was het de bedoeling om ieder cluster zodra de tijd daarvoor rijp was aan een direct beleids- en financieringskader over te dragen. Zo werden per 1 april 1981 de dagcentra voor schoolgaande jeugd opgenomen in een Rijksbijdrageregeling kinderdagverblijven en dagcentra voor schoolgaande jeugd. Later was men van mening dat deze werkwijze praktische nadelen met

Bijstandsverlening voor andere vormen van maatschappelijke dienstverlening

zich meebracht omdat voor elke overdracht aparte regelgeving nodig was. In de loop van 1981 is dan ook besloten om alle indirect gefinancierde instellingen die onder verantwoordelijkheid van het ministerie van WVC vielen, op 1 januari 1983 in één keer over te hevelen naar een direct beleids- en financieringskader. Omdat het ordeningsproces echter meer tijd in beslag nam is uiteindelijk gekozen voor een Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening (TSMD). Het ging om instellingen als bejaardenpensions, beschermende woonvormen, blijf-van-mijn-lijfhuizen en gezinsvervangende tehuizen.

Op grond van deze tijdelijke subsidieregeling werden instellingen rechtstreeks gefinancierd door het ministerie van WVC. Bij de berekening van de subsidie hield het ministerie rekening met de bijdrage die gebruikers als tegemoetkoming in de verzorgingskosten gaven. De achterliggende gedachte was dat verblijf in een instelling voor de gebruiker tot een aantal besparingen leidde, zoals de voeding, bewassing en overnachting. De wijze van subsidieaanvraag was omschreven in de regeling. Nieuwe instellingen konden op grond van de regeling vragen om een toelating en zo alsnog een aanvraag indienen voor een subsidie.

In de jaren daarna zijn de meeste instellingen alsnog overgebracht naar een apart beleidskader. Sommige voorzieningen hebben inmiddels als verstrekking of via een subsidieregeling een plaats gekregen in het ziektekostenstelsel. Andere voorzieningen worden nog steeds via de begroting van het ministerie van VWS gefinancierd. Alleen sommige alternatieve zorgvoorzieningen zijn niet overgeheveld naar een apart beleidskader, waarmee in feite de financiering is beëindigd.

In feite waren er twee redenen om de financieringswijze van gezinsverzorging en maatschappelijke dienstverlening te herzien. Ten eerste gaat het om het beheersen van kosten en het voorkomen van afwenteling op de ABW, waarbij de 'open-eind-financiering' mede van invloed was. Ten tweede werden mogelijkheden geschapen om (bepaalde vormen van) maatschappelijke dienstverlening enigszins beleidsmatig te sturen.

Mootz constateerde in 1983 dat voorzieningen voor de maatschappelijke dienstverlening in toenemende mate werden ondergebracht in de zogenaamde Rijksbijdrageregeling maatschappelijke dienstverlening. Daarmee werden voorzieningen en diensten niet langer afzonderlijk door de rijksoverheid gesubsidieerd, maar maakten zij deel uit van een heel pakket van diensten. De gemeenten

Organisatorische gevolgen

ontvingen voor zo'n pakket één rijksbijdrage en waren in staat deze naar eigen inzicht over de afzonderlijke voorzieningen te verdelen. Rijksbijdrageregelingen hingen samen met de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW), die voorzag in een decentralisatie naar gemeenten. Bij de financiering van gezinszorg werd echter niet gekozen voor een rijksbijdrageregeling, maar voor een rijkssubsidieregeling. Op die wijze kon de rijksoverheid de uitgaven nadrukkelijker in de hand houden. De financiering en uitvoering van de gezinsverzorging werd nadrukkelijk niet gedecentraliseerd naar gemeenten. Rijkssubsidieregelingen worden veelal verstrekt op basis van pseudo-wetgeving. Er is een begrotingsartikel en wanneer wordt voldaan aan de voorwaarden kan subsidie worden verleend. Ook bij de beëindiging van de indirecte financiering van de andere vormen van maatschappelijke dienstverlening is gekozen voor een centrale rol voor de rijksoverheid. De herziening is stapsgewijs verlopen en heeft enige jaren in beslag genomen. Globaal zijn de volgende fasen te onderscheiden.

medio jaren 70	Toenemende kosten bijstandsverlening voor maatschappelijke dienstverlening. Politieke aandacht.
1979	Herziening ABW (wetsvoorstel uit 1976); beperking bijstandsverlening tot toegelaten instellingen; voorlopige toelating van bestaande instelling.
1979-1983	Inventarisatie instellingen, clustering, toelating en vaststelling budgetten/tarieven.
1983	Inwerkingtreding TSMD; rechtstreekse subsidiering door ministerie van WVC.
na 1983	Overheveling naar definitieve kaders voor verschillende onderdelen van maatschappelijke dienstverlening.

De Tweede Kamer is vanaf 1973 nadrukkelijk aandacht gaan besteden aan de stijging van de uitgaven voor indirecte financiering van instellingen en het gevoerde beleid op dit punt. Er was een algemene notie dat de uitgaven beheerst moesten worden en dat er meer specifieke financiële kaders moesten komen. Het vraagstuk van indirecte financiering kwam onder meer aan bod bij de bespreking van de begroting van het ministerie van CRM over het jaar 1974. Op aandringen van het parlement is toen een beleidsbrief over de materie toegezegd. De overheveling van de gezinsverzorging was een van de eerste maatregelen.

Alhoewel ook andere ministeries, zoals die van Justitie en Volksgezondheid en Milieuhygiëne, te maken hadden met indirecte financiering via de bijstandswet, viel het grootste deel van de uitgaven (meer dan 75%) onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk. Voor dit ministerie was dan ook een belangrijke rol weggelegd. In de gewijzigde ABW (1979) was eveneens een bepaling opgenomen die de minister van CRM verplichtte om binnen een jaar na inwerkingtreding een programma te presenteren, waarin de beleidsvoornemens jegens toegelaten instellingen waren neergelegd. Ook moest een jaarlijks verslag over de voortgang van de werkzaamheden aan de Kamer worden gepresenteerd. Via deze schriftelijke rapportages en daaropvolgende besprekingen was het parlement nauw betrokken bij de voortgang.

De beëindiging van indirecte financiering van andere instellingen van maatschappelijke dienstverlening (vanaf 1979) werd al snel in de vorm van een projectorganisatie gegoten. Overwegingen daarbij waren onder meer het belang om de samenwerking tussen verschillende beleidssectoren te institutionaliseren en dat het project een eenmalige operatie betrof waarop de bestaande organisatie niet was berekend. Een en ander werd toegelicht in een notitie aan de Tweede Kamer (TK 16070, nr. 1) waarin naast beleidsmatige aspecten, ook de uitvoering en organisatie van het project werden beschreven. De departementale projectorganisatie kende een projectmanager en verschillende overlegvormen met betrokkenen zowel binnen, als buiten het ministerie. Zoals omschreven kende het project verschillende fasen en is tussentijds de uitvoering waar nodig bijgesteld.

De instellingen die met indirecte financiering te maken hadden, waren onder meer via deze overlegvormen betrokken bij de uitvoering. Het doel van de verandering was duidelijk voor de be-

trokken en werd ook onderschreven. Verreweg de meeste instellingen hadden belang bij de verandering omdat ze onderdeel werden van het overheidsbeleid en een directere financieringsvorm kregen. Uiteindelijk werd de positie van deze instellingen zekerder. Er waren slechts enkele verliezers, met name instellingen die zich bezighielden met alternatieve zorgverlening kwamen niet voor financiering in aanmerking.

In eerste instantie waren er voor de meeste instellingen ook geen directe financiële nadelen aan de operatie verbonden. Het voornaamste financiële doel was het begrenzen van de uitgaven, althans het opheffen van het 'open-eind' karakter. De wijziging leidde tot een beperking van het aantal instellingen dat indirecte financiering ontving, waarmee ook de (toekomstige) uitgaven beheersbaar werden. Op de achtergrond speelde overigens ook een mogelijke besparing mee in het kader van een '1%-operatie'. Naar verwachting zou een besparing mogelijk zijn, omdat meer naar de prijsstelling van de voorzieningen zou worden gekeken. Voor de desbetreffende instellingen vormde dat echter geen ernstige bedreiging; de voordelen van de wijziging wogen zwaarder.

Het geheel overziend vallen onder meer de volgende veranderingen op: Verandering in een notendop

1. De overgang van gezinsverzorging en maatschappelijke dienstverlening was vooral een financiële operatie. Het ging om begrenzing van uitgaven en het meer inzichtelijk maken van financieringsstromen.
2. Belangrijk was de beëindiging van het weglekeffect via de ABW en daarmee ook de stopzetting van de open-einde-financiering.
3. Gekozen werd voor een financiële centralisatie om de kosten te beheersen. Het begrotingsartikel vormt de financiële limiet.
4. Feitelijk werd ook het beleid ten aanzien van eigen bijdragen aangescherpt, omdat die niet langer waren af te wentelen op de ABW.
5. De operatie betekende ook een beleidsmatige herorientatie op dienstverlenende instellingen. Sommige instellingen werden later alsnog opgenomen in het ziektekostenstelsel (verstrekking of subsidieregeling). Andere bleven aangewezen op subsidie van het rijk.
6. De politiek (Tweede Kamer) was nauw betrokken bij de beëindiging van de indirecte financiering, onder andere door

middel van voortgangsrapportages.

7. Voor wat betreft de uitvoering werd gekozen voor een projectmatige werkwijze (planmatige aanpak, projectmanager, overlegvormen).
8. Verreweg de meeste betrokken instellingen hadden uiteindelijk voordeel bij de verandering, zodat er veel bereidheid was om medewerking te verlenen.
9. Terugkijkend valt wel op dat de wijziging gepaard ging met veel gedetailleerde regelgeving. Publicatie van de TSMD en daarmee samenhangende regelingen vergde bijvoorbeeld acht pagina's in de Staatscourant. Ook betekende deze regeling veel werk op centraal niveau (het ministerie van CRM). De vraag is of dit type regelgeving vandaag de dag nog tot stand zou kunnen komen.
10. Het is moeilijk in te schatten hoeveel tijd de verandering uiteindelijk heeft gekost. In de loop der tijd zijn de regelingen diverse malen herzien en begin jaren tachtig veranderde het beleidsperspectief onder invloed van de commissie-Dekker. Een ruwe schatting is ruim tien jaar.

3 Wet Voorzieningen Gehandicapten

Wat korter geleden, op 1 april 1994, is de Wet voorzieningen gehandicapten in werking getreden. De WVG regelt de decentralisatie naar gemeenten van woon- en vervoersvoorzieningen waarop gehandicapten aanspraak maken. Daarbij is de groep voor wie de voorzieningen bedoeld zijn, uitgebreid tot personen die ouder zijn dan 65 jaar. De decentralisatie leidt tot een grote beleidsvrijheid voor gemeenten bij de verstrekking van voorzieningen.

De totstandkoming van de WVG is een van de stappen in een beleid gericht op herziening van het voorzieningenstelsel. Het oude stelsel werd gezien als ingewikkeld en verbrokkeld, terwijl de afstemming moeizaam verliep. De mogelijkheden voor kostenbeheersing waren gering. Om die reden werden een harmonisatie en nadere afbakening van verantwoordelijkheden noodzakelijk geacht. Voorts is de herziening van het voorzieningenstelsel ingegeven door een eerdere toezegging van de regering om de AAW-voorzieningen toegankelijk te maken voor personen ouder dan 65 jaar. De herziening van het voorzieningenstelsel hangt verder samen met de Tussenbalans in 1991 en de poging om de uitgaven voor volkshuisvesting te beheersen.

Het oorspronkelijke voorstel van de Wet Voorzieningen Gehandicapten werd op 17 september 1992 ingediend bij de Tweede Kamer (TK 22815). Ongeveer anderhalf jaar eerder was de Kamer al geïnformeerd over de voornemens van het kabinet op het terrein van voorzieningen van gehandicapten. In een beleidsbrief (TK 22089) werden op 6 mei 1991 de maatregelen aangekondigd op zeer korte termijn (medio 1991), korte termijn (1-1-1992) en lange termijn (uiterlijk 1-1-1993). Het kabinet zegt daarin te streven naar een nieuwe structuur voor de verstrekking van voorzieningen en dat het beleid gevolgen heeft voor de AAW, de AWBZ en de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG). De RGSHG en de AAW vormden in feite ook 'open-einde-financieringen'. Ook voor de ABW had de herziening gevolgen omdat hieruit mede de bijzondere voorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen voor gehandicapten ouder dan 65 jaar werden bekostigd.

Inhoudelijke wijzigingen

In het nieuwe beleid staan daarentegen twee (financierings)lijnen centraal: die van de AWBZ en het Gemeentefonds. Structureel had de decentralisatie betrekking op circa 1,2 miljard. Om te komen tot de nieuwe structuur werden de volgende maatregelen voorzien:

- overheveling van alle zorgvoorzieningen en de hulpmiddelenverstrekking van de AAW naar de AWBZ (1-1-1993);
- overheveling van ingrijpende woonvoorzieningen (meer dan f 45.000,-) uit de RGSHG naar de AWBZ (1-1-1993);
- overheveling van minder ingrijpende woonvoorzieningen (minder dan f 45.000,-) uit de RGSHG naar het Gemeentefonds (1-1-1993);
- overheveling van niet-bouwkundige woonvoorzieningen en de vergoedingen voor vervoerkosten (met uitzondering van vervoer naar het werk) uit de AAW naar het Gemeentefonds (1-1-1993);
- overheveling van vergoedingen voor voorzieningen voor ontwikkeling en ontspanning uit de AAW naar het Gemeentefonds;
- overheveling van AAW-voorzieningen met een inkomensondersteunend karakter naar de Algemene Bijstandswet (afhankelijk van het inkomen en vermogen).

Vooruitlopend op deze eindsituatie werden op de korte en zeer korte termijn al maatregelen genomen om te komen tot een overheveling naar de AWBZ en een decentralisatie naar het Gemeentefonds. Omdat de uitbreiding van het AAW-voorzieningenpakket naar bejaarden zou leiden tot extra uitgaven van circa 1065 miljoen gulden werd een aantal kostenbesparende maatregelen genomen. Het

betrof de invoering van een eigen bijdrage, verlaging van de inkomensgrens en halvering van bepaalde vergoedingen voor vervoer. Ter aanvulling op het bespaarde bedrag werden ook buiten de AAW een aantal financiële maatregelen genomen.

De herziening van het voorzieningenstelsel was een complexe operatie die in relatief korte tijd werd gerealiseerd. Het aantal financieringsstromen verminderde, de uitvoering veranderde ingrijpend en de regelgeving (waaronder de aanspraken) werd vereenvoudigd. Bovendien moest het beschikbare geld worden verdeeld over een grotere groep gebruikers. Wanneer we deze herziening vergelijken met de wijziging van de financiering van de maatschappelijke

Organisatorische gevolgen

dienstverlening, dan lijkt het alsof het roer totaal is omgegooid. Op verschillende onderdelen is gekozen voor een haast diametrale aanpak, zoals blijkt uit het overzicht aan het slot van deze notitie.

De WVG betekende een belangrijke verschuiving van de uitvoering naar gemeenten. Die werd ook beoogd, omdat op lokaal niveau beter tot een afstemming met andere voorzieningen kon worden gekomen. Om de invoering van de WVG te vereenvoudigen werd door de VNG een modelregeling opgesteld, die gemeenten konden overnemen. Tegelijkertijd werd met de modelregeling ook een zekere uniformiteit bereikt in het voorzieningenbeleid tussen verschillende gemeenten. Bij de implementatie is speciale aandacht besteed aan de afstemming tussen gemeenten en ziektekostenverzekeraars, met name waar het gaat om de woonvoorzieningen rond het grensbedrag van f 45.000,-.

Het invoeringstraject van de WVG voorziet in een aantal periodieke evaluaties, met de mogelijkheid van bijstelling van het beleid. De meest recente evaluatie dateert uit 1995 en is gevolgd door een standpunt van het kabinet. Het merendeel van de cliënten (meer dan 75%) is tevreden tot zeer tevreden over de WVG. Ook het kabinet is over het algemeen positief. Knelpunten die zich voordoen rond eigen bijdragen en vervoer zullen worden aangepakt. Sommige eigen bijdragen zijn inmiddels geschrapt of verminderd. Uit de evaluatie blijkt dat de middelen die gemeenten hebben gekregen niet geheel worden gebruikt. Op termijn zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor het sociaal vervoer van mensen die in een instelling verblijven (specifieke subsidieregeling). Inmiddels wordt gewerkt aan de volgende evaluatie.

Bij de totstandkoming van de WVG lijkt de stuwende politieke kracht niet zozeer bij het parlement, maar bij de regering te liggen.

Politiek-bestuurlijke inbedding

Oplopende uitgaven bij woonvoorzieningen (VROM) en AAW-voorzieningen (SZW) vormden een belangrijke drijfveer om iets te doen. Ook het toegankelijk maken van de AAW-voorzieningen voor ouderen was een belangrijk motief. In de uiteindelijke besluitvorming speelden de drie betrokken staatssecretarissen (SZW, VROM en WVC, waarvan twee oud-wethouders) een doorslaggevende rol. Daar werd ook besloten gemeenten een centrale rol in de uitvoering te geven, onder meer omdat zij al de uitvoering van de woonvoorzieningen voor hun rekening namen. Bijkomend voordeel was dat op die manier een belangrijke bijdrage kon worden geleverd aan de decentralisatie impuls, waarover in het kabinet afspraken waren gemaakt.

Ook werd besloten dat het ministerie van SZW het voortouw in het project zou nemen, ofschoon brieven aan het parlement altijd door de drie bewindslieden zijn ondertekend. Het ministerie werkte echter nauw samen met anderen. Nog voordat het wetsvoorstel WVG was ingediend was er een ambtelijke interdepartementale werkgroep ingesteld voor betrokken (overheids)partijen. Vertegenwoordigd waren onder meer de ministeries van SZW, VROM, WVC, AZ, Binnenlandse Zaken (BiZa) en Financiën (FIN) en de VNG. Betrokkenheid van Algemene Zaken (AZ) was onder meer van invloed op de gang van zaken in de ministerraad. Alle kamerstukken werden besproken in de ministerraad. Binnen het ministerie van SZW was er geen specifieke projectorganisatie belast met de WVG. Verschillende

'voortvarende' medewerkers van dezelfde afdeling waren geheel of gedeeltelijk bij het onderwerp betrokken. Indien nodig werden anderen binnen het ministerie of daarbuiten erbij betrokken. Alhoewel het onderwerp met enige onzekerheden was omgeven, hebben die in de voortgang nooit een beslissende rol gespeeld. De Kamer stemde in met de toezegging van periodieke evaluaties, met de mogelijkheid van tussentijdse bijstelling van het beleid. De VNG was niet alleen nauw betrokken bij het opstellen van de WVG, maar vervulde ook een belangrijke rol bij de implementatie van de wet (bijvoorbeeld via het opstellen van een modelverordening). Alhoewel het voor gemeenten ten dele een nieuwe problematiek betrof, was er ook een financieel en strategisch belang om medewerking te verlenen. Toen het wetsvoorstel door de Eerste Kamer later werd aangenomen dan gepland, is mede in overleg met de interdepartementale werkgroep besloten de inwerkingtreding drie maanden uit te stellen.

Ziektekostenverzekeraars waren relatief laat bij de invoering van de WVG betrokken, mede doordat sommige besluiten van het

ministerie van WVC laat werden genomen.

Voor de uitvoerders van het oude AAW-stelsel (GAK/GMD) had de wijziging weliswaar ingrijpende consequenties (waaronder mogelijk verlies van arbeidsplaatsen), maar in de discussie speelde dat nauwelijks een rol. Politieke onvrede over de uitvoering in het verleden kan daarbij een rol hebben gespeeld. Ook voor bestaande cliënten had de wijziging van het voorzieningenstelsel ingrijpende gevolgen. Bestaande individuele zekerheden op grond van wettelijke aanspraken werden omgezet in algemeen omschreven voorzieningen, die voor een deel collectief werden aangeboden. Via het beroepsrecht werd beoogd enige garanties in te bouwen. Inmiddels zijn in een periode van drie jaar circa 400 zaken bij de rechtbank aanhangig gemaakt en door de Centrale Raad van Beroep 30 à 35 zaken behandeld.

De overheveling had ingrijpende financiële consequenties. Niet alleen werd een substantieel bedrag toegevoegd aan het Gemeentefonds, maar ook werd de doelgroep fors vergroot. Om verschillende redenen is gekozen voor een ongeoormerkte overheveling naar het Gemeentefonds. Om de doelmatigheid te bevorderen moesten gemeenten naar eigen inzicht het beleid kunnen afstemmen. Bovendien zouden gemeenten bij geoormerkte gelden achteraf ook een verantwoording moeten afleggen, hetgeen een controleapparaat op landelijk niveau vergt.

Het geheel overziend vallen onder meer de volgende veranderingen op: Verandering in een notendop

1. Bij de herziening van het stelsel van voorzieningen voor gehandicapten spelen naast financiële ook een aantal inhoudelijke en beleidsmatige overwegingen.
2. In financieel opzicht is van belang dat de doelgroep van het voorzieningenstelsel ongeveer verdubbelde, terwijl de beschikbare middelen niet noemenswaardig toenamen. Het stelsel werd ook toegankelijk gemaakt voor degenen ouder dan 65 jaar en daartoe werden verschillende kostenbeheersende maatregelen genomen, zoals de decentralisatie van de uitvoering. Ook de decentralisatie impuls was van grote invloed.
3. Inhoudelijk moest de decentralisatie echter ook meer mogelijkheden bieden voor hulp op maat van het individu. Ouderen en gehandicapten moesten zoveel mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Het aantal loketten werd verminderd, terwijl er meer samenhang werd gecreëerd tussen vergelijkbare voor-

- zienen.
4. Een beleidsmatige overweging is de politieke wens tot 'verdergaande harmonisatie en afbakening van verantwoordelijkheden'. De herziening betekende ook een heroriëntatie tussen de stelsels van volkshuisvesting, sociale zekerheid en gezondheidszorg.
 5. Afspraken op politiek niveau (binnen het kabinet en tussen ministeries) en de medewerking van de VNG hebben grote invloed gehad op de totstandkoming en invoering van de WVG.
 6. Het ministerie van SZW had het voortouw in de herziening van het voorzieningenstelsel, maar werkte daarbij al in een vroeg stadium samen met andere ministeries en de VNG.
 7. Binnen het ministerie was geen specifieke projectorganisatie met de WVG belast, maar een bestaande beleidsafdeling. De cultuur binnen het ministerie van SZW en menselijke factoren ('voortvarend') lijken van invloed te zijn geweest.
 8. Gekozen werd voor een (financiële) decentralisatie om de kosten te beheersen. De aanname was dat gemeenten beter in staat waren om het voorzieningenbeleid effectief en efficiënt uit te voeren.
 9. Doordat ook de uitvoering in belangrijke mate werd gedecentraliseerd (naar gemeenten en ziektekostenverzekeraars) kon regelgeving op centraal niveau worden beperkt. De WVG stelt algemene normen voor het handelen van gemeenten. Om toch een zekere uniformiteit te bereiken hebben de VNG en de Rijksoverheid gewerkt aan de totstandkoming van een modelregeling.
 10. De herziening is relatief snel gerealiseerd, in een periode van drie à vier jaar (totstandkoming wetsvoorstel, parlementaire behandeling en invoering). Overigens voorziet de WVG wel in een overgangperiode voor bestaande gevallen.

4 Slot

Beide systeemveranderingen waren gericht op het beheersen van kosten, onder meer door beëindiging van 'open-eind-financiering' en wijziging van de financieringsstromen. Desalniettemin is de aanpak op belangrijke onderdelen totaal tegenovergesteld, zoals blijkt uit de volgende verschillen.

Indirecte financiering/wijziging

Herziening voorzieningenstelsel/totstand-

Inhoud en vormgeving	
vooral financiële motieven	naast financiële- ook inhoudelijke motieven
centrale uitvoering	decentrale uitvoering
rijksoverheid	gemeenten - ziektekostenverzekeraars
financiële centralisatie	financiële decentralisatie
relatief gedetailleerde regelgeving	algemene normstelling
Proces	
aparte projectorganisatie binnen min. WVC voor de invoering	interdepartementale aansturing vanuit een reguliere afdeling bij min. SZW
nauwe betrokkenheid Tweede Kamer	belangrijke rol verantwoordelijke bewindspersonen in het kabinet
relatief weinig organisaties die nadeel ondervinden	positie van degenen die nadeel ondervinden speelt nauwelijks een rol bij de besluitvorming en invoering
geleidelijke en stapsgewijze overgang (tien jaar)	snelle overgang (ruim drie jaar)

Van beide systeemveranderingen kunnen we leren dat het in gang zetten van zo'n veranderingsproces geen sinecure is. Niet alleen de beleidswijziging, maar ook de daadwerkelijke invoering vergt veel aandacht. De kans op 'succes' is afhankelijk van verschillende factoren. Het is goed dat te beseffen alvorens een nieuwe systeemverandering, bijvoorbeeld van de AWBZ, wordt overwogen of daadwerkelijk wordt gestart.

De volgende factoren zijn onder andere van belang in het kader van een eventuele verandering van de AWBZ.

Politiek commitment

Voor de verandering moet politieke commitment bestaan, vooral op

kabinetsniveau. Dit geldt niet alleen voor ministeries die mogelijk inhoudelijk zijn betrokken, zoals VWS, VROM, SZW en BiZa, maar ook voor ministeries een belangrijke rol vervullen in de algehele beleidsontwikkeling, zoals AZ en Financiën. Het inpassen van de verandering in een specifieke of algemenere kabinetsdoelstelling komt de voortgang ten goede.

Duidelijke doelstelling

Het doel van de verandering moet eenduidig en helder zijn en door alle betrokkenen op eenzelfde wijze onderschreven. Daarmee dient ook een zekere consensus te bestaan over wat het probleem is. Naar de mening van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is momenteel sprake van een tweeledig probleem: het profiel van de AWBZ is onvoldoende duidelijk en de uitvoering van de AWBZ laat te wensen over.

Ondersteuning doelstelling

Ook degenen die zijn betrokken bij de uitvoering van het beleid, zoals het veld moeten het doel onderschrijven, dan wel een gelijks-trekkend belang hebben bij verandering. Uit de hoorzitting die de RVZ ter voorbereiding op dit advies heeft gehouden, blijkt evenwel dat betrokkenen in het veld een verschillend antwoord geven op de vraag of er sprake is van problemen rond de AWBZ, en welke dat zijn. Daarmee wordt ook het doel van een eventuele verandering van de AWBZ door betrokkenen verschillend geïnterpreteerd.

Zicht op consequenties

De gevolgen van het veranderingsproces, in positieve en in negatieve zin, moeten eveneens duidelijk zijn. Zo zal bij cruciale onderdelen van een verandering van de AWBZ bij de besluitvorming moeten worden nagegaan wat de risico's zijn en hoe die zoveel mogelijk beheerst kunnen worden.

Inschatting krachtenspel

De kracht van de verschillende actoren moet worden ingeschat. Dit geldt zowel voor degenen die belang hebben bij de verandering en het doel ondersteunen, als voor degenen voor wie de verandering nadelig uitwerkt en die mogelijk weerstand zullen bieden. Bij een eventuele herziening van de AWBZ zijn verschillende actoren betrokken en zijn zowel gevestigde, als nieuwe posities in het spel. Betrokkenen zijn onder meer: zorgaanbieders, verzekeraars, woningcorporaties, gemeenten, patiënten en uitvoeringsorganen. De

precieze aard van het krachtenspel is niet op voorhand in te schatten en is afhankelijk van de uiteindelijk te maken beleidskeuzen.

Financiële belangen

De omvang van de financiële gevolgen is van invloed op de bereidheid tot verandering, zowel om iets te ondernemen, als om iets na te laten. De omvang van de financiële belangen wordt eveneens bepaald door de gemaakte beleidskeuzen, waaronder de keuze voor een bepaalde AWBZ-variant. Van belang is ook dat tijdig consequenties bekend zijn voor instellingen die op een andere wijze gefinancierd gaan worden.

Informatieverstrekking en gedegen overleg

Mede gelet op de belangen die in het geding (kunnen) zijn is veelvuldig en tijdig overleg met betrokkenen van andere ministeries en met betrokkenen buiten de kring van de rijksoverheid, waaronder het veld, noodzakelijk voor een goede invoering. Het overleg heeft onder meer ten doel de betrokkenen tijdig te informeren over het doel, de consequenties en de verschillende stappen in het veranderingsproces. Tegelijkertijd kunnen mogelijke knelpunten vroegtijdig worden onderkend. Informatieverstrekking is een cruciaal onderdeel van een veranderingsproces en zou apart vorm moeten krijgen.

Projectmatige aanpak

Afhankelijk van de omstandigheden kan een projectmatige aanpak met een duidelijk plan en specifieke taken van invloed zijn op het veranderingsproces. Het plan dient te voorzien in mogelijkheden voor tussentijdse bijsturing. Een projectmatige aanpak kan een rol vervullen bij het doorbreken van bestaande kaders en het leggen van nieuwe dwarsverbanden.

Periodieke evaluatie

Het proces dient te voorzien in mogelijkheden voor tussentijdse bijstelling van het beleid, zowel tijdens de invoering als later, bijvoorbeeld na evaluaties. Informatie die hieruit beschikbaar komt, moet gebruikt worden bij de verdere implementatie.

Krachtige coördinatie

Degene die coördineert dient voldoende gezag te hebben. Dit geldt zowel voor het verantwoordelijke ministerie als voor de personen die

erbij betrokken zijn. De coördinatie is onder meer om de voortgang in het project te houden en waar nodig te kunnen (bij)sturen.

Invoeringstermijn

Afhankelijk van de materie moet worden beslist of een verandering in korte tijd moet worden gerealiseerd of dat het juist meer geleidelijk moet gebeuren. Het kiezen van de juiste invoeringstermijn is niet eenvoudig. Bij een te snelle invoering kunnen problemen ontstaan in de uitvoeringspraktijk, bijvoorbeeld omdat de voorbereiding te kort is en onvoorziene knelpunten optreden. Bij een te langzame invoering kunnen betrokkenen het uiteindelijk doel van het veranderingsproces uit het oog verliezen en wordt de verandering niet geheel gerealiseerd.

Bijlage 10

De betaalbaarheid van de huidige AWBZ

1 Inleiding

In deze bijlage wordt verkend wat de kostenontwikkeling van de huidige 'AWBZ' bij ongewijzigd beleid zal zijn en of deze kosten ook collectief betaalbaar zullen blijven.

Bij de analyse naar de kostenontwikkeling zijn de volgende componenten onderscheiden:

Volumecomponenten

- de demografische ontwikkeling;
- de autonome groei (medische en technologische ontwikkelingen).

Specifieke nominale componenten (naast de algemene inflatie)

- het Baumoleffect;
- het WZV-effect.

2 Beschrijving van de betrokken zorgsectoren

Onder het relevant geachte deel van de huidige AWBZ wordt verstaan:

Ouderenzorg

- verpleeghuizen;
- verzorgingshuizen.

Thuiszorg

- kruiswerk;
- gezinsverzorging.

GGZ

- intramurale ggz (apz'en, paaz'en en ribw'en e.d.);
- extramurale ggz (riagg'en e.d.).

Gehandicaptenzorg

De overige AWBZ-onderdelen, waaronder preventie en beheer zijn buiten beschouwing gelaten. Op basis van het Jaar Overzicht Zorg (JOZ) 1997 is berekend wat de totale kosten voor de betreffende voorzieningen in 1995 zijn geweest. Daarbij is rekening gehouden met de eigen betalingen en de financieringsverschillen.

3 Ontwikkeling volumekosten

Om de volume-ontwikkeling te ramen zijn twee verschillende benaderingen gevolgd. Ten eerste een zuiver demografische raming, aangevuld met een opslag voor overige autonome ontwikkelingen. Daarbij is gebruik gemaakt van de publicatie Kosten van ziekten in Nederland 1994 (1997). Daarin worden voor alle voorzieningen de kosten uit 1994 toegerekend naar leeftijds-, geslachts- en ziektecategorieën. Met behulp van de demografische gegevens over 1994 kunnen vervolgens de gemiddelde leeftijds- en geslachtsspecifieke kosten per hoofd van de bevolking worden berekend. Uitgaande van deze kosten per hoofd kan worden berekend welke volumeveranderingen in de kosten voor de zorg optreden als gevolg van de demografische veranderingen. Bij een dergelijke exercitie wordt verondersteld dat de gemiddelde leeftijds- en geslachtsspecifieke kosten per hoofd niet wijzigen. De Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)-bevolkingsramingen laten zien dat de totale bevolkingsgroei geleidelijk aan vermindert (van 0,5% in 1996 tot 0,2% in 2030) maar dat de vergrijzing toeneemt. De toenemende vergrijzing (die tot een toenemende noodzakelijke volumegroei zou moeten leiden) gecombineerd met een afnemende totale bevolkingsgroei (die tot een dalende noodzakelijke volumegroei zou leiden) compenseren elkaar ongeveer. Voor de periode 1995 - 2030 moet voor wat betreft het (relevante deel van het) huidige AWBZ-pakket (op grond van de demografische ontwikkelingen) rekening worden gehouden met een nagenoeg gelijke noodzakelijke volumegroei van circa 1,2% per jaar. Bovenop deze demografische groei is rekening gehouden met een bescheiden extra autonome groei van 0,5%. Deze extra autonome groei is noodzakelijk om in te spelen op de autonome druk om de zorg te verbeteren onder andere als gevolg van medische en technologische ontwikkelingen en om met name de intramurale gezondheidszorg in staat te stellen de algemene ontwikkelingen bijvoorbeeld met betrekking tot de huisvesting en het algemene levenspeil te kunnen volgen. Rekentechnisch is deze extra volumegroei evenredig toebedeeld aan de onderscheiden subsectoren. In de praktijk zal op grond van beleidsmatige afwegingen de groeiruimte anders verdeeld kunnen worden.

De noodzakelijke volume-ontwikkeling is ook nog op een andere wijze benaderd. Deze is gebaseerd op de publicatie Gezondheidszorg in tel 4. Daarin wordt becijferd wat voor de periode 1996 - 2000 de gemiddelde jaarlijkse noodzakelijke volumegroei moet zijn uitgaande van de huidige zorgaanspraken. Op grond van de ervaringen met het zuiver demografische model, dat resulteert in stabiele

groeipercentages voor de totale periode 1995 - 2030, is verondersteld dat de noodzakelijke jaarlijkse volumegroei in de periode 1996 - 2000 ook gehanteerd mag worden voor de periode 2000 - 2030.

Tussen beide benaderingen bestaan per sector verschillen. Echter voor het totaal van de relevante AWBZ-onderdelen zijn de verschillen verwaarloosbaar. Beide komen uit op een noodzakelijke volumegroei tussen de 1,6% en 1,8% per jaar.

4 Specifieke nominale ontwikkelingen

Om uitspraken te kunnen doen over de betaalbaarheid van de AWBZ is het ook noodzakelijk aandacht te schenken aan de specifieke nominale kenmerken van de zorgsector. Daarbij is rekening gehouden met twee aspecten. Het zogenaamde Baumoleffect en het zogenaamde WZV-effect.

De arbeidsproductiviteit in de zorgsector blijft achter bij de gemiddelde arbeidsproductiviteit. Het is in de zorgsector onmogelijk de arbeidsproductiviteit van een aantal werkprocessen te vergroten. (Een bekend voorbeeld hiervan is het wassen van een patiënt. Dit vergt nu eenmaal een vaste hoeveelheid arbeidstijd, die niet zomaar vermindert kan worden zonder de kwaliteit van de zorg aan te tasten. Dit in tegenstelling tot industriële productieprocessen, waarbij onder andere door het inzetten van geavanceerde kapitaalgoederen (technologische vooruitgang) de (arbeids)productiviteit wel kan toenemen). Deze algemene arbeidsproductiviteit wordt vertaald in een toename van de reële lonen. Hierdoor nemen in sectoren waar deze productiviteitstoename niet wordt gerealiseerd relatief de kosten per eenheid product toe. Hiervoor moet rekening gehouden worden met een extra sectorspecifieke prijstoename. In de berekeningen is deze geraamd op 0,5% per jaar.

Een tweede sectorspecifieke extra nominale component betreft de WZV. In het algemeen veroorzaakt de WZV een extra nominaal effect vanwege het lineair afschrijven op historische kostprijsbasis. Daar komt nu nog een extra effect bij als gevolg van de deregulering van de WZV met betrekking tot de instandhouding. Verondersteld is dat in de periode 1995-2005 hierdoor een extra nominaal effect optreedt van 0,5% per jaar, voor de jaren daarna is rekening gehouden met een extra nominaal effect van 0,25% per jaar.

Op grond van deze veronderstellingen zijn berekeningen voor de relevante delen van de AWBZ uitgevoerd. Deze resulteren in een verwachte groei van de AWBZ (exclusief de algemene inflatie) van circa 2,5% per jaar.

5 Conclusie

De vraag is nu of deze te verwachten noodzakelijke groei de AWBZ onbetaalbaar maakt. Deze vraag is moeilijk te beantwoorden.

In het algemeen geldt dat dit een politieke keus is. Wanneer er een politieke bereidheid bestaat, is alles of in elk geval veel betaalbaar. De consequentie van het niet toestaan van de geraamde noodzakelijke groei leidt naar verwachting tot een aantasting van het huidige zorgniveau, c.q. tot het achterblijven van de zorg bij de algemene welvaartsgroei en wetenschappelijke mogelijkheden, althans voor wat betreft het wettelijke (grotendeels collectief gefinancierde) zorgpakket.

Een tweede relevant aspect in dit verband is de netto macro-inkomensontwikkeling, waaruit de kosten voor de AWBZ moeten worden betaald. Deze voor de financiering van de AWBZ relevante inkomensontwikkeling loopt ongeveer gelijk met de ontwikkeling van het BNP-volume, dat de afgelopen jaren gemiddeld met ongeveer 2,25% is toegenomen. Dit is weliswaar minder dan de noodzakelijke geachte groeiruimte voor het AWBZ-pakket. Maar hierbij moet ook in beschouwing worden genomen dat gezondheidszorg in economische termen in onze welvaartssituatie gerekend moet worden tot de luxe goederen. Dit betekent dat er een neiging bestaat om bij toenemende inkomsten een relatief groter deel van die extra inkomsten aan gezondheidszorg uit te geven. Daarom is de conclusie gerechtvaardigd dat het macro-economisch niet uitgesloten is dat de kosten (exclusief de algemene prijsstijging) voor de AWBZ met 2,5% toenemen.

**AWBZ-RAMING Demografische ontwikkeling
plus 0.5% volumegroei**

Kostenontwikkeling (mln fl.)

	JOZ '97			Kosten van ziekten 1994			
	Gezondheidszorg in tel 4						
	1995	2005	2015	2030	2005	2015	2030
Verpleeghuizen	5683	6975	8662	12768	7346	9496	13955
Verzorgingshuizen	5310	7109	8811	13274	4950	4614	4153
Kruiswerk	1105	1307	1543	2149	1197	1296	1460
Gezinszorg	2118	2517	3014	4233	2204	2294	2436
Intra/semi ggz	3923	4308	4688	5182	4689	5605	7325
Extramurale ggz	767	829	871	969	1031	1385	2158
Gehandicaptenzorg	5378	5789	6165	6575	7109	9398	14283
AWBZ relevante deel	24284	28833	33755	45150	28526	34087	45770

Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei ten opzichte van 1995

	Gezondheidszorg in tel 4			Kosten van ziekten 1994		
	2005	2015	2030	2005	2015	2030
Ouderenzorg	2.5%	2.3%	2.5%	1.1%	1.3%	1.4%
Thuiszorg	1.7%	1.7%	2.0%	0.5%	0.5%	0.5%
Ggz	0.9%	0.9%	0.8%	2.0%	2.0%	2.0%
Gehandicaptenzorg	0.7%	0.7%	0.6%	2.8%	2.8%	2.8%
AWBZ relevante deel	1.7%	1.7%	1.8%	1.6%	1.7%	1.8%

**AWBZ-RAMING Demografische ontwikkeling
plus 0.5% volumegroei
plus specifieke nominale ontwikkelingen**

Kostenontwikkeling (mln fl.)

	JOZ '97			Kosten van ziekten 1994			
	Gezondheidszorg in tel 4						
	1995	2005	2015	2030	2005	2015	2030
Verpleeghuizen	5683	7690	10274	16891	8094	11253	18447
Verzorgingshuizen	5310	7830	10441	17544	5471	5499	5540
Kruiswerk	1105	1441	1832	2846	1257	1431	1737
Gezinszorg	2118	2775	3577	5605	2317	2534	2898
Intra/semi ggz	3923	4754	5572	6884	5171	6651	9704
extramuraal	767	915	1036	1288	1135	1641	2850
Gehandicaptenzorg	5378	6391	7329	8739	7832	11133	18869
AWBZ relevante deel	24284	31795	40062	59797	31277	40141	60045

Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei ten opzichte van 1995

	Gezondheidszorg in tel 4			Kosten van ziekten 1994		
	2005	2015	2030	2005	2015	2030
Ouderenzorg	3.5%	3.2%	3.3%	2.1%	2.1%	2.3%
Thuiszorg	2.7%	2.6%	2.8%	1.0%	1.0%	1.0%
Ggz	1.9%	1.7%	1.6%	3.0%	2.9%	2.9%
Gehandicaptenzorg	1.7%	1.6%	1.4%	3.8%	3.7%	3.7%
AWBZ relevante deel	2.7%	2.5%	2.6%	2.6%	2.5%	2.6%

Financiële gevolgen van een kleiner AWBZ-pakket

1 Beschrijving van de pakketsamenstellingsvarianten

In deze bijlage is verkend wat de financiële consequenties zijn van verschillende keuze met betrekking tot de grondslag van de AWBZ.

Het algemeen geldende uitgangspunt daarbij is de stelling dat het domein van de AWBZ de onverzekerbare zorg is. Dit betekent dat de wel algemeen verzekerbare zorg, voorzover deze op dit moment nog tot de AWBZ behoort overgeheveld zou moeten worden naar het tweede compartiment. Dit betreft die onderdelen van de AWBZ die betrekking hebben op kortdurende, op herstel gerichte zorg. Daarbij kan worden gedacht aan delen van de ggz (de acute, op herstel/genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg), de kortdurende thuiszorg (eveneens gericht op de verpleging en verzorging van herstellende patiënten) en het deel van de verpleeghuiszorg dat een revalidatiekarakter heeft.

Het begrip onverzekerbare zorg is niet objectief eenduidig vast te stellen. Daarom is een drietal varianten verkend:

- de beschermvariant;
- de carevariant;
- de chronisch ziekenvariant.

Daarbij is bij de uitwerking de volgende redenering gevolgd:

- a. de zorg behorende tot de beschermvariant (de asielfunctie van de AWBZ) dient in elk geval tot de AWBZ te blijven behoren. Op uitvoeringstechnische gronden kan het wenselijk zijn de componenten gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening (ondersteuning bij het dagelijks functioneren) te onderscheiden.
- b. De beschermvariant kan worden uitgebreid tot de carevariant, de specifieke zorgvoorzieningen voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen. In de uitwerking van de carevariant kan overwogen worden om voor de extra zorg bovenop de beschermvariant op grond van de versterking van het burgerschapsperspectief uit te gaan van een feitelijke opsplitsing in de drie onderscheiden hoofdfuncties gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening.

Voor de zorg bovenop de zorg uit de beschermvariant zou de AWBZ zich in deze uitwerking van de carevariant moeten beperken tot de hoofdfunctie gezondheid. De huisvesting en dienstverlening behoren in deze uitwerking tot de verantwoordelijkheid van Volkshuisvesting, respectievelijk de gemeenten.

- c. Het meest uitgebreide scenario is het chronisch ziekenscenario. Ook de langdurige curatieve zorg behoort daarin tot de AWBZ. Omdat dit op het ogenblik geen waarschijnlijk scenario lijkt, wordt geen poging ondernomen de langdurige zorg in algemene voorziening te kwantificeren. Deze keuze is mede ingegeven omdat de informatie om de omvang en de kosten van deze zorg te bepalen ten enenmale ontbreekt.

Op grond van deze redenering is de volgende aanpak gevolgd:

Stap 1: uitzuivering van de huidige AWBZ van verzekerbare onderdelen.

GGZ: acute, op herstel gerichte ggz, inclusief de activiteiten gericht op volledige maatschappelijke (h-)integratie. Zie advies Thuis in de ggz: acuut/kortdurend, klinische resocialisatie en het merendeel van de riagg-zorg, kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en verslavingszorg.

Thuiszorg: kortdurende thuiszorg voor patinten met een herstelperspectief.

Verpleeghuiszorg: 'revalidatie-achtige' verpleeghuiszorg.

Stap 2: uitwerking van het begrip beschermzorg.

GGZ: verblijfspsychiatrie, intramurale zorg voor chronisch-psychiatrische patinten, die ook met intensieve vormen van begeleiding niet in staat zijn zich in de samenleving te handhaven. Zie advies Thuis in de ggz: asiel/intensieve bescherming en psychiatrische verpleging, forensische psychiatrie.

Ouderenzorg: overige verpleeghuiszorg en zorg in verzorgingshuizen aan verpleeghuisgndiceerden (verzorgingsklassen 4 en 5). Het beleid moet er daarbij op gericht zijn mensen zo lang als mogelijk en verantwoord is in een eigen (zo nodig) aangepaste wo-

ning te laten verblijven.

Gehandicaptenzorg: zorg aan lichamelijk en verstandelijk gehandicapten die ook met intensieve vormen van begeleiding niet in staat zijn zich in de samenleving te handhaven. Zie advies Kleinschalig wonen voor verstandelijk gehandicapten.

Thuiszorg behoort niet tot de beschermvariant.

Stap 3: bepaling van de extra zorg boven de beschermvariant behorende tot de carevariant.

GGZ: Zie advies Thuis in de ggz: psychiatrische begeleiding/behandeling van chronisch psychiatrische patiënten, die in staat zijn, zo nodig met intensieve vormen van begeleiding, zich in de samenleving te handhaven.

Ouderenzorg: deeltijdzorg, chronische zorg voor thuisverblijvenden.

Thuiszorg: chronische zorg voor thuisverblijvenden.

Gehandicaptenzorg: chronische zorg voor thuisverblijvende gehandicapten, inclusief de verschillende woonvormen (grote woonvormen, gezinsvervangende tehuizen, dagactiviteitencentra, FOKUS etc.).

Stap 4: opsplitsing in gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening van de zorg uit stap 3.

Deze stap wordt in deze bijlage niet nader uitgewerkt.

2 Uitwerking naar de verschillende zorgsectoren op basis van de huidige aanspraken

Algemeen geneeskundige zorg

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 9 ziekenhuiszorg	opneming en verder verblijf in een ziekenhuis langer dan 365 dagen		

R e v a l i d a t i e z o r g

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 19 revalidatiezorg	verblijf in instelling voor revalidatie vanaf 366e dag		

Z
o
r
g

b
e
s
t
a
a
n
d
e

u
i
t

v
e
r
z
o
r
g
i
n
g

o
f

v
e
r
p
l
e
g
i
n

g

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 10 verpleeginrichting	kortdurende verpleeghuiszorg waarbij behandel- en revalidatiefunctie centraal staat	langdurige verpleeghuiszorg met bijzondere functies; verpleegkliniek (ernstig somatisch, gedragsgestoord pg)	langdurig stabiel verblijf (niet gedragsgestoord pg, geen bedverpleging behoevend)
art. 14 dagbehandeling in een verpleeginrichting			langdurige verzorging
art. 15 thuiszorg	kortdurende thuiszorg met herstelperspectief		langdurige thuiszorg (verpleging, adl-zorg)

G
e
e
s
t
e
l
i
j
k
e

g
e
z
o
n
d
h
e
i
d
s
z
o
r
g

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 20 apz en paaz	acute, op herstel gerichte klinische behandeling, klinische resocialisatie, kinder- en jeugdklinieken, verslavingszorg	asiel/intensieve bescherming, chronisch psychiatrische verpleging, forensische psychiatrie	begeleiding/behandeling van chronisch psychiatrische patiënten
art. 20a Riagg	acute, op herstel gerichte ambulante behandeling	ambulante sociale psychiatrie voor chronische psychiatrische patiënten	begeleiding/behandeling van chronisch psychiatrische patiënten
art. 20b Ribw		chronische psychiatrische verpleging	begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten
art. 20c niet-klinisch	acute, op herstel gerichte niet-		

De toekomst van de AWBZ

psychiatrische hulp	klinische behandeling		
art. 20d psychiatrische polikliniek	acute, op herstel gerichte poliklinische behandeling		begeleiding/behandeling van chronisch psychiatrische patiënten
art. 20e psychiatrische deeltijdbehandeling	acute, op herstel gerichte deeltijdbehandeling		behandeling van chronisch psychiatrische patiënten
Regeling subsidiëring psychiatrische woonvoorziening		chronische psychiatrische verpleging	begeleiding/behandeling van chronisch psychiatrische patiënten

D
e

t
o
e
k
o
m
s
t

v
a
n

d
e

g
g
z

w
o
r
d
t

u
i
t
g
e
w
e
r
k
t

i
n

h
e
t

o
n
d
e
r

h
a
n
d
e
n

z
i
j
n
d
e

a
d
v
i
e
s

K
n
i
p

i
n

d
e

g
g
z
,

d
a
t

n
a
a
r

v
e
r
w
a
c
h
t
i
n
g

e
i
n
d

1
9
9
7

z
a
l

v
e
r
s
c
h
i
j
n
e
n
.

V
o
o
r

d
e

i
n
d
i
c
a
t
i
e
v
e

b
e
n
a
d
e
r
i
n
g

v
a
n

d
e

f
i
n
a

n
c
i
ë
l
e

c
o
n
s
e
q
u
e
n
t
i
e
s

v
a
n

d
e

v
e
r
s
c
h
i
l
l
e
n
d
e

p
a
k
k
e
t
s
a

m
e
n
s
t
e
l
l
i
n
g
s
s
c
e
n
a
r
i

o
,
s

i
s

v
o
o
r
t
g
e
b
o
r
d
u
u
r
d

o
p

h
e
t

a
d
v
i
e
s

T
h
u
i
s

i
n

d
e

g
g
z

(
R
V
Z
,

9
6
/
1
3
)
.

Z
o
r
g

v
o
o
r

v
e
r
s
t
a
n
d
e
l
i
j
k

g
e
h
a
n
d
i
c
a
p
t
e
n

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 23 zorg in/door de instelling		- intensieve verzorging en begeleiding in een instelling (bijzondere functies, gedrags-	- intensieve verpleging/verzorging in de instelling en in het

	gestoord)	gezin
art. 24 dagverblijf		- dagverblijf - langdurige verzorging
art. 25 gezinsvervangend tehuis		- gezinsvervangend tehuis - langdurige verzorging
Regeling subsidiëring KGV		- gezinsvervangend tehuis voor kinderen - langdurige verzorging
Regeling subsidiëring kort- verblijf tehuizen		- tijdelijk verblijf bijzondere situatie - specifieke verzorging en begeleiding
Regeling subsidiëring sociaal-pedagogische diensten		- verzorging en begeleiding

V
e
r
p
l
e
g
i
n
g

v
e
r
z
o
r
g
i
n
g

I
i
c
h
a
m
e
l
i
j
k

g
e
h
a
n
d
i
c

**a
p
t
e
n**

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art.11 Het Dorp			langdurige verzorging langdurig stabiel verblijf
art.12 gezinsvervangend tehuis lichamelijk gehandi- capten			langdurige verzorging langdurig stabiel verblijf
art.13 dagverblijf gehandi- capten			langdurige verzorging
Regeling subsidiëring KGVT voor lichamelijk gehandicapten			kindergezinsvervangend tehuis langdurige verzorging

Z
o
r
g

v
o
o
r

z
i
n
t
u
i
g
l
i
j
k

g
e
h
a
n
d
i
c
a
p
t
e
n

aanspraak	tweede compartiment	beschermzorg	care
art. 21 en 22 zorg voor blinden en slecht- zienden en zorg voor doven en slechthorenden		- langdurige permanente opneming in de instelling	- langdurige intensieve bege- leiding, behandeling en verblijf in instelling en een GVT - ambulante begeleiding en behandeling

Regeling substitutie zorg
voor lichamelijk dan wel
zintuiglijk gehandicapten

- zorg en begeleiding van GVT's
en dagverblijven voor
zintuiglijk en lichamelijk
gehandicapten

3

I
n
d
i
c
a
t
i
e

f
i
n
a
n
c
i
ë
l
e

c
o
n
s
e
q
u
e
n
t
i
e
s

O
p

g
r
o
n
d

v
a
n

d
e

o
m
s
c
h
r
i
j
v
i
n
g
e
n

i
n

d
e

v
o
r
i
g

e

p
a
r
a
g
r
a
a
f

z
i
j
n

d
e

k
o
s
t
e
n

v
o
o
r

d
e

v
e
r
s
c
h
i
l
l
e
n
d
e

A
W
B
Z
-
v
e
r
s
t
r
e
k

k
i
n

g
e
n

i
n

1
9
9
5

t
o
e
g
e
r
e
k
e
n
d

a
a
n

d
e

o
n
d
e
r
s
c
h
e
i
d
e
n

p
a
k
k
e
t
v
a
r

i
a
n
t
e
n
.

H
e
t

r
e
s
u
l
-

t
a
a
t

v
a
n

d
i
e

b
e
n
a
d
e
r
i
n
g

i
s

i
n

d
e

o
n
d
e
r

s
t

a
a
n
d
e

t
a
b
e
l

s
a
m
e
n
g
e
v
a
t
.

O
n
d
e
r

d
e

k
o
l
o
m

c
a
r
e

e
x
t
r
a

z
i
j
n

d
e

b
e
d
r
a
g
e
n

v
e
r
m
e
l
d

d
i
e

a
a
n

d
e

b
e
s
c
h
e
r
m
z
o
r
g

m
o
e
t
e
n

w
o
r
d
e
n

t
o
e
g
e
v
o
e
g
d

o

m

t
o
t

d
e

k
o
s
t
e
n

o
n
d
e
r

d
e

c
a
r
e
v
a
r
i
a
n
t

t
e

k
o
m
e
n
.

I
n
d
i
c
a
t
i
e
v
e

k
o
s
t
e
n
t
o
e
r
e
k
e
n
i
n
g

K
o
s
t
e
n
v
e
r
d
e
l
i
n
g

i
n

a
b
s
o
l
u
t
e

b
e
d
r
a
g
e
n

P
r
o
c
.

k
o
s
t
e
n

v
e
r
d
e
l
i
n
g

A
W
B
Z
,
9
5

t
w
e
e

d
e

b
e
s
c
h
.

c
a
r
e

t
o
t
a
a
l

t
w
e
e
d
e

b
e
s
c
h
.

c
a
r
e

c
o
m
p
.

z
o
r
g

e
x
t
r
a

c
o
m
p
.

z
o
r
g

e
x
t
r
a

Z
i
e
k
e
n
h
u
i
s

+

r
e
v
a
l
i
d
a
t
i
e

5
0
9

5
0
9

0

0

5
0
9

1

0
0
.
0
%

0
.
0
%

0
.
0
%

V
e
r
p
l
e
g
i
n
g

e
n

v
e
r
z
o
r
g
i
n
g

9
6
0
4

7
4
7

1
4
0
6

7
4
5

1

9

6

0

4

7

.

8

%

1

4

.

6

%

7

7

.

6

%

G
e
e
s
t
e
l
i
j
k
e

g
e
z
o
n
d
h
e
i
d
s
z
o
r
g

4
7
6
5

2
1
3
4

1
3
8
0

1
2
5
1

4
7
6
5

4
4
.
8
%

2
9
.
0
%

2
6
.
3
%

V
e
r
s
t
.

g
e
h
a
n
d
i
c
a
p
t
e
n
z
o
r
g

5
2
9
1

0

2
5
3
3

2
7
5
8

5
2
9
1

0
.
0
%

4
7
.
9
%

5
2
.
1
%

L
i
c
h
/
z
i
n
t
.

g
e
h
a
n
d
i
c
a
p
t
e
n
z
o
r
g

5
4
0

0

0

5
4
0

5

4
0

0
.
0
%

0
.
0
%

1
0
0
.
0
%

V
e
r
z
o
r
g
i
n
g
s
h
u
i
z
e
n

5
3
1
0

0

0

5
3
1
0

5
3
1
0

0
.
0
%

0

.

0

%

1

0

0

.

0

%

T
o
t
a
a
l

2
6
0
1
9

3
3
9
0

5
3
1
9

1
7
3
1
0

2
6
0
1
9

1
3
.
0
%

2
0
.
4
%

6
6
.
5
%

Bijlage 12

Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABW	Algemene Bijstandswet
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AKW	Algemene Kinderbijslagwet
AOW	Algemene Ouderdomswet
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWW	Algemene Weduwen- en Wezenwet
AZ	Algemene Zaken
BiZa	Binnenlandse Zaken
BNP	Bruto Nationaal Product
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CRM	Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
CRV	Centrale Raad voor de Volksgezondheid
CSO	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
CvZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
FIN	Financiën
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GSD	Gemeentelijke Sociale Dienst
GVT	Gezinsvervangend Tehuis voor Kinderen
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
IMG	Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam
IMTA	Instituut voor Medische Technology Assessment van de Erasmus Universiteit Rotterdam
IPO	Interprovinciaal Overleg (voor volksgezondheid)
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
KGVT	Kinder Gezins Vervangend Tehuis
KSW	Kaderwet Specifiek Welzijn (inmiddels ingetrokken)
LPR	Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg

LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
NHS	National Health Service
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVBV	Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PAB	Persoonlijk Assistentie Budget
PGB	Persoonsgebonden budget
RGSHG	Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten
RIAGG	Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SER	Sociaal-Economische Raad
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SoZa	Sociale Zaken
TK	Tweede Kamer
TSMD	Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening
TVMD	Tijdelijke Verstrekkingswet Maatschappelijke Dienstverlening
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VRN	Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiene
VVN	Verbond van Verzekeraars in Nederland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WOCZ	Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen

WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten/Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 13

Literatuur

Agt, H.M.E. van, Stronks, K., Mackenbach, J.P. *De financiële situatie van chronisch zieken: interimrapport van de longitudinale studie naar de financiële situatie van chronisch zieken*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, instituut maatschappelijke Gezondheidszorg, Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994

ASTIN Nederland. *Solidariteit en verzekering, verslag van een studiedag 7 november 1985*. S.l.: ASTIN Nederland, 1985

Belien, P. and Vigilante, K. *The health Care Dilemma; Lessons from Health reform in Europe and America*. S.l.: s.n., 1996

Bertels, J. en Cocquyt, W. *De sociale gezondheidszorgstelsels in de landen van de Europese Unie*. Antwerpen-Apeldoorn: MAKLU Uitgevers, 1994

Bertels, J. en Cocquyt, W. *De zorgverzekering voor ouderen; De situatie in vijf Europese landen*. Antwerpen-Apeldoorn: MAKLU Uitgevers, 1993

Buggenhout, B., Put, J. en Cort, L. de. *Payments for Care: The case of Flanders*. S.l.: s.n., s.a.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. *Interimadvies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg*. Rijswijk: CRV, 1970

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. *Samenvatting aanvulling op interimadvies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg*. Rijswijk: CRV, 1973

Daal, H.J. van. *Zuinig met zorg*. Den Haag: Nimawo, 1987

Grinten, T. van der. Ambulante geestelijke gezondheidszorg en AWBZ, een poging tot een overzicht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1976, p. 578-595

Grinten, T. van der. *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo bv, 1987

Ham, R.P. van de en Schippers, A. *Zorg in het buitenland voor*

mensen met een handicap. Utrecht: NIZW, 1995

Hoek, J.G.A. van. *Knip in de ggz?, voordracht tijdens invitational conference over knip in de ggz, georganiseerd door Zorgverzekeraars Nederland op 13 juni 1997*. Houten: ZN, 1997

Hoppenbrouwers, M.W.L. Meer nadruk op verzekerbareid. *Zorgverzekeraars Magazine*, juni 1995, p. 12-13

Hutten, J.B.F. and Kerkstra, A. *Home care in Europe*. Vermont USA: Ashgate Publishing Company, 1996

Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven. *Het basispakket zorgverzekering in het perspectief van de welvaartstheorie*, 's-Gravenhage: IOO, 1991

Jonker, S.J. *Elk vak heeft zijn grenzen, verzekeren ook, in Verbond van verzekeraars, bundel symposium 'Onverzekerbareid? wie neemt het risico'*. Amsterdam: s.n., 1995

Kasdorp, J.P. *Grenzen aan het recht op gezondheidszorg; preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht*. S.l.: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1988

Kasdorp, J.P. *Zorg op maat; Notitie over 34 adviezen aan minister Borst*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, juli 1995

Kesene, J. *Het voorzieningenniveau in België en Nederland: een vergelijkend perspectief*. S.l: s.n., s.a

Kwekkeboom, M.H. *De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten; welzijnsbeleid in de lokale samenhang*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997

Looijer, F.A.N.M. de. *De rijkssubsidieregeling gezinsverzorging: op zoek naar vereenvoudiging*. Den Haag: IOO, 1988

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en leefmilieu België, Dienst Gehandicaptenbeleid, Handigids 1996. Brussel: ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, s.a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond en Wel; Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*. Rijswijk: VWS, 1995

Mootz, M. Maatschappelijke dienstverlening. In Roscam Abbing E.W. *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*. Utrecht: Bohn Scheltema Holkema, 1979

Mootz, M. Maatschappelijke dienstverlening. In Roscam Abbing E.W. *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema Holkema, 1983

Nacinovic, M.F.R.C.M. Indirecte financiering ingevolge de Algemene bijstandswet. *Sociaal Maandblad Arbeid*, november 1981, Nr. 11

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies Indicatiestelling en zorg op maat*. Zoetermeer: NRV, oktober 1994

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Health Care in Europe: The finance and reimbursementsystems of 18 European Countries*. Zoetermeer: NRV, januari 1993

Nooren, J.E.A.M., Taal, A.W., Huijsman, R. *Visies op regiovisies in de ouderenzorg, een landelijke inventarisatie in het kader van STIMO, stimulering van de modernisering van de ouderenzorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997

Onderzoekscommissie toepassing ABW. *Het recht op bijstand*. Den Haag: Vuga, 1993

Polder, J.J. *et al. Kosten van Ziekten in Nederland 1994*. Rotterdam: IMG/IMTA, 1997

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Advies Met zorg wonen*. Zoetermeer: RVZ, juli 1997

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Advies Thuis in de ggz*. Zoetermeer: RVZ, november 1996

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Tussen cure en care, advies over een referentiekader voor beleid*. Zoetermeer: RVZ, 1994

Reinders, A. *Subsidiëring van instellingen*. Deventer/Zwolle: Van Loghum Slaterus/ W.E.J. Tjeenk Willink, 1981

Ros, C. en Delnoij, D. *Literatuurstudie ziektekostenverzekering in Europees perspectief*. Utrecht: Nivel, 1996

Roscam Abbing, H. en Rutten, F.F.H. *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland*. Deventer: Kluwer, 1985

Schnabel, P. De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein. In: Kreukels, A.M.J en J.B.D. Simonis (red.). *Publiek domein, de veranderde balans tussen staat en samenleving*. Mep-pel/Amsterdam: Boom, 1988

Schut, F.T. *Basisdocument Keuzemogelijkheden voor patinten*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997

Stuurgroep Zorgkanoren Nieuwe Stijl. *Zorgkantoren, vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 1997

Thewissen, P.H.M. *Wet Voorzieningen Gehandicapten*. TGR, 1994, p. 266-274

Tiemens, B.G. et al. *De geestelijke gezondheidszorg in de Europese gemeenschap*. Rijksuniversiteit Groningen, 1991

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Indicatiestelling in de zorg*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997, 24608, Nr. 3

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Indirecte financiering ex artikel 10e Algemene Bijstandswet*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1979-1980, 16070, nrs. 1-3

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Kabinetsstandpunt evaluatie WVG*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1995-1996, 24170, Nr. 5

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Modernisering ouderenzorg*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1995-1996, 24333, Nr. 5

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Opneming van gehandicaptenvoorzieningen in de AWBZ. Algemene beschouwingen van de Ziekenfondsraad*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1992-1993, 22089, nr. 20

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Verandering verzekerd! Derde Dekker-brief*. 's-Gravenhage, Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1987-1988, 19945, Nr. 27

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Wet voorzieningen gehandicapten*. 's-Gravenhage, Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1992-1994, 22815

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Wijziging van de Algemene Bijstandswet*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1976-1977, 14199, nrs. 1-3

Velden, H.F. van der. *Het solidariteitsspel*. In: Volksgezondheid met beleid, verkenningen van een breukvlak. Zoetermeer: RVZ, 1996

Veldkamp, G.M.J. *Social triptiek, Verantwoording en achtergronden van een beleid*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1968

Verbond van verzekeraars. *Onverzekerbaarheid? Wie neemt het risico*. 's-Gravenhage: Verbond van verzekeraars, 1995

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. *De betekenis van de regiovisie*. 's-Gravenhage: VNG, 1997

Verkaar, E., Amelsvoort, F. van en Kemenade, Y.W. van. Thuiszorg in Duitsland. *Gezondheidszorg en Management*, 1996, Nr. 6

Vermaat, A.J. (on)Verzekerbaar: een algemene probleemverkenning. 's-Gravenhage: Verbond van verzekeraars, s.a.

Wijngaarden, P.J. Sociale zekerheidsstelsel: collectiviseren of privatiseren. In: Kreukels, A.M.J en J.B.D. Simonis (red). *Publiek domein. de veranderde balans tussen staat en samenleving*. Meppel/Amsterdam: Boom, S.a.

Ziekenfondsraad. *Advies inzake dagverblijven voor gehandicapten als AWBZ verstrekking*. Amstelveen: ZFR, 1972 (Nr. 18)

Ziekenfondsraad. *Advies inzake in vitro fertilisatie*. Amstelveen: ZFR, 1989 (Nr. 442)

Ziekenfondsraad. *Adviezen inzake opneming dagbehandeling in verpleeghuizen in het verstrekkingenpakket, afbakening voorzieningen ex artikel 57 AAW en verstrekkingen op grond van Ziekenfondswet en AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1976 (Nr. 74)

Ziekenfondsraad. *Advies inzake de opneming van het vaccinatieprogramma in het verstrekkingenpakket AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1973 (Nr. 46)

Ziekenfondsraad. *Advies inzake toepassing van de AWBZ op gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten*. Amstelveen: ZFR, 1975 (Nr. 64)

Ziekenfondsraad. *Advies inzake een volksverzekering voor zware geneeskundige risico's*. Amstelveen: ZFR, 1965

Ziekenfondsraad. *Beschermde woonvormen*. Amstelveen: ZFR, 1987 (Nr. 360)

Ziekenfondsraad. *Financiering gezinsverzorging via de AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1988 (Nr. 423)

Ziekenfondsraad. *Functiegerichte omschrijving van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging, verdere uitwerking*. Amstelveen: ZFR, 1991 (Nr. 523)

Ziekenfondsraad. *Opneming werk van kruisinstellingen in de algemene wet bijzondere ziektekosten*. Amstelveen: ZFR, 1978 (Nr. 95)

Ziekenfondsraad. *Overheveling gehandicaptenvoorzieningen naar de AWBZ en eigen bijdragen hulpmiddelen*. Amstelveen: ZFR, 1993 (Nr. 587)

Ziekenfondsraad. *Overheveling zorgaanspraken AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1995 (Nr. 662)

Ziekenfondsraad. *Sommige zorgaanspraken weer uit de AWBZ*.

Raadzaam, 1995, nr 5, p. 4-5

Ziekenfondsraad. *Subsidiëring bejaardenoorden ten laste van de AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1995 (Nr. 689)

Ziekenfondsraad. *Tweede fase stelselwijziging*. Amstelveen: ZFR 1990 (Nr. 490)

Ziekenfondsraad. *Uitbreiding AWBZ*. Amstelveen: ZFR, 1988 (Nr. 408)

Ziekenfondsraad. *Uitbreiding AWBZ met geestelijke gezondheidszorg*. Amstelveen: ZFR, 1988 (Nr. 402)

Ziekenfondsraad. *Uitbreiding AWBZ met kunst- en hulpmiddelen*. Amstelveen: ZFR, 1988 (Nr. 425)

Ziekenfondsraad. *Verandering verzekerd*. Amstelveen: ZFR, 1989 (Nr. 449)

Ziekenfondsraad. *25 jaar AWBZ*. Amstelveen: ZFR, oktober 1993, nr. 4

Ziekenfondsraad. *Wettelijke regeling AGGZ*. Amstelveen: ZFR, 1981 (Nr. 160)

Ziekenfondsraad. *Wettelijke regeling niet-voorzieningsgebonden AWBZ-zorgaanspraken binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Amstelveen: ZFR, 1994 (Nr. 650)

Ziekenfondsraad. *Wettelijke regeling AGGZ*. Amstelveen: ZFR, 1989 (Nr. 160)

Ziekenfondsraad. *Wettelijke regeling niet-voorzieningsgebonden AWBZ-zorgaanspraken binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Amstelveen: ZFR, 1994 (Nr. 650)

Zorgverzekeraars Nederland. *Met de neus op de knip, samenhang, organisatie en financiering van de ggz in relatie tot een mogelijke knip in de ggz*. Houten: ZN, april 1997

Bijlage 14

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1997 kost f 230,--.

December 1995

--

Volksgezondheid	met	beleid
gratis		

April 1996

96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00

Juni 1996

96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
-------	--	-------

Juli 1996

96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
-------	---------------------------	-------

Augustus 1996

96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Achtergrondstudie Stand van zaken: preventie en ouderen	25,00

Oktober 1996

96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00

November 1996

De toekomst van de AWBZ

96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

Januari 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
-------	--------------------------	--------

April 1997

97/02	Jaarverslag 1996	gratis
-------	------------------	--------

Mei 1997

97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
-------	---	-------

Juni 1997

97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
-------	--	-------

Juli 1997

97/05	Met zorg wonen. Deel 1. De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
-------	---	-------

Augustus 1997

97/06	Beter (z)onder dwang?	25,00
97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang?	20,00

September 1997

97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
-------	--------------------------	--------

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag

Uitgave: 1997

ISBN: 90-5732-022-3

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f 30,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer
onder vermelding van publicatienummer 97/09*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg