

Duurzame langdurige zorg

Een duurzame AWBZ vereist een betere afbakening van het verzekerde pakket en een robuuste indicatiestelling. Sociale hulpverlening moet worden verschoven naar het gemeentelijke domein en gebruikers betalen hieraan bij op basis van draagkracht. Patiënten krijgen meer ruimte om de zorg te sturen. Dit betekent dat zorgaanbieders meer risico's moeten dragen en wonen en zorg van elkaar gescheiden worden.

De huidige AWBZ, de publieke verzekering voor langdurige zorg, is niet toekomstbestendig (SER, 2008). Het huidige systeem is aanbodgestuurd maar de mondige babyboomgeneratie zal meer zelf het eigen pakket van wonen en zorg willen samenstellen. Meer maatwerk is daarom geboden. Ook werken zorgverleners in de curatieve en de langdurige zorg onvoldoende samen om integrale ketenzorg te kunnen bieden. En verder wordt de budgettaire houdbaarheid op lange termijn van de AWBZ bedreigd door de vergrijzing: het aantal ouderen boven de 75 dat aangewezen is op verzorging en verpleging zal de komende decennia sterk toenemen. Tegelijkertijd kan de beschikbaarheid van mantelzorg onder druk komen staan als gevolg van kleinere gezinnen en de toenemende arbeidsparticipatie van met name vrouwen. Ten slotte is door de onheldere verantwoordelijkheidsverdeling een weinig robuuste indicatiestelling en een ruime AWBZ-polis afwentelingsgedrag ontstaan. Hierdoor is de toegankelijkheid van dure, noodzakelijke zorg niet meer gegarandeerd. De toekomstbestendigheid van de langdurige zorg klemmt des te meer omdat door de vergrijzing de arbeidsmarkt krappere wordt. In de zorg zijn zonder nader beleid tot 2020 een half miljoen extra werkenden nodig. Het is daarom essentieel om met arbeidsbesparende innovaties voldoende zorgcapaciteit te garanderen. Dat geldt ook voor specialisatie en taakafplitsing waarbij schaars hogergeschoold personeel selectief wordt ingezet. Ook is de fysieke infrastructuur van wijken en dorpen vaak nog niet voldoende ingericht op het toenemende aantal ouderen met een beperking. Innovaties in het combineren van wonen en zorg zijn geboden zodat mensen zelfstandig kunnen blijven wonen en niet in voortdurende zorgafhankelijkheid worden gedrukt.

Heldere polisvoorwaarden

De AWBZ dient ons inziens te worden gereserveerd voor zware, onomkeerbare gezondheidsrisico's. Het gaat om mensen die chronisch geen of beperkte regie kunnen voeren over hun leven: vroeggehandi-

capten en chronisch psychiatrische patiënten. Verder dient de AWBZ ook in de toekomst zorg te verzekeren voor degenen die structureel niet zelfredzaam zijn: ernstig lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Ten slotte is de AWBZ er voor ernstige somatische en psychogeriatrische patiënten die langdurig op zorg zijn aangewezen. Om verschraving van de zorg voor deze kwetsbare groepen te voorkomen moet de toegang tot de AWBZ worden beperkt tot zware gevallen waarvoor de kosten van de benodigde zorg niet individueel gedragen kunnen worden en die niet te verzekeren zijn omdat de aandoening een blijvend karakter heeft. Een robuuste afbakening vereist heldere polisvoorwaarden, alsmede protocollen met objectieve medische drempelwaarden waarboven men recht heeft op AWBZ-zorg. Deze zorg vraagt professionele aanbieders en is daarmee niet substitueerbaar voor zorg uit de directe omgeving. Een deel van de huidige AWBZ-zorg heeft een tijdelijk karakter en maakt deel uit van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg. Vanwege de samenhang met ZVW-zorg moet deze kortdurende zorg onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) gaan vallen. Als norm voor de kortdurende zorg die vergoed wordt vanuit de ZVW kan een grens van een jaar worden gehanteerd. Een dergelijke grens is objectiveerbaar en sluit aan op het verlengd verblijf na 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of ggz-instelling die bekostigd worden vanuit de AWBZ.

Sociale hulp naar de WMO

Voor meer sociale problematiek rondom bijvoorbeeld welzijnswerk en persoonlijke dienstverlening is het onmogelijk de te geven hulp te indiceren op objectieve medische gronden. Daarom dient naast de informele mantelzorg een institutionele mantel op gemeentelijk niveau ontwikkeld te worden voor sociale ondersteuning die sterk samenhangt met de lokale context van de hulpvrager. Het gaat hier om voorzieningen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Door de gemeenten te budgetteren worden zij gestimuleerd moeilijk verifieerbare informatie over de behoeften van ouderen zo goed mogelijk te benutten om de hulp toe te delen aan degenen die deze het hardst nodig hebben. De centrale overheid geeft gemeenten beleidsvrijheid bij de inkoop van persoonlijke diensten zodat meer maatwerk kan worden geleverd en lokale informatie optimaal wordt gebruikt. Deze voorzieningen op gemeentelijk niveau dienen voor iedereen beschikbaar te zijn, evenwel nadat de

LANS BOVENBERG
EN RAYMOND GRADUS
Directeur Netspar en
hoogleraar Universiteit
van Tilburg, directeur We-
tenschappelijk Instituut
voor het CDA en hoog-
leraar Vrije Universiteit
Amsterdam

inkomensdraagkracht is gemeten. Gemeenten zijn als uitvoerder van de WWB goed uitgerust om inkomensstoetsen uit te voeren en kunnen een geïntegreerd welzijnsbeleid voeren op basis van sociale behoeften. Dit betekent dat de huidige AWBZ-functies van ondersteunende en activerende begeleiding en van niet-lijfsgebonden verzorging voor de meeste grondslagen worden overgeheveld naar de WMO.

Scheiden wonen en zorg

De vraag naar luxere woon-zorgvoorzieningen en persoonlijke dienstverlening zal toenemen vanwege het toenemende eigenhuizenbezit en de steeds betere pensioenvoorzieningen. Als wonen en zorg van elkaar gescheiden worden door voor de meeste grondslagen de verblijfsfunctie uit de AWBZ te verwijderen, kan beter aangesloten worden bij de woonwensen van zorgvragers. Ouderen kunnen langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen omdat AWBZ-zorg is losgekoppeld van een intramurale setting. Juist in het woondomein en op het gebied van persoonlijke dienstverlening is ruimte voor differentiatie, maatwerk en innovatie. Iedereen krijgt in principe dezelfde hoeveelheid professionele medisch geïndiceerde AWBZ-zorg, maar waar dat wordt aangeboden verschilt van mens tot mens. Bij de niet-lijfsgebonden verzorging en andere persoonlijke dienstverlening gaat het in tegenstelling tot de zwaardere vormen van verzorging en verpleging vaak om lagergeschoolde arbeid die substituutbaar is voor gebruikelijke (mantel)zorg in de directe omgeving. Op deze manier blijven de voor de zware lijfsgebonden AWBZ-verpleging benodigde maar steeds schaarsere hogergeschoolde zorgverleners beschikbaar voor alle ouderen, onafhankelijk van hun inkomens- en vermogenspositie. Daarnaast kunnen de goede pensioenvoorzieningen en vermogensposities van meer bemiddelde ouderen zich vertalen in een grote vraag naar lagergeschoolde arbeid in en rond de eigen woning.

Indicatiestelling en genormeerde budgetten

De centrale overheid draagt als risicodragers de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige toegang, zodat alleen degenen die aan de verzekerde aandoeningen lijden AWBZ-zorg krijgen. Een onafhankelijke indicatiestelling is van groot belang in een meer vraaggestuurd AWBZ-stelsel. Voor elk van de verzekerde aandoeningen zullen daarom heldere, objectieve medische drempelwaarden moeten worden vastgesteld waarboven aanspraak kan worden gemaakt op AWBZ-zorg. Ook zijn heldere protocollen nodig die nauwkeurig aangeven hoe de indicatiestellers tot hun indicatie komen. Zo wordt rechtsongelijkheid voorkomen. Een noodzakelijke voorwaarde voor een objectieve indicatie-

**Als wonen en
zorg van elkaar
gescheiden
worden kan beter
aangesloten worden
bij de woonwensen
van zorgvragers**

stelling zijn heldere aanspraken in een duidelijk omschreven AWBZ-polis. De centrale overheid dient de indicaties te vertalen in normbedragen voor zorgzwaarte. Een eigen bijdrage ligt niet voor de hand. De AWBZ-zorg wordt immers beperkt tot zware zorg die niet substituutbaar is met zorg uit de directe omgeving. Het gaat hier om niet te indiceren en goed te beïnvloeden gezondheidsrisico's waarbij mensen geen calculerend gedrag vertonen. Door normbedragen vast te stellen voor het budget dat beschikbaar is voor verzekerde zorg worden zorginkopers geprikkeld om zo goed mogelijke zorg in te kopen per eurobudget. Men scheidt zo het verzekeringsrisico, dat bij de centrale overheid ligt, van het inkooprisico, dat bij de zorginkopers ligt, zodat de zorginkopers alleen verantwoordelijk zijn voor wat zij zelf in de hand hebben: de kosten en kwaliteit van de inkoop in plaats

van het aantal en de zwaarte van de geïndiceerde patiënten. In de huidige AWBZ lopen de verantwoordelijkheden (doelmatige zorginkoop en het beperken van de totale AWBZ-uitgaven) door elkaar. De zorgkantoren zijn als zorginkopers formeel gebudgetteerd op basis van historische budgetten, hoewel ze een zorgplicht hebben voor de geïndiceerde patiënten maar geen greep op de indicaties hebben.

Zorginkoop

In een toekomstige AWBZ is het zowel vanuit kostenbeheersing als vanuit de cliënt van belang om een zo efficiënt mogelijke organisatie van de zorginkoop te bewerkstelligen en patiënten en hun zaakwaarnemers zo veel mogelijk te betrekken bij zorginkoop. Meer mogelijkheden voor zorgvragers om hun eigen aanbieder te kiezen stimuleert zorgaanbieders de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Er zijn twee opties voor het organiseren van de zorginkoop.

In de eerste variant ligt de nadruk op zorginkoop door patiënten zelf of hun zaakwaarnemers. Geïndiceerde patiënten krijgen een op geld gewaardeerde indicatiestelling (een voucher) die zij of hun zaakwaarnemers direct kunnen inleveren bij professionele gecertificeerde aanbieders van zorg. De aanbieders kunnen deze persoonsgebonden voucher bij de AWBZ-kas verzilveren. De voucher is alleen aan te wenden voor gecertificeerde zorg.

In de tweede variant legt men de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop meer bij de ZVW-verzekeraars, die een zorgplicht hebben en de genormeerde kosten voor geïndiceerde klanten declareren bij het AWBZ-fonds. Verzekeraars zullen in deze variant waarschijnlijk meer investeren in het ontwikkelen van expertise over doelmatige AWBZ-zorginkoop. Door de directe koppeling met de ZVW-verzekering zullen zij moeite doen om via de AWBZ-zorg een goede reputatie op te bouwen voor hoog kwalitatieve zorg en zo aan klantenbinding te doen. Voor alle vormen van zorg krijgt de klant een aanspreekpunt.

Het verschil tussen de twee varianten voor zorginkoop kan gradueel zijn. Ook in het tweede systeem kan men de verzekeraar verplichten de genormeerde kosten als een voucher uit te betalen aan de AWBZ-geïndiceerde die dit vervolgens bij een andere zorgmakelaar kan inleveren voor zorg in natura, dan wel zelf zorg kan inkopen. Men vergroot dan de betwistbaarheid van de inkoopmarkt door zorginkoop en de daarmee gepaard gaande makelaarsfunctie niet strak te koppelen aan de ZVW-verzekering. Het verschil tussen de systemen is de standaard, dat wil zeggen wat er gebeurt als men niet zelf bewust kiest. In de eerste variant is het restitutie-systeem de standaard en in het tweede systeem is dat de zorg in natura. Het in-naturasysteem past beter bij vormen van zorg waarbij de samenhang tussen producten van belang is, terwijl normbedragen (vouchers) meer voor de hand liggen bij het geven van geconcentreerde aandacht aan mensen met zware beperkingen: bij verpleging en lijfsgebonden verzorging van met name ouderen, alsmede dagbesteding van zwaar gehandicapten. Eventueel kan men daarom voor verschillende vormen van AWBZ-zorg voor verschillende varianten kiezen.

Zorgaanbieders

Om innovatie te bevorderen moeten zorgaanbieders kunnen functioneren als maatschappelijke ondernemingen die bestuurlijk, juridisch en economisch autonoom zijn (WI-CDA, 2005). Een duidelijke verantwoording van het gevoerde

beleid aan de stakeholders kenmerkt de maatschappelijke onderneming. Als zorgaanbieders meer risico moeten dragen, stimuleert hen dat om zicht te krijgen in hun kostenstructuur, om zo hun kosten te kunnen beheersen. Financieel zelfstandige zorgondernemers moeten zich richten op de inkomsten uit de geleverde zorg. Niet langer bepalen beleidsregels en productieafspraken het aanvaardbare kostenniveau, maar de inkomsten uit omzet. Transparantere informatie over de kosten van de zorg is dan ook van groot belang. Prijzen voor de geleverde zorg moeten informatief zijn door een juiste berekening van de reële, integrale kostprijs van een zorgzwaartepakket. Deze prijzen kunnen initieel nog gereguleerd zijn op basis van de genormeerde kosten maar in een later stadium kunnen prijzen meer worden vrijgegeven als er meer betrouwbare informatie beschikbaar komt over de zorgkwaliteit. Door de zorginstellingen zelf risico te laten lopen kan de overheid de centrale bureaucratische regelgeving afschaffen zodat zorgaanbieders meer beleidsvrijheid genieten en beter kunnen inspelen op de behoeften van de patiënt.

Overgangspad

De geschetste hervorming van de AWBZ is niet van vandaag op morgen te bereiken. Overgangsregelingen zijn nodig. De maatschappelijke en financiële houdbaarheid van de AWBZ vraagt wel om het snel verder scheiden van wonen en zorg. Dit betekent dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor hun verblijf. Zij hebben daarvoor ook de financiële ruimte omdat de eigenbijdrageregeling voor de AWBZ aangepast wordt.

Bij overheveling van ondersteunende diensten naar de gemeenten dient bedacht te worden dat de WMO pas op 1 januari 2007 is ingevoerd. Een zorgvuldig invoeringstraject is geboden om gemeenten de kans te geven hun expertise op dit terrein verder te ontwikkelen en om tegelijkertijd te garanderen dat de noodzakelijke professionele zorg wel beschikbaar blijft. Dit pleit ervoor om de overheveling te faseren.

Een ander transitieprobleem doet zich voor bij het organiseren van de zorginkoop en het vaststellen van normbedragen voor zorginkopers. Vraagsturing door individuele klanten vereist een verfijnd systeem van indicatiestelling en daarbij horende normbedragen met mogelijk aanzienlijke transactiekosten. Bij meer collectieve zorginkoop zonder veel mogelijkheden voor individuele zorginkoop hoeven de normbedragen minder te worden verfijnd. In de overgangsfase kan men er daarom voor kiezen het voor een collectieve zorginkoper beschikbare totale zorgbudget te bepalen op basis van de geaggregeerde indicaties. Door de indicatietrend mee te nemen ligt het verzekeringsrisico bij de AWBZ-kas en het inkooprisico bij de zorgkantoren, in dit geval de ZVW-verzekeraars. Deze zorgkantoren hebben een zorgplicht voor alle geïndiceerde patiënten in de regio, ook als deze patiënten niet verzekerd zijn bij de verzekeraar die het zorgkantoor beheert. Dit geeft de zorgkantoren weinig prikkels om de AWBZ doelmatig en klantgericht uit te voeren. Daarom moeten ZVW-verzekeraars verantwoordelijk worden voor de zorginkoop in de AWBZ voor hun eigen ZVW-verzekerden. Zij kunnen dan aan klantenbinding doen door goede zorg in te kopen.

Zeker voor de functie verpleging en verzorging moet het mogelijk zijn om normbedragen op individueel niveau vast te stellen. Op de korte termijn zijn daarom experimenten nodig waarbij vouchers direct bij zorgaanbieders kunnen worden ingewisseld. Dit stimuleert kleinschalige verplegingsprojecten. Naarmate normbedragen verder verfijnd worden, kunnen voor meer aandoeningen vouchers worden benut ten behoeve van zorginkoop door patiënten en hun zaakwaarnemers zelf.

Conclusie

De AWBZ moet als afzonderlijke wettelijke regeling blijven bestaan. Anders dan bijvoorbeeld de RVZ (2008) bepleit, wordt gekozen voor een volksverzekering voor kwetsbare gehandicapten en ouderen die langdurig op intensieve zorg zijn aangewezen. Wel dient de huidige AWBZ toegespitst te worden op zware,

Op de korte termijn zijn daarom experimenten nodig waarbij vouchers direct bij zorgaanbieders kunnen worden ingewisseld

onverzekerbare langdurige zorg. De lokale overheid dient verantwoordelijk te zijn voor het bevorderen van deelname van mensen met beperkingen aan het maatschappelijk verkeer. De WMO-voorzieningen moeten daarom geleidelijk worden uitgebreid. Ook is het scheiden van wonen en zorg noodzakelijk om mensen in staat te stellen zo lang mogelijk zorg in de thuis-situatie te ontvangen en daarbij eigen keuzes te maken. De eigen verantwoordelijkheid en de kwaliteit van de zorg kan verder versterkt worden door te gaan werken met vouchers (WI-CDA, 2008).

LITERATUUR

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008) *Beter zonder AWBZ?* Den Haag: RVZ.

SER, *Langdurige zorg verzekerd: Advies over de toekomst van de AWBZ*, Advies 2008/03, 18 april 2008.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (2005) *Investeren in de samenleving: Een verkenning naar de missie en de positie van de maatschappelijke onderneming*. Den Haag: WI-CDA.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (2008) *Naar een toekomstbestendige AWBZ: een christendemocratische visie op de langdurige zorg*. Den Haag: WI-CDA.