

Hervorming Langdurige Zorg (HLZ)

Het programma Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is het antwoord van het kabinet op het tekortschieten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het programma HLZ kent drie beleidslijnen, die met elkaar de transitie vormgeven: herordenen, extramuraliseren en bezuinigen. Daarnaast vindt er in de praktijk van de langdurige zorg en ondersteuning een transformatieproces plaats in reactie op de maatregelen. Dit artikel geeft een overzicht van zowel de transitie als de transformatie.

Door: G. Verhoeks en M. Soeters



Marc Soeters



Gerrold Verhoeks

In 1966 lanceerde toenmalig minister Veldkamp het idee van een volksverzekering ter dekking van zware onverzekerbare gezondheidsrisico's. In 1968 was de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een feit. In de loop van de tijd werden echter ook steeds meer vormen van lichte zorg en hulp aan de AWBZ toegevoegd en werd de toegang steeds ruimer. In 1968 werd gestart met een budget van € 275 mln. Anno 2014 is het AWBZ-budget inmiddels gegroeid naar € 28,1 mld. Een verhonderdvoudiging wat betreft de uitgaven. Internationaal be-

zien loopt Nederland inmiddels flink uit de pas. Nederland geeft 3,8 procent van het BBP uit aan langdurige zorg en welzijn, terwijl een verzameling van dertien OECD-landen gemiddeld 1,4 procent van hun BBP uitgeeft aan langdurige zorg en welzijn (bron: OECD Health Data). Belangrijker is echter dat het rigide AWBZ-stelsel onvoldoende rekening houdt met de voorkeuren van de cliënt en zijn wens om zelf regie te voeren.

De transitie: herordenen, extramuraliseren en bezuinigen

Het programma Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is het antwoord van het kabinet op het tekortschieten van de AWBZ. Het programma HLZ bestaat door de band genomen uit drie beleidslijnen: herordenen, extramuraliseren en bezuinigen.

Met het overhevelen van AWBZ-zorg naar zorgverzekeraars en gemeenten beoogt de rijksoverheid de kostenefficiëntie te vergroten. In de AWBZ is er geen partij die risico loopt over de AWBZ-uitgaven. Met de overhevelingen wordt bijna de gehele extramurale AWBZ ondergebracht bij partijen die wel risico lopen

Van AWBZ naar Wmo 2015	■ Extramurale begeleiding, dagbesteding en bijbehorend vervoer ■ Extramurale persoonlijke verzorging als samenhang met begeleiding (5% budget) ■ Kortdurend verblijf (voor volwassenen): respijtzorg ter ontlasting mantelzorger ■ Beschermde wonen GGZ en inloop-GGZ ■ Middelen cliëntondersteuning (MEE-middelen)
Van AWBZ naar Zvw	■ Extramurale persoonlijke verzorging (95% budget) en extramurale verpleging (incl. intensieve kindzorg en palliatief terminale thuiszorg) ■ De eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale GGZ voor volwassenen (alleen nieuwe cliënten) ■ Extramurale behandeling mensen met zintuiglijke beperking ■ Vanaf 2016: tijdelijk eerstelijns verblijf: medisch noodzakelijke, geneeskundige zorg onder eindverantwoordelijkheid huisarts (incl. verblijf bij palliatief terminale zorg)*

* In 2015: financiering door middel van subsidie op grond van de Wlz.

Tabel 1. Overhevelingen vanuit AWBZ naar Wmo 2015 en Zvw

	AWBZ	Wlz
Karakter	Volksverzekering	Volksverzekering
Omvang doelgroep	Circa 800.000	Circa 294.000 in 2015
Omvang uitgaven	€ 28,1 mld in 2014	€ 19,5 mld in 2015 (stand: Begroting VWS 2015)
Premie	12,65%	9,65%
Indicatiestelling CIZ	Onafhankelijk In zorgzwaartepakketten (ZZP's) Herindicaties Invloed zorgaanbieders	Onafhankelijk In zorgprofielen Nauwelijks herindicaties Geen invloed zorgaanbieders
Uitvoering	Zorgkantoren	Wlz-uitvoerders en zorgkantoren
Zorglevering	ZZP leidend	Afspraken in zorgplan leidend
Leveringsvormen	Zorg in natura in een instelling (ZIN) Volledig pakket thuis (VPT) Persoonsgebonden budget (PGB)	Zorg in natura in een instelling (ZIN) Volledig pakket thuis (VPT) Modulair pakket thuis (MPT) Persoonsgebonden budget (PGB)
PGB	Niet wettelijk verankerd Geldbedrag op rekening cliënt	Wettelijk verankerd Geldbedrag op rekening Sociale Verzekeringsbank (SVB) die daarmee rekeningen betaalt voor de cliënt
Bekostiging	Maximumtarieven	Maximumtarieven

Tabel 2. Vergelijking AWBZ en Wlz

over hun uitgaven en dus ook financiële pijn ervaren als zij verkeerde keuzes maken. Tabel 1 geeft een overzicht van de precieze zorgvormen die vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de gemeenten (nieuwe Wmo 2015) respectievelijk de zorgverzekeraars (Zvw).

Naast het overhevelen van delen van de AWBZ zullen mensen met een beperking langer zelfstandig thuis moeten blijven wonen in vergelijking met het verleden. De ontwikkeling om nieuwe cliënten met een relatief lichte zorgvraag toegang tot intramurale zorg te ontfangen is al in 2013 ingezet. Deze extramuralisering zal voor de komende jaren geleidelijk verder worden opgeschroefd voor nieuwe cliënten. Overhevelen en extramuraliseren gaan gepaard met forse bezuinigingen. In 2015 zal circa € 2,3 mld worden bezuinigd op langdurige zorg en welzijn (stand: juli 2014, bron: VWS).

Wet langdurige zorg (Wlz)

Naast de hiervoor beschreven maatregelen wordt de huidige AWBZ ook vervangen door een nieuwe volksverzekering: de Wet langdurige zorg (Wlz). Tabel 2 bevat een vergelijking van de huidige AWBZ en de nieuwe Wlz.

De transformatie: ontwikkelingen in de praktijk

Naast de kabinetsmaatregelen en nieuwe wette-

lijke kaders zijn enkele belangrijke ontwikkelingen in de praktijk waarneembaar.

1. Wijkgerichte aanpak

Bij een goede samenwerking tussen welzijn en zorg kan een onnodig beroep op dure medische professionals worden voorkomen. Een

Wat is bekend?

Sinds de start van de AWBZ in 1968 zijn de uitgaven verhonderdvoudigd. Internationaal gezien loopt Nederland inmiddels flink uit de pas. Belangrijker is echter dat het rigide AWBZ-stelsel onvoldoende rekening houdt met de voorkeuren van de cliënt en zijn wens om zelf regie te voeren. De noodzaak van verandering wordt breed gevoeld.

Wat is nieuw?

Het programma Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is het antwoord van het kabinet op het tekortschieten van de AWBZ. We noemen dit 'de transitie'. Het kabinet hevelt per 1 januari 2015 bijna de gehele extramurale AWBZ-zorg over naar zorgverzekeraars en gemeenten. Dit gaat gepaard met forse bezuinigingen. Naast de transitie vinden er belangrijke ontwikkelingen in de praktijk plaats. We noemen dit 'de transformatie'. Het gaat onder meer om de volgende ontwikkelingen: verbinden van het medische en het sociale domein, organiseren van een integrale aanpak, samenwerken van zorgverzekeraars en gemeenten en investeren in preventie en vroegsignalering.

Wat kun je ermee?

Het AWBZ-paradigma van strakke, afstandelijke en planmatige sturing wordt vervangen door ruimte voor maatwerk, creativiteit en eigen initiatief. De echte winst van de HLZ-operatie is dan ook dat burgers met en zonder beperking de regie over hun eigen leven en leefomgeving terugkrijgen.

goede samenwerking tussen beide domeinen maakt ook een integrale aanpak van zorg- en ondersteuningsvragen mogelijk. Kortom, het sociale domein en het medische domein moeten de komende tijd structureel met elkaar gaan samenwerken. In veel gemeenten krijgt dit vorm in sociale wijkteams. In het sociale wijkteam werken bijvoorbeeld de praktijkondersteuner van de huisarts, een wijkverpleegkundige, een welzijnswerker en een medewerker van de dagbesteding samen.

2. Integrale aanpak

De decentralisatie van verschillende taken naar gemeenten maakt gemeenten verantwoordelijk voor alle denkbare participatievraagstukken. Hiermee worden gemeenten in staat gesteld een integraal hulpaanbod te organiseren. Juist door een samenhangend hulpaanbod te organiseren kunnen besparingen worden gecombineerd met kwaliteitsverbetering voor de burger.

3. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars

Er zijn al tal van raakvlakken tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Door de overheveling van taken vanuit de AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars neemt het belang van samenwerking alleen maar toe. Er zijn inmiddels verschillende voorbeelden waarbij zorgverzekeraars samenwerken met gemeenten. Zo hebben de gemeente Nijmegen en zorgverzekeraar VGZ de afgelopen jaren intensief samengewerkt bij het installeren van sociale wijkteams, de zorg voor kwetsbare ouderen, het herordenen van de GGZ (introductie basis GGZ) en preventie. De afgelopen twee jaar hebben veel gemeenten een samenwerkingsconvenant gesloten met de in hun regio dominante zorgverzekeraar.

4. Toenemend belang preventie en vroegsignalering

Vanaf januari 2015 krijgen gemeenten veel meer belang bij preventie. Vanaf dat moment vallen immers ook zwaardere vormen van hulp en ondersteuning en de gehele jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van de gemeen-

ten. Eventuele baten van preventie slaan vanaf dat moment ook (deels) neer bij gemeenten. Onze verwachting is dat gemeenten in de toekomst meer gaan investeren in preventie en vroegsignalering.

5. De burger neemt initiatief

Door de terugtrekkende overheid en de ruimte die de Wmo 2015 aan burgers geeft, verwachten wij dat zogenaamde burgerprojecten de komende jaren een hoge vlucht zullen gaan nemen. Een burgerproject is een gezamenlijk, georganiseerd initiatief van burgers met als doel het inzetten van de krachten en talenten van burgers voor het realiseren van veranderingen in de samenleving. Dit gebeurt door het verbeteren van de leefbaarheid van een wijk of dorp, het vernieuwen van het aanbod van zorg en welzijn of het stimuleren van het meedoen aan de samenleving van mensen zonder en met een beperking.¹ Het is mogelijk aan burgerinitiatieven financiële middelen te verstrekken vanuit de Wmo.

Conclusie

De hervorming van de langdurige zorg is belangrijk vanuit het perspectief van het financieel houdbaar maken van de langdurige zorg. De consequenties gaan echter veel verder. Dat blijkt ook uit de gepresenteerde ontwikkelingen. De echte winst is dat burgers met en zonder beperking de regie over hun eigen leven en leefomgeving terugkrijgen. Het AWBZ-paradigma van strakke, afstandelijke en planmatige sturing wordt vervangen door ruimte voor maatwerk, creativiteit en eigen initiatief.

Noot

¹ Aandacht voor iedereen, Kennisdossier 3: Burgerprojecten in zorg en welzijn.

Informatie over de auteurs

Drs. M. (Marc) Soeters is partner en senior-adviseur ZorgmarktAdvies.

Drs. G. (Gerrold) Verhoeks is partner en senior-adviseur ZorgmarktAdvies.