

IMPACT VAN VOORGENOMEN HERVORMINGEN VAN LANGDURIGE ZORG



Drs. John Beier is zelfstandig trainer op het gebied van Zvw, Awbz, Wmo en pensioen

Een van de snelst groeiende organisaties binnen de zorg is een instelling die buurtzorg verzorgt. Want in de buurt of wijk gaat het gebeuren. 'Het gebeuren?' zult u zeggen. Ja, er gaat weer veel veranderen in de komende tijd als het om de zorg gaat. De rol van de gemeente wordt veel groter.

IN PERSPECTIEF

De afgelopen veertig jaar zijn de zorguitgaven zonder uitzondering elk jaar gestegen. Vaak groeiden de zorguitgaven sterker dan het nationaal inkomen (gemeten als bbp), waardoor wij een steeds groter deel van ons inkomen aan zorg zijn gaan besteden. Als wij kijken naar de totale uitgaven aan zorg, dan zijn deze toegenomen van 8% van het bbp in 1972 naar ruim 13% in 2010.¹ Meer dan de helft van deze uitgaven wordt besteed aan curatieve zorg, zoals huisartsen en ziekenhuizen. De uitgaven aan langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten zijn kleiner, maar groeien wel sneller. Het overgrote deel van de zorg (83% in 2010) wordt collectief gefinancierd en betaald uit belastingen en premies. Het resterende deel van de uitgaven wordt direct door burgers zelf betaald, in de vorm van eigen risico, eigen betalingen en aanvullende verzekeringen.

Gemiddeld betaalt een volwassene in 2014 in Nederland circa € 5.200 aan collectief verzekerde zorg.² In 2012 en 2013 bedroeg dit respectievelijk € 4.878 en € 5.087. Dit betreft niet alleen de nominale Zvw premie en de eigen betalingen in vorm van eigen bijdragen en eigen risico. Een Nederlander betaalt gemiddeld ook een fors bedrag aan AWBZ-premie. Deze is inkomensafhankelijk en bedraagt voor 2014 12,65% over een maximum premie inkomen van € 33.363. Daarnaast wordt er ook nog de inkomensafhankelijke Zvw bijdrage geheven. Deze wordt voor een beperkt deel rechtstreeks door burgers betaald

(gepensioneerden en zelfstandigen) en voor het grootste deel door werkgevers. Via de zorgtoeslag ontvangt de gemiddelde burger een bedrag ter gedeeltelijke betaling van de nominale premie en het eigen risico. Via belastingen wordt ook nog een bedrag opgebracht ter dekking van de rijksbijdragen en de zorgtoeslag. De gemiddelde lasten voor de financiering van de zorg komen voor een volwassene daarmee uit op € 5.186 voor het jaar 2014. Dit bedrag is het gemiddelde per volwassene. Sommige mensen betalen meer en anderen betalen minder. Hoeveel iemand precies betaalt is afhankelijk van zijn inkomen (en bij recht op zorgtoeslag ook van het inkomen van zijn partner). Huishoudens met een laag inkomen betalen duidelijk minder dan € 5.186 per persoon en huishoudens met een hoger inkomen duidelijk meer, omdat de meeste posten inkomensafhankelijk zijn.

Ter illustratie. In 2010 betaalde een modaal gezin 23% aan collectieve gefinancierde zorg. Als we kijken naar de in veel sectoren beperkte loonontwikkeling van de afgelopen vier jaar, de stijging van het eigen risico in 2013 van € 220 naar € 350 en de jaarlijkse stijging van de zorgkosten dan zouden we er gerust van uit kunnen gaan dat een gemiddeld percentage van 25% van het inkomen opgaat aan zorgkosten.

De verwachting is dat de zorguitgaven nog verder gaan stijgen door met name demografische ontwikkelingen. De levensverwachting is bijvoorbeeld toegenomen van 73 jaar in 1970 tot 81 jaar in 2010. Het percentage ouderen t.o.v. jongeren wordt dus alleen maar hoger waarbij het ook duidelijk is dat ouderen meer zorg consumeren dan jongeren.

IN PERSPECTIEF VAN ANDERE WIJZIGINGEN

De wijzigingen in de zorg worden vergezeld van maatregelen die betrekking hebben op langer doorwerken, beperking van de pensioenopbouw en beperking van de hypotheekrente aftrek. Denk hierbij aan:

- De Wet verhoging AOW- en pensioenrichtleeftijd (Vap);
- Verlaging van de belastingvrije pensioenopbouw van 2,25% naar 1,875%;
- Beperking uitkeringsduur van de WW. De maximale uitkeringsduur wordt vanaf 1 januari 2016 in stappen verkort van 38 maanden naar 24 maanden in 2019;
- De hypotheekrente aftrek wordt ieder jaar beperkt.

In dit perspectief worden de maatregelen in de zorg uitgevoerd. Vaste waarden zijn niet meer vast. Er is een verschil tussen al deze wijzigingen en de aankomende wijzigingen in ons zorgstelsel. Een aanpassing van de WW raakt bijvoorbeeld alleen de werknemers en niet de reeds gepensioneerden en de ondernemers. De verhoging van de AOW-leeftijd raakt niet de mensen die al pensioen genieten. De verandering van ons zorgstelsel raakt wel alle burgers. Werkenden, ongeacht of ze in loondienst werken of zelfstandig zijn, maar ook gepensioneerden en mensen die niet werken. Er is vaak zelfs geen onderscheid te maken tussen of je zelf wel of geen zorg gebruikt. Iedereen betaalt vanaf de 18-jarige leeftijd namelijk nominale premie voor de basisverzekering.

KORTE BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE

'De zorg' is een breed begrip. Daarom bakenen we dit eerst af tot zorg die wordt verstrekt vanuit:

- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
- De Zorgverzekeringswet (Zvw)
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

Zichtbaarheid

De Zvw is voor de meeste Nederlanders de bekendste van de drie. Immers, daar betaalt iedereen van 18 jaar en ouder nominale premie voor. Daarnaast is het verplicht om een polis te sluiten bij een zorgverzekeraar. Verder declareren veel mensen zelf een deel van hun zorgkosten bij de zorgverzekeraar. De AWBZ premie wordt geïnd via (loon) belastingheffing en is dus wat minder zichtbaar voor veel burgers. Dit geldt ook voor de Wmo verstrekkingen die gefinancierd worden vanuit het rijk.

AWBZ

De AWBZ stamt uit 1968. Uiteraard zijn er sinds het ontstaan allerlei aanpassingen geweest. Zorg waar men vanuit de AWBZ recht op heeft, is vaak langdurig van aard. Denk bijvoorbeeld aan verblijf in een zorginstelling zoals een verpleeghuis en bejaardentehuis maar ook gehandicaptenzorg.

Zvw

De Zvw stamt uit 2006 en wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Hierbij gaat het om curatieve zorg. Kortdurend en gericht op herstel. De nominale premie is voor het eerst sinds 2006 verlaagd in 2014 door de grote besparingen die er zijn gerealiseerd op onder andere het scherpere beleid bij verstrekking van (merk) medicijnen. Veel mensen hebben naast de basisverzekering ook een aanvullende verzekering.

Wmo

De Wmo stamt uit 2007 en wordt uitgevoerd door gemeenten. De wet verplicht de gemeente om burgers keuze te bieden uit hulp in natura of een persoonsgebonden budget, waarmee de zorg of hulp zelf ingekocht kan worden. Daarnaast is er een compensatieplicht, dat wil zeggen, de beperkingen (zoals huishoudelijke beperkingen) die iemand ondervindt worden gecompenseerd door voorzieningen aan te bieden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan o.a. woningaanpassingen, huishoudelijke verzorging, vervoersvoorzieningen en rolstoelen.

TRANSITIE

Transitie, decentralisatie, hervorming, bezuiniging, dat zijn de woorden die behoren bij de veranderingen in de zorg. Staatsecretaris van Rijn van VWS en de Vereniging Nederlandse Gemeenten zijn belangrijke spelers bij de transitie.

De Wet langdurige zorg (Wlz) heeft een heel andere reikwijdte dan de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).³ Extramurale zorg, waarop in de AWBZ nog aanspraak kan bestaan, maakt geen deel uit van de Wlz, maar zal zijn ondergebracht bij de zorgverzekeraars op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of bij de gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de Jeugdwet.

Het komt er op neer dat de AWBZ zorg wordt verdeeld naar:

1. de Wmo
2. de Zvw
3. de Jeugdwet
4. de nieuwe wet genaamd, Wet Langdurige Zorg (Wlz)

Wmo

Met de uitbreiding van de taken van de gemeenten wordt er meer zorg dichterbij de burger georganiseerd. Voordeel er zaken te centraliseren bij de gemeente is dat er op gemeenteniveau meer maatwerk geleverd kan worden aan de burger dan nu het geval is. Vandaar ook dat het goedkoper zou kunnen. Een andere doelstelling, naast bezuinigingen is

dat burgers zolang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Ouderen geven er zelf de voorkeur aan om steeds langer thuis te blijven wonen. Ook wanneer zij zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit is een trend die al in 1980 is begonnen. Het aantal plaatsen in verzorgingshuizen is in de periode 1980 tot 2010 gedaald van 150.000 naar 84.000. Dit is opvallend, omdat het aantal mensen van 80 jaar en ouder in dezelfde periode is verdubbeld.

Daarnaast is de drempel verhoogd per 1 januari 2014 om in een verzorgingstehuis te geraken. Als je als oudere zorg nodig hebt wordt dit eerst thuis georganiseerd. Naast het langer thuis wonen van ouderen zijn er ook nog andere zaken die bij de gemeenten komen. Vanuit de Jeugdwet wordt geregeld dat taken met betrekking tot jeugdzorg die nu nog verspreid zitten over de Zvw, de AWBZ en het Rijk samen wordt gebracht in de Wmo.

Zvw

Het pakket van de basisverzekering verandert ook. Met de eerder genoemde invoering van de Jeugdwet gaan er een aantal vergoedingen uit de basisverzekering naar de gemeenten. Een belangrijk punt wat wordt toegevoegd aan de dekking van de basisverzekering is de persoonlijke verzorging. De wijkverpleegkundige krijgt een spilfunctie in de wijk voor de burgers. Het contracteren van wijkverpleegkundige zorg is nieuw voor zorgverzekeraars en zal in overleg gaan met gemeenten.

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) is op 10 maart naar de Tweede Kamer gestuurd. De Wlz gaat de AWBZ vervangen en is bedoeld voor de meest kwetsbare mensen die permanente zorg nodig hebben. Het is de bedoeling dat de wet per 1 januari 2015 van kracht wordt.

De Wlz sluit aan op de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Wlz garandeert passende zorg en een veilige woonomgeving. Wanneer dat in de thuissituatie niet langer gaat, dan is er altijd plek in een instelling.

De Wlz is bedoeld voor mensen die vanwege een (soma-tische of psychogeriatrische) aandoening of een (verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke) beperking een blijvende behoefte hebben aan permanente toezicht en zorg.

GEVOLGEN EN CONTEXT

1. Gemeenten ontvangen uiteraard extra budget vanuit de overheid voor de nieuwe taken. Maar dit budget is lager dan het beslag wat deze taken legden op de AWBZ. Zie hier de bezuiniging. Kwetsbare groepen zoals ouderen, gehandicapten en jongeren met psychische problemen gaan dus een groter beroep doen op de gemeente. De gemeente heeft minder budget.

Context hierbij:

- er zijn nu al verschillen tussen gemeenten in hoe zij hun huidige taken uitvoeren;
- de leeftijdsopbouw binnen een gemeente kan ver-

schil gaan maken. Er zijn nu al gemeenten in Nederland waar meer dan 25% van de burgers 65 jaar of ouder is;

- hoe en in welk tempo gaan bestuurders in gemeenten deze voor hen nieuwe taken oppakken?
- hoeveel expertise is er hierover binnen een gemeenteraad net na de gemeenteraadsverkiezingen?

2. Zorgverzekeraars gaan de contractering regelen met de wijkverpleegkundigen in overleg met gemeenten. Dit in verband met de verstrekking van persoonlijke verzorging. De verwachting is dat de nominale zorgpremie hierdoor gemiddeld met € 20 gaat stijgen.⁴

De stijging van de nominale premie is relatief gezien nog beperkt. De overheid verstrekt tot en met 2019 extra geld voor een zachte landing van de gevolgen van deze overheveling voor burgers. Zonder deze extra overheidsbijdrage zou de premiestijging rond € 100 per jaar uitkomen. Dit staat los van:

- de algemene stijging van de zorgkosten en
- onbekend is of verzekeraars de hogere minimale solvabiliteit financieren die nodig is doordat het pakket wordt uitgebreid, door middel van een incidentele opslag op de premie dan wel uit bestaande reserves.
- het effect op de inkomensafhankelijke Zvw bijdrage die grotendeels door werkgevers wordt betaald, is van dezelfde orde van grootte.

Daarnaast maken zorgverzekeraars zich nu zorgen over de plannen om per 2017 zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken voor de wijkverpleging en de langdurige ggz, die naar de Zvw worden overgeheveld. Per 1 januari 2015 is dit nog niet risicodragend. De overheveling heeft dus effect op risicovereveningssysteem die de toegankelijkheid voor alle groepen verzekerden en een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars garandeert. Dit heeft uiteindelijk effect op de inkomensafhankelijke Zvw premie. De nominale premie zal dus de komende jaren stijgen evenals de inkomensafhankelijke bijdrage. Hoeveel precies wordt bekend met Prinsjesdag.

Context hierbij:

- er zijn meer dan 300.000 burgers die nu in de wanbetalersregeling zitten door een premie-achterstand van zes maanden bij hun zorgverzekeraar;
- de vele betalingsregelingen die zorgverzekeraars afsluiten met klanten die het eigen risico niet in een keer kunnen voldoen;
- de toename van het aantal huishoudens dat zorgtoeslag aanvraagt ter compensatie van de nominale premie.

3. De Wet langdurige zorg doet haar intrede. De premieheffing hiervoor zal hetzelfde verlopen als voor de huidige AWBZ. De inschatting is wel dat er door de overheveling van zorg een lagere premie mogelijk is. De huidige AWBZ premie bedraagt 12,65%. De verwachting is dat de premie voor de

Wlz 2,6% lager wordt. Deze premie zou dan kostendekkend zijn hetgeen de huidige AWBZ premie niet is.

Context hierbij:

Het tekort in het AWBZ-fonds bedraagt 20 miljard euro en is jaarlijks met 3 miljard euro gegroeid.

IMPACT

Teruglopende werkgelegenheid in zorg

Door onzekerheid bij zorginstellingen over de omvang van de contracten met gemeenten voor 2015 en de dalende instroom van het aantal bewoners in instellingen en patiënten zijn zorginstellingen al aan het bezuinigen. Het UWV verwacht dat er in 2015 nog eens 20.000 banen verdwijnen in de zorgsector.

Afwaardering vastgoed in de zorgsector

Zorginstellingen moeten miljarden afschrijven op vastgoed omdat ouderen en hulpbehoevenden langer thuis moeten wonen.

Koopkracht

Met de overheveling van verstrekkingen uit de AWBZ naar Zvw zal de nominale premie weer stijgen. Een eventuele verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage heeft invloed op koopkracht van gezinnen en winstgevendheid van bedrijven.

Kwetsbare groepen

Een gemeente gaat dus nieuwe groepen burgers bedienen. Dit zijn vaak kwetsbare groepen zoals jongeren die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.

Sociale wijkteams

Gemeente zetten sociale wijkteams in voor zorg aan burgers. Dit zijn multi disciplinaire teams met daarin bijvoorbeeld wijkverpleging, thuisbegeleiding en het organiseren van mantelzorg.

KANSEN

Waar bedreigingen zijn, zijn ook kansen voor ondernemerschap, investeringen en rendement als belegger. Bedrijven en instellingen investeren in zorginnovatie. Dit kan zijn in de vorm van technologische ontwikkelingen, maar ook in de vorm van de wijze waarop zorg wordt aangeboden of bereikbaar is.

Investeringsfonds voor medische noviteiten

Onlangs heeft investeringsfonds Health Economics fund €112 mln in Nederland opgehaald. Investeerders zijn o.a. Achmea, Menzis en vermogensbeheerders. Het fonds is bedoeld voor financiering van nieuwe medische noviteiten, die de kwaliteit van de behandeling verbeteren en tegelijk de kosten van de gezondheidszorg omlaag brengen. Er wordt gemikt op een rendement van 20%.

Inrichting sociale wijkteams

De inrichting van sociale wijkteams biedt ook kansen aan

bedrijven die dit overnemen van de gemeente. Er is een organisatie die inmiddels 360 zelfsturende wijkteams in Nederland aanstuurt.

E-health

Onder e-health wordt o.a. verstaan het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg. Denk bijvoorbeeld aan het meten en doorgeven via internet van bloedstollingswaarden door patiënten zelf. Of videocontact met thuiszorgmedewerkers en telemonitoring van patiënten met chronische aandoeningen.

Het ministerie van VWS, het College voor Zorgverzekeringen, de Nederlandse Zorgautoriteit en ZonMw, willen specifieke knelpunten voor financiering van e-health op de agenda zetten. E-health levert besparingen op maar er moet wel eerst worden geïnvesteerd.

PERSOONLIJKE FINANCIËLE PLANNING

Wat zijn de te verwachten effecten bij financiële planning? Daar zijn twee effecten te constateren.

Koopkracht

Er zijn een aantal 'netto' uitgaven:

- De verhoging van de nominale premie van de basisverzekering. Dit is een netto uitgave. Dit geldt ongeacht of je als burger wel of geen zorgkosten maakt.

- Ook is de verwachting dat de inkomensafhankelijke premie omhoog gaat. Dit heeft effect op de lasten van de werkgevers maar ook op de stijgende groep zzp'ers en gepensioneerden, die dit zelf betalen. Dit is een netto uitgave voor deze twee groepen. Dit geldt ongeacht of je als burger wel of geen zorgkosten maakt.

- De premies van aanvullende zorgverzekeringen zijn de laatste jaren gestegen. Er is nu een trend bij verzekeraars om of de dekking van de aanvullende verzekering te beperken of de premie te verhogen. Dit komt doordat burgers veel vaker kiezen voor een aanvullende verzekering omdat ze weten dat ze er gebruik van gaan maken. Denk aan vergoedingen voor brillen, contactlenzen, fysiotherapie, etc. De premiestijgingen van deze aanvullende pakketten zijn in 2014 minder zichtbaar omdat de premie van de basisverzekering omlaag ging maar de stijging is er wel degelijk. Ook dit is een netto uitgave voor zorg. Dit geldt ongeacht of je als burger wel of geen zorgkosten maakt.

- De zorgtoeslag is inkomensafhankelijk en er geldt een vermogenstoets. De doelstelling van het kabinet is om hier op te besparen. Ook dit is voor degenen die hier recht op hebben of hadden een netto bijdrage die lager wordt. Dit geldt ongeacht of je als burger wel of geen zorgkosten maakt.

- Het eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd. Voor 2014 bedraagt het €360. Dit wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht ei-

gen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar. Dit betekent dat er een koppeling is tussen de omvang van het pakket en het eigen risico. Het pakket wordt in 2015 uitgebreid dus zal het eigen risico ook worden verhoogd. Dit is een nadeel als je als burger wel zorg gebruikt dat valt onder het eigen risico.

- De compensatie van het eigen risico voor chronisch zieken is komen te vervallen. Gemeente gaan hierin maatwerk bieden. Ook dit is een netto bijdrage die bij veel burgers is komen te vervallen. Dit is een nadeel als je als burger wel zorg gebruikt dat valt onder het eigen risico.

- De effecten van de Wmo zijn voor iedereen verschillend. Als je eenmaal Wmo zorg nodig hebt is het afhankelijk van het beleid binnen de gemeente hoe dit wordt uitgevoerd en met welke kwaliteit. Voor de berekening van de eigen bijdrage wordt gerekend met o.a. het verzamelinkomen.

- Ook bij de huidige AWBZ verstrekkingen gelden eigen bijdragen die o.a. afhankelijk zijn van het verzamelinkomen.

Life events

In de context van de life events zijn de financiële effecten vooral voelbaar bij:

- *Ziekte. Denk hierbij aan het eigen risico en of beperkte dekking door het al dan niet hebben van een aanvullende verzekering.*
- *De combinatie van ziekte en arbeidsongeschiktheid of werkloosheid. Bij arbeidsongeschiktheid en werkloosheid daalt het inkomen vaak en komen er de niet vergoede kosten van het eigen risico en andere zorgkosten bij zoals eigen bijdragen.*
- *Pensionering. Eenmaal met pensioen stijgt het inkomen niet meer. De premie van de basisverzekering, de inkomensafhankelijke AWBZ en Zvw bijdragen en het eigen risico zullen wel jaarlijkse stijgen. De indexatie van pensioenen ligt bij een aantal fondsen al een paar jaar stil of er is zelfs sprake van korting.*

Toekomst

Er is een zorgverzekeraar die samen met een bank het concept van zorg sparen aanbiedt. Maar dit is niet fiscaal gefaciliteerd. Of de fiscale faciliteit er komt is de vraag. We zien nu eerder een beperking van de mogelijkheden om zorgkosten fiscaal te verrekenen.

Onlangs is er nog een discussie in de Tweede Kamer geweest om de hoogte van de kinderbijslag en de AOW inkomensafhankelijk te maken. Daar is geen meerderheid voor. Als we kijken naar de Zvw dan zijn daar al twee componenten die inkomensafhankelijk zijn, te weten de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag. Voor verstrekkingen vanuit de Wmo en de Wlz gelden er eigen bijdragen waar de hoogte deels afhankelijk is van het verzamelinkomen.

Als context hierbij de stijging van het maximum bijdrage inkomen voor de inkomensafhankelijke bijdrage ZVW. In 2008 bedroeg maximum bijdrage inkomen € 31.231. In 2014 bedraagt het maximum bijdrage inkomen € 51.414. Al met al zijn er bij zowel de Zvw als de Wmo als bij de Wlz genoeg variabelen om nog mee te schuiven waardoor de kosten van de zorg toch steeds meer inkomensafhankelijker worden.

AFSLUITEND

Met de toegenomen levensverwachting wordt het langer doorwerken en ook langer in de eigen woning blijven wonen. In welke gemeente de woning staat kan gaan uitmaken voor de (kwaliteit van) voorzieningen die je als burger gaat ontvangen. De netto uitgaven aan zorg zullen voor veel burgers gaan stijgen.

Informatie: john@otwee-opleidingen.nl

Voetnoten

- 1 Trends in gezondheid en zorg CPB Policybrief 2011/11
- 2 Rijksbegroting 2014
- 3 Nader rapport wetsvoorstel Wet langdurige zorg (www.rijksoverheid.nl)
- 4 30 597 Toekomst AWBZ, Nr. 424, Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag, 4 maart 2014.