

# **Hoe komt de burger in Europa aan zorg?**

**Een oriënterend onderzoek naar indicatiestelling en  
zorgtoewijzing voor langdurige chronische zorg in  
zeven Europese landen**

Johan Eijlders  
Wynand Ros  
Guus Schrijvers

In opdracht van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg CIZ

UMC Utrecht  
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

Utrecht, september 2009



## UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM UTRECHT

### Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde

#### Unit Innovaties in de Zorg

De Unit Innovaties in de Zorg is onderdeel van de divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

De Unit onderzoekt en evalueert nieuwe ontwikkelingen op het gebied van geïntegreerde zorg, disease management en spoedeisende zorg. Tevens is het een kenniscentrum voor professionals, managers en beleidsmakers in de zorg.

Over de auteurs:

Politicooloog en senior onderzoeker drs. **Johan Eijlders** beschrijft en evalueert de ontwikkeling van de zorgstelsels, nationaal en internationaal (*johan.eijlders@xs4all.nl*).

Psycholoog en senior onderzoeker dr. **Wynand Ros** is programmaleider diseasemanagement bij ouderen en chronisch zieken. Hij evalueert nationale en internationale ontwikkelingen in de indicatiestelling, de AWBZ en de WMO, en doet onderzoek naar ketenzorg en zelfmanagement (*w.j.g.ros@umcutrecht.nl*).

Prof. dr. **Guus Schrijvers** is hoogleraar Public Health, in het bijzonder structuur en functioneren van de gezondheidszorg. Hij is een expert op het terrein van geïntegreerde zorg (*a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl*).

De auteurs willen alle in bijlage 9.3 genoemde mensen van harte danken voor hun tijd en hun deskundige bijdrage gegeven in uitvoerige interviews, en voor de vele aan ons toegezonden documenten.



# Inhoud

1	Leeswijzer.....	7
2	Samenvatting.....	9
3	Wat kunnen we er van leren?.....	13
3.1	Vraagsturing, versterking van de autonomie van de burger.....	16
3.2	De financiële houdbaarheid van de Awbz.....	18
3.3	Integratie: bevordering van de samenhang.....	22
3.4	Indicatiestelling en zorgtoewijzing.....	24
4	Introductie en begripsverheldering.....	29
4.1	Indicatiestelling.....	31
4.1.1	Prioriteitstelling.....	31
4.1.2	Urgentie bepaling.....	31
4.1.3	Zorgtoewijzing.....	32
4.1.4	Vraagverheldering / hulpvraagverduidelijking (Need-assessment).....	32
4.1.5	Advies tot beschikking.....	32
4.1.6	Beschikking.....	32
4.1.7	Toegangsbeoordeling (Eligibility assessment).....	32
4.2	Het begrip zorg.....	33
4.3	De begrippen vraag- en aanbodsturing.....	33
5	De situatie, problemen en leerpunten per land.....	35
5.1	Engeland.....	35
5.2	Duitsland.....	37
5.3	België.....	39
5.4	Zweden.....	40
5.5	Frankrijk.....	42
5.6	Zwitserland.....	44
5.7	Nederland voor 1998 en in de periode 1998-2008.....	45
5.8	Nederland na 2008.....	46
5.9	Nederland in vergelijking met de andere landen.....	47
5.10	Indicatiestelling in de onderzochte landen.....	49
5.11	Dezelfde dilemma's, verschillende oplossingen.....	53
6	Van private verantwoordelijkheid naar publieke interventie.....	55
6.1	Twee ontwikkelingslijnen aan de hand van Zweden en Frankrijk.....	60
6.2	Zweden en Frankrijk en hun uitdaging.....	64
6.3	Tussen Stockholm en Parijs.....	65
7	De synthese: Een drie lagen model?.....	67
8	Nabeschouwing.....	71

9	Bijlagen. ....	73
9.1	Overzicht kenmerken van onderzochte landen. ....	75
9.2	Vragen gesteld als format bij de interviews. ....	77
9.3	Geraadpleegde deskundigen. ....	79
9.4	Geraadpleegde Literatuur. ....	81
9.5	Geraadpleegde links. ....	87
9.6	De Franse classificatie en tarieven. ....	91
9.7	De Zweedse toelatingcriteria voor gehandicaptenzorg. ....	93
9.8	Doelstelling Zwitserse invalidenversicherung (IVG). ....	95
9.9	Das Begriff der Pflegebedürftigkeit. ....	97
9.10	Het Duitse Persönliches Budget. ....	99
9.11	Integratietegemoetkoming. ....	101
9.12	Guidance on eligibility criteria. ....	103
9.13	Independent Living Fund. ....	105

# *1 Leeswijzer*

Dit verslag begint met een samenvatting (hoofdstuk 2). Achter in dit verslag zit een samenvattend schema met een aantal kenmerken van de onderzochte landen. Dit schema kunt u uitvouwen in de gedrukte versie van dit verslag.

In hoofdstuk 3 beantwoorden we de vraag: “Wat kunnen de ervaringen uit de onderzochte landen bijdragen aan de discussies over de toekomst van de langdurige zorg in Nederland?” We geven de centrale thema’s en posities in het debat over de toekomst van de langdurige zorg weer en we bespreken ze tegen de achtergrond van de ervaringen in de onderzochte landen. In een kader geven we daarbij onze eigen aanbevelingen aan.

Daarna volgt hoofdstuk 4 met de verantwoording van de werkwijze. Omdat een aantal centrale begrippen, zoals bijvoorbeeld indicatiestelling, geen eenduidige betekenis hebben in de diverse landen of zelfs geheel niet bestaan in sommige landen, geven wij in dit hoofdstuk eveneens de omschrijvingen van deze begrippen, zoals door ons in dit verslag gehanteerd.

In hoofdstuk 5 wordt per land beschreven wat wij tegen kwamen op zoek naar de toegang tot de zorg. Wij vergelijken in paragraaf 5.10 de Nederlandse situatie met de situaties in de andere onderzochte landen. In paragraaf 5.11 vergelijken wij de indicatiestelling aan de hand van een aantal kenmerken. Het hoofdstuk wordt afgerond met een bespreking van de dilemma’s in de betrokken landen en de oplossingsrichting die men zoekt.

De zorg in de onderzochte landen heeft in de loop der jaren een ontwikkeling laten zien van private naar publieke verantwoordelijkheid. Daarover gaat hoofdstuk 6. De invloed van de staat op de zorg ontwikkelde zich in Frankrijk anders dan in Zweden. Tevens wordt gekeken naar de verschillen met de overige landen.

In hoofdstuk 7 laten we zien dat de stelsels in de onderzochte landen naar elkaar toe lijken te groeien en zich ontwikkelen in de richting van een stelsel met drie lagen. In hoofdstuk 8 bekijken welke ervaringen bruikbaar zijn voor de situatie in Nederland.

Wanneer u meer wilt weten over de situatie in de onderzochte landen, vindt u in de bijlagen (hoofdstuk 9) een groot aantal links. Deze zijn verzameld tussen 1 januari en 15 april 2009. Ook vindt u een weergave van materiaal uit de betrokken landen en de literatuurlijst.



## 2 *Samenvatting*

De toekomst van de Awbz en de financiering en organisatie van de langdurige zorg staan ter discussie. Wat zijn de ontwikkelingen in de langdurige zorg in de ons omringende landen?

Dit is een verslag van een oriënterend onderzoek, in opdracht van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg, naar de wijze van indicatiestelling en zorgtoewijzing in zes Europese landen en in Nederland. Centraal stonden de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke instanties bepalen de inhoud en de omvang van zorg voor de individuele chronische cliënt in een aantal Europese landen?
- 2 Welke medewerkers, en in dienst van welke organisaties, beslissen over noodzaak, inhoud en omvang van de zorg?
- 3 Welke criteria voor indicatiestelling en/of zorgtoewijzing worden daarbij gehanteerd?
- 4 Wat zijn, volgens experts uit betrokken landen, zwakke en sterke punten, en kansen en bedreigingen voor het systeem in dat land?
- 5 Welke ervaringen elders zijn van belang voor de Nederlandse indicatiestelling ten behoeve van de Awbz?

Een van de aanleidingen voor dit onderzoek, was ook de opmerkelijke discrepantie tussen de beeldvorming over de kwaliteit van de gezondheidszorg in de media en de uitkomsten van onderzoeken, zoals die van het Julius Centrum over het CIZ<sup>1</sup> naar de cliënttevredenheid. Uit dit laatste onderzoek blijkt dat de cliënt redelijk tevreden is. Bovendien wordt gesignaleerd dat Nederland in de Health Consumer index op dit moment de hoogste score heeft in Europa.<sup>2</sup>

Wij hebben vanuit het perspectief van de zorgvragende burger, in Frankrijk, Duitsland, België, Engeland, Zwitserland, Zweden en in Nederland, naar een antwoord gezocht op de vraag hoe men aan zorg komt.

Bij deze zoektocht hebben wij de weg bewandeld die de burger zou volgen: wij hebben net als de burger zou doen, gezocht naar informatie bij de overheid en bij instanties en organisaties over de voorlichting, de aanvraag, de indicatie, de leveringen en de betaling van zorg. Wij zijn daarbij uit gegaan van de aanname, dat de informatie op de officiële websites in grote lijnen de informatie voor de burgers in de onderzochte landen bevat. Wij hebben daarnaast gebruik gemaakt van informatie en literatuur die de experts ons hebben aangereikt. De informatie die wij zo kregen, hebben wij, indien consistent, gebruikt om de onderzochte landen te vergelijken. Op deze wijze kregen wij antwoord op de door ons gestelde vragen.

---

<sup>1</sup> Susan Jedeloo, Guus Schrijvers; januari 2007; Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers

<sup>2</sup> De Euro Health Consumer Index (EHCI) wordt opgesteld aan de hand van zes criteria die belangrijk zijn voor de consument, zoals rechten en voorlichting voor de patiënt, wachttijd voor de behandeling, en aanbod en dekking van de diensten voor gezondheidszorg. Vooral op die laatste twee terreinen scoort Nederland goed

Hieronder vindt u de belangrijkste bevindingen.

In alle onderzochte landen is er discussie over de volgende vragen:

- Hoe wordt de zorg gefinancierd, bij stijgende kosten en afnemende inkomsten, o.a. als gevolg van vergrijzing?
- Waar eindigt de verantwoordelijkheid van de oudere, de gehandicapte of de chronisch zieke en zijn familie, en waar begint de publieke verantwoordelijkheid?
- Wat is een juiste verhouding tussen zelfbeschikking (naar het oordeel van de burger) en verantwoorde zorg naar het oordeel van de professional en de overheid?

#### *Stijgende kosten*

In alle onderzochte landen stijgen de kosten voor de zorg van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Verwacht wordt dat door de vergrijzing de kosten nog verder zullen stijgen. Tevens maakt men zich overal zorgen over de vraag of er in de komende jaren wel voldoende gekwalificeerde mensen zijn om de zorg te bieden voor de groeiende groep ouderen.

Overal meldt men dat de financiering nu al achter blijft bij de kostenstijging. De effecten die men signaleert in de diverse landen zijn: beperking van het aanbod, wachtlijsten, tekorten van de lokale overheid en de zorgaanbieders, druk op de kwaliteit, of aanscherping van drempels en indicatiecriteria.

Het beeld bestaat dat de landelijke publieke- of verzekeringsbijdrage in de zorgkosten achter blijft bij de kostenstijging. In Zweden, Zwitserland, Engeland en Duitsland klagen lagere overheden hierover.

#### *Minder publieke verantwoordelijkheid*

De tendens is om deze kostenstijging op te vangen door de drempel tot de zorg te verhogen. Het effect hiervan is dat steeds meer mensen in toenemende mate aangewezen zijn op private oplossingen.

De behoefte aan een faciliterende overheid en een eenvoudig en transparant zorgstelsel wordt groter bij mensen die geheel of grotendeels aangewezen zijn op hun eigen initiatief en/of die van hun naasten. Deze tendens is zichtbaar in vrijwel alle onderzochte landen.

In de onderzochte landen, met uitzondering van Frankrijk, blijft de ruimte voor de eigen oplossingen achter bij de behoefte, omdat de zorgorganisatie sterk is ingesteld op publieke financiering, distributie van de schaarste, publieke verantwoording, de publieke norm van gelijke behandelingen en de beperkte middelen.

Met uitzondering van Frankrijk, en deels Nederland, is het zorgaanbod overal een verantwoordelijkheid van de (locale) overheid. De financiering kan publiek zijn, middels een (verplichte) verzekering, belastingen, een eigen bijdrage of een combinatie van deze mogelijkheden.

In West en Noord Europa is de logistiek en het zorgaanbod ingesteld op publieke zorg. Qua informatie en aanbod is er nauwelijks een functionerende markt, terwijl een grote en groeiende groep mensen daarop geheel is aangewezen.

Naarmate men zuidelijker komt is de zorg meer ingesteld op informele ondersteuning en privaat zorgaanbod.

### *Meer aandacht voor mensen met ernstige problemen*

De tendens om in de publieke zorg de prioriteit toe te spitsen op mensen met ernstige en complexe problemen en op mensen die geheel afhankelijk zijn van publieke zorg, lijkt een integrale benadering van de problematiek te bevorderen, waarbij zorg, werk en inkomen in samenhang worden geadresseerd.

In Frankrijk, Duitsland, Engeland en Nederland ontwikkelt zich een domeinoverstijgende integrale aanpak; in de eerste drie landen met een individueel financierdersoverstijgend budget met casemanagement.

### *Meer zelfbeschikking en keuze vrijheid*

In alle onderzochte landen zien wij een krachtig streven van de burger naar meer invloed op de zorg en naar meer keuzevrijheid. Dit gebeurt door de positie van de zorgvrager te versterken middels het geven van persoonlijke budgetten, het versterken van hun koopkracht, het geven van financiële tegemoetkomingen en fiscale maatregelen, en door de positie en rechten van de cliënt wettelijk vast te leggen.

In alle onderzochte landen wil men de positie en de autonomie van de zorgvragende burger versterken. Dat doet men op verschillende manieren. In Frankrijk kiest men voor het ondersteunen van de autonomie van de burger en zijn familie, en in Zweden door een universeel publiek aanbod voor ieder individu.

Mensen met ernstige beperkingen kunnen in Frankrijk een casemanager krijgen en een persoonlijk budget en in Zweden is er voor mensen met ernstige beperkingen een “persoonlijke assistent” naast zorg in natura.

In de andere onderzochte landen zien wij in verschillende vormen een mix van elementen van deze beide benaderingen.

In Frankrijk, België, Engeland, Duitsland en Nederland is er een streven naar een meer integrale benadering van de ondersteuning van mensen met een ernstige zorgbehoefte. Integraal, omdat niet alleen zorg, maar ook arbeid, opleiding, huisvesting, mobiliteit en inkomen worden meegenomen.

### *Ongenoegen en kritiek*

Het gebrek aan transparantie in criteria en in procedures, de wachtlijsten en de wachtduur, een te veel aan instanties, ongelijke behandeling afhankelijk van de woonplaats, te weinig invloed op het zorgaanbod en weinig helder omschreven rechten worden in alle onderzochte landen gesignaleerd.

Overal in de onderzochte landen, met uitzondering van Zwitserland en Zweden, klaagt men over te veel bureaucratie op de weg naar zorg.

Met uitzondering van Frankrijk en Nederland, is de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg mede afhankelijk van de woonplaats (het zogenaamde “postcode”probleem).

### *Onderscheid 60+/-*

In de meeste onderzochte landen wordt onderscheid gemaakt tussen zorg voor ouderen (>60 ) en zorg voor chronisch zieken en gehandicapten (<60). Dit onderscheid betreft de financiering, de doelstelling en de regelgeving.

In veel landen ligt het zwaartepunt en de verantwoordelijkheid voor ouderen boven de 60 jaar bij instanties voor zorg en welzijn. Voor chronisch zieken en gehandicapten onder de 60 jaar ligt het zwaartepunt en de verantwoordelijkheid bij instanties voor sociale zekerheid en arbeid. Hulp voor chronisch zieken of gehandicapten krijgt men alleen als men aan de erkenningcriteria voldoet.

### *Tenslotte*

In alle Europese landen zijn de kosten van verblijf en voeding een onderdeel van de eigen bijdrage. In alle onderzochte landen, met uitzondering van Frankrijk, betaalt de overheid of de verzekeraar de aanbieder.

### 3 *Wat kunnen we ervan leren?*

Wat kunnen de ervaringen uit de onderzochte landen bijdragen aan de discussies over de toekomst van de langdurige zorg in Nederland?

Op 12 juni 2009 gaf de staatssecretaris in haar brief aan de tweede kamer een nadere uitwerking van de toekomst van de Awbz<sup>3</sup>. Deze brief is het voorlopige hoogtepunt van een discussie over de toekomst van de langdurige zorg. De staatssecretaris stelt in het begin van haar brief:

*Ik vind het belangrijk dat voor iedereen die een onbetwistbare behoefte heeft aan langdurige zorg de Awbz beschikbaar is en blijft. Voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen of chronische aandoeningen zijn de uitgangspunten dat:*

- *hún wensen en behoeften centraal staan*
- *zij de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden*
- *er een goede samenhang tussen zorg en welzijn moet zijn*
- *er een goede samenhang tussen cure en care moet zijn.*

Hieronder geven we de centrale thema's en posities in dit debat weer en bespreken we ze tegen de achtergrond van de ervaringen in de onderzochte landen. In een kader geven we daarbij onze eigen aanbevelingen aan.

In het debat over de toekomst van de langdurige zorg staat een aantal thema's centraal die wij zullen bespreken tegen de achtergrond van de ervaringen van ons onderzoek.

Meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden van de cliënt is een van de thema's.

In de *Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp Awbz*<sup>4</sup> wordt een aantal veranderingsmogelijkheden besproken. Doel is de verbetering van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Awbz. De werkgroep vergelijkt een aantal sturingsmodellen. Daarbij komt de vraag aan de orde of de zorg vraag- of aanbodgestuurd moet worden georganiseerd. Ook de vraag door wie de zorg wordt aangestuurd: door de centrale overheid, de gemeenten, de zorgverzekeraars of de burger zelf? Sturingsmodellen gaan over stimulansen en prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit en over mogelijkheden en beperkingen tot integratie en afstemming. Sturingsmodellen gaan ook over de vraag wie betaalt en wie bepaalt: de burger, de landelijke overheid, de gemeente of de verzekeraars? De werkgroep adviseert om te komen tot een sturingsmodel per klantgroep<sup>5</sup> en formuleert de randvoorwaarden. De Sociaal Economische Raad (SER) ziet keuzevrijheid en

---

<sup>3</sup> Min. Vws; 12 juni 2009, Nadere uitwerking toekomst van de Awbz.

<sup>4</sup> Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp Awbz.

<sup>5</sup> Interdepartementaal Beleidsonderzoek, pag. 113

regiemogelijkheden van de cliënt als een belangrijke uitdaging. Belangrijk is, onder andere de mogelijkheid van het persoonsgebonden budget, naast zorg in natura<sup>6</sup>.

In de brief van 12 juni 2009 stelt de staatssecretaris *dat de wensen en behoeften (van de burger) centraal moeten staan en dat zij de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden*. De staatssecretaris wil dit onder andere bewerkstelligen door het stelsel vraaggestuurd te maken. De invoering van persoonsvolgende financiering, waarbij de burger keuzevrijheid van zorgaanbieder krijgt, is in voorbereiding en zal naast de al bestaande persoonsgebonden budgetten de positie van de burger versterken.

Het probleem van de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel is een ander belangrijk thema. Meerdere vormen van en prikkels tot kostenbeperking worden in allerlei adviezen besproken, zoals scheiden van wonen en zorg<sup>7</sup>, een grotere eigen verantwoordelijkheid voor hen die dit kunnen betalen<sup>8</sup>, meer ondernemersprikkels<sup>9</sup>, meer robuuste indicatiestelling<sup>10</sup> en financiële verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars<sup>11</sup>.

In een toespraak op 5 juni 2009 geeft de staatssecretaris op een heldere manier aan dat bij ongewijzigd beleid de zorg onbetaalbaar wordt. De staatssecretaris bepleit meer creativiteit en minder bureaucratie, en een toespitsing van de Awbz op mensen die echt langdurige zorg nodig hebben.

Schrijvers<sup>12</sup> verwacht een groeiende zorgquote bij ongewijzigd beleid<sup>13</sup>. In zijn commentaar op het SER-advies signaleert hij dat er geen uitspraak wordt gedaan over de vraag hoe deze quote moet worden beheerst. Volgens De Kam<sup>14</sup> stijgt de zorgquote de komende jaren naar verwachting sneller dan het bruto binnenlandsproduct (bbp) en dreigen de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid de overige collectieve uitgaven te verdrukken<sup>15</sup>. Nu de verwachtingen over de ontwikkeling van het bbp de komende jaren verder neerwaarts moeten worden bijgesteld, wordt dit probleem alleen maar urgenter<sup>16</sup>. Zowel de Kam als Schrijvers geven aan hoe naar hun oordeel de zorgquote kan worden beheerst. De Kam bepleit de herinvoering van het volumebeleid. Hierbij wordt een vastgesteld budget toegevoerd aan sectoren en zorgaanbieders om daarmee aan groepen zorgvragers een zorgaanbod te kunnen doen. Schrijvers stelt dat vraaggestuurde zorg het karakter heeft van een openeindregeling, maar dat beheersing van de zorgquota ook met vraagsturing mogelijk moet zijn. Dit is mogelijk als er gekozen wordt voor:

1. Een basisniveau, waarboven men zich aanvullend kan verzekeren, zoals in feite met de AOW is gebeurd.

---

<sup>6</sup> SER, maart 2008. Langdurige zorg verzekert: Over de toekomst van de Awbz.

<sup>7</sup> IBO werkgroep.

<sup>8</sup> IBO werkgroep; Ser-advies; brief staatssecretaris 12 juni 2009.

<sup>9</sup> IBO werkgroep; Ser-advies.

<sup>10</sup> Ser-advies.

<sup>11</sup> Brief staatssecretaris 12 juni 2009.

<sup>12</sup> Professor A.J.P. Schrijvers, Julius Centrum UMC Utrecht

<sup>13</sup> Professor A.J.P. Schrijvers; TSG jaargang 87 / 2009 nummer 1 spectrum - pagina 3

<sup>14</sup> C. (Flip) de Kam; honorair hoogleraar aan de rijksuniversiteit Groningen.

<sup>15</sup> Economische Statistische Berichten. Mei 2009; C.(Flip) de Kam.

<sup>16</sup> CPB; Voorlopige ramingscijfers 2009 en 2010

2. Beheersing van de instroom van mensen met recht op publieke langdurige zorg, zoals met de WAO is gebeurd.

Ook de samenhang tussen zorg en welzijn, en tussen cure en care zijn centrale thema's.

In het debat over de toekomst van de Awbz, komt het accent sterk te liggen op de vraag wat er moet worden gedaan met het restant van de Awbz, na de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). In alle adviezen worden de pro's en contra's besproken van de diverse mogelijkheden. Tevens wordt vastgesteld dat elke keuze ook nadelen heeft, waarna men vanuit het eigen perspectief een voorkeur uitsprekt. In de adviezen van CvZ<sup>17</sup>, KNMG<sup>18</sup> en NRV<sup>19</sup> wordt dit vooral gedaan vanuit het perspectief van de afstemming tussen cure en care en het maatschappelijk participeren. Daar waar de afstemming vooral vanuit medisch perspectief wordt beoordeeld, geeft men de voorkeur aan overdracht naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Daar waar de maatschappelijke samenhang het perspectief is, ziet men bij voorkeur Awbz-taken naar de gemeenten gaan. Voor het College van Zorgverzekeraars (CVZ is het belangrijk dat zo min mogelijk instanties zich bezighouden met de langdurige zorg<sup>17</sup>. Het college geeft daarom de voorkeur aan de opheffing van de Awbz, en aan de uitvoering van de huidige Awbz-taken door gemeenten en zorgverzekeraars. De KNMG publiceerde in 2006 haar standpunt over de langdurige zorg<sup>18</sup>. Zij vindt dat voor de ouderenzorg de balans doorslaat in de richting van het overhevelen van de zorg van de Awbz naar de ZVW. Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten, met een langdurige behoefte aan intensieve zorg (24-uurszorg), en chronisch psychiatrische patiënten lijkt de balans door te slaan in de richting van het niet overhevelen van de zorg van de Awbz naar de ZVW. Ook de Raad voor de Volksgezondheid heeft het perspectief van de betere afstemming en ziet vooral taken voor de zorgverzekeraar en de gemeente<sup>19</sup>. De SER adviseert vanuit een breder perspectief tot handhaving van een romp Awbz. Afstemming vraagt meerdere specifieke initiatieven. Dit is ook de lijn van de staatsecretaris in haar brief van 12 juni 2009. Met vele voorbeelden geeft ze aan, dat zij veel verwacht van concrete initiatieven gericht op specifieke problemen en doelgroepen en dat ze dergelijke initiatieven wil bevorderen.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing komen als thema's steeds terug.

Vanuit het perspectief van de kostenbeheersing moet indicatiestelling robuust zijn<sup>20</sup>.

Maar ze mag niet bureaucratisch zijn<sup>21</sup>. Bij voorkeur moeten mensen niet langs allerlei loketten hoeven gaan om hun zorg te krijgen<sup>22</sup>. Moet indicatiestelling toetsend zijn of bepalend? Onafhankelijk worden uitgevoerd of door professionals?

Wat kunnen we leren uit de ervaringen van de onderzochte landen over deze thema's?

---

<sup>17</sup> CVZ; Toekomst Awbz augustus 2004.

<sup>18</sup> Federatie KNMG; mei 2006; Standpunt van de federatie KNMG over de toekomst van de Awbz

<sup>19</sup> NRV; 2008; Beter zonder Awbz?

<sup>20</sup> Ser-advies.

<sup>21</sup> Brief staatsecretaris 12 juni 2009

<sup>22</sup> CVZ, Toekomst Awbz augustus 2004

### 3.1 Vraagsturing, versterking van de autonomie van de burger

In alle onderzochte landen zien we de tendens om de zorg in te richten ter ondersteuning en versterking van de autonomie van de burger die langdurige zorg nodig heeft<sup>23</sup>. De afgelopen vijftig jaar is de mondigheid van de burger toegenomen. Het opleidingsniveau en de materiële positie van de burger is eveneens verbeterd. Aanbodsturing, zelfs als men dat cliëntgericht probeert in te richten, sluit steeds moeizamer aan bij het streven naar autonomie. Het CVZ stelt: *De beperkingen zijn nog wel objectief vast te stellen, echter het bepalen van de hoeveel zorg die nodig is, blijft een glijdende schaal*<sup>24</sup>. Dit is in zoverre waar, dat de gevolgen van beperking niet door iedereen op dezelfde manier worden beleefd, en dat de gewenste zorgmogelijkheden en de wensen per cliënt kunnen verschillen. Een aansturingmodel dat om beheertechnische redenen een standaard aanbod noodzakelijk maakt, sluit slecht aan op deze werkelijkheid. De Awbz en de Wmo maken overwegend gebruik van aanbodsturing als het gaat om de zorg in natura. De verantwoording- en betalingssystematiek zijn gebaseerd op functies en klassen die in de praktijk meestal vertaald worden in traditionele producten. Die categorieën kennen overigens interpretatieruimten en bandbreedten die lang niet altijd benut worden. Zorgaanbieders zoals “Buurtzorg” hebben succes door aan te sluiten bij de wens van de cliënt zonder intern te sturen op het traditioneel standaard aanbod<sup>25</sup>. Door de invoering van het PGB is in Nederland een sterk vraaggericht element aan het stelsel toegevoegd. Ook biedt de bandbreedte van de indicatie en de zorgzwaarte van het zorgpakket enige transactieruimte. Maar de mate waarin deze ruimte benut wordt voor vraagsturing, is sterk afhankelijk van de afspraken tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor, en van de creativiteit en cliëntgerichtheid van zorgaanbieders.

Alleen in Frankrijk is het sturingsmodel geheel ingericht op vraagsturing<sup>26</sup>. In alle andere onderzochte landen worden behoedzame pogingen gedaan om elementen van vraagsturing in te voeren.

Is het aan te bevelen om het sturingsmodel in Nederland consequent in te richten op basis van vraagsturing? Deze vraag beantwoorden wij hieronder. Cursief getypt vatten wij steeds voorafgaande alinea's samen en geven wij aan in welke richting het zorgbeleid in Nederland zich zou kunnen ontwikkelen.

In een IBO onderzoek van 2005<sup>27</sup>, gericht op de verbetering van de doelmatigheid van de Awbz, wordt de mogelijkheid van een model van vraagsturing (door de IBO-onderzoekers het cliëntmodel genoemd) vergeleken met andere sturingsmodellen. Vastgesteld wordt dat in het cliëntmodel een

---

<sup>23</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Hoofdstuk 4

<sup>24</sup> Cvz, Toekomst Awbz augustus 2004

<sup>25</sup> Buurtzorg, transitieprogramma. Versie 1.0 maart 2009

<sup>26</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Pagina 27

<sup>27</sup> Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4

zorgvraag eigenlijk teruggebracht wordt tot een inkomensprobleem, en dat dit het aanbrengen van samenhang met andere inkomensproblemen vereenvoudigt. De IBO-onderzoekers geven aan dat in een dergelijk sturingsmodel, mits gecombineerd met een serieuze eigen bijdrage en een goede indicatie, geen stimulans is voor overconsumptie. In het verlengde daarvan is het mogelijk dit model toe te passen voor meerdere levensterreinen tegelijk (zorg, arbeid en onderwijs). De ervaringen in Frankrijk lijken deze veronderstelling te bevestigen.

In Frankrijk is gebleken dat het nodig is om in een cliëntmodel mechanismen in te bouwen om onderconsumptie, respectievelijk verwaarlozing tegen te gaan<sup>28</sup>. De cliënten hebben meer verantwoordelijkheid voor hun situatie en kunnen dus ook meer risico lopen. De IBO-onderzoekers kwamen in 2005 tot de conclusie, dat het cliëntmodel slechts voor een beperkt deel van de cliënten een optie lijkt. Zij vinden dit model niet geschikt als zelfstandig sturingsmodel voor de langdurige zorg, maar wel in combinatie met een van de andere modellen. Wij delen de opvatting dat bij verschillende cliëntgroepen verschillende sturingsmodellen passen. Maar de ervaringen in Frankrijk, België, en de (eerste) ervaringen in Duitsland en Engeland<sup>29</sup>, duiden op een veel ruimere toepassingsmogelijkheid van de vraagsturing. We zien in Frankrijk, Duitsland, Engeland en België een groeiende groep mensen met een langdurige zorgvraag die, met enige financiële ondersteuning, in staat zijn om zelfstandig vorm te geven aan hun zorg en aan hun bestaan. We zien bovendien in Frankrijk, Duitsland, Engeland en België een ontwikkeling waarbij mensen met ernstige beperkingen en een serieuze behoefte aan langdurige zorg, via een domeinoverstijgend cliëntmodel en ondersteund door een casemanager, hun bestaan effectief vormgeven.

Wat is de rol van de verzekeraars bij vraagsturing? Dat verschilt per land. In Frankrijk is deze rol gering. De verzekering betaalt de burger, en de burger betaalt de zorgaanbieder. In een dergelijk stelsel is het nodig om casemanagement aan te bieden, daar waar de regie ontbreekt en de familie deze taak niet op zich kan en wil nemen. In Duitsland heeft de verzekering de taak om de zorg te contracteren voor de verzekerden. De geïndiceerde burger krijgt een lijst van, door de verzekering erkende en gecontroleerde, aanbieders met de tarieven van deze aanbieders. Daarmee kan men enerzijds waarborgen dat alle gecontracteerde aanbieders de gewenste kwaliteit leveren. Anderzijds is er differentiatie mogelijk in het aanbod en in de prijs voor de burger. Dat betekent dus dat de burger kan kiezen welk serviceniveau hij wenst. De burger kan, anticiperend hierop, zich aanvullend verzekeren of andere maatregelen nemen.

Het voornemen van de staatssecretaris om zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid te geven, kan op gespannen voet te komen staan met vraagsturing. Dat is het geval als de contracteerverantwoordelijkheid zo wordt ingericht, dat er in feite weer een aanbodgericht sturingsmodel wordt ingevoerd. Wanneer verzekeraar en aanbieder afspreken wat de aanbieder mag leveren en voor welke prijs, in een context waarin de verzekeraar risico draagt, zal er al gauw sprake

---

<sup>28</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Pagina 27

<sup>29</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Hoofdstuk 4

<sup>28</sup> <http://www.thomashuizen.nl/Default.aspx?pageid=27>

zijn van aanbodsturing. In die situatie heeft de aanbieder noch de ruimte, noch de prikkel om aan de wens van de burger tegemoet te komen, tenzij de burger bijbetaalt.

- |     |  |
|-----|--|
| 1.1 | Invoering van een vraaggestuurd aansturingmodel voor de langdurige zorg is opnieuw te overwegen, tegen de achtergrond van nieuwe ervaringen in de onderzochte landen.  |
| 1.2 | We adviseren een onderzoek naar de mogelijkheid van een domeinoverstijgend budget voor chronisch zieken en gehandicapten.  |
| 1.3 | Op basis van de praktijk in Duitsland en Frankrijk en de Thomashuizen <sup>28</sup> in Nederland, is te overwegen om de burger ook de mogelijkheid te geven om verblijfszorg zelf te contracteren als men dat wil. |

De ervaring van de verzekeraar kan echter belangrijk zijn in een rol van ondersteuner en kwaliteitsbewaker van de burger.

We geven verderop aan voor welke groepen dit volgens ons wenselijk is, hoe onderconsumptie en verwaarlozing voorkomen kunnen worden, wat de gevolgen zijn voor de indicatiestelling en wat de effecten zijn voor de financiële houdbaarheid van langdurige zorg.

### 3.2 *De financiële houdbaarheid van de Awbz*

De financiële houdbaarheid van het stelsel van langdurige zorg in het algemeen, en die van de Awbz in het bijzonder, zijn een bron van zorg<sup>30</sup>. Die zorg is er in alle onderzochte landen, maar omdat de stelsels verschillen zijn de effecten niet overal gelijk.

Wat ons opvalt, is dat de drempel voor de toegang tot publiek betaalde langdurige zorg nergens zo laag is als in Nederland. In de onderzochte landen zijn de zorgbehoefte, gezondheidsrisico's en/of de urgentie, aanzienlijk zwaarder dan in Nederland, voordat men een beroep kan doen op publieke zorg of financiering. In Duitsland bijvoorbeeld moet de noodzaak tot dagelijkse persoonlijke verzorging en daarbij enkele keren per week huishoudelijke hulp voor tenminste zes maanden zijn aangetoond, wil men in aanmerking komen voor de laagste klasse van de verzekeringsbijdrage<sup>31</sup>. In Engeland, Zweden en Zwitserland heeft het stelsel kenmerken van een volumebeleid en is vooral de dringendheid van de zorgvraag bepalend voor het in aanmerking komen van zorg. Met uitzondering van Zweden is in al de genoemde landen de publieke of verzekeringsbijdrage een aanvulling op de eigen financiële mogelijkheden, en op de financiële en materiële ondersteuningsmogelijkheden van de familie. In alle onderzochte landen wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen gehandicapten en chronisch zieken onder de 60 jaar en ouderen boven de 60 jaar. Om aanspraak te maken op de faciliteiten en

---

<sup>30</sup> Yes, we care!; Toespraak, 5 juni 2009; staatssecretaris Jet Bussemaker

<sup>31</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Pagina 22

ondersteuningsmogelijkheden, moet men erkend worden als chronisch zieke en/of gehandicapte. De erkenning van de handicap of de chronische ziekte geeft toegang tot allerlei bijzondere, soms kostbare ondersteuningsmogelijkheden (zoals de *persoonlijke assistent* in Zweden en in België, en het *plan de vie* in Frankrijk). Het is dus begrijpelijk dat deze erkenning in de onderzochte landen zorgvuldig gereguleerd plaatsvindt volgens vastgelegde criteria. Deze indicatiestelling wordt uitgevoerd door multidisciplinaire teams; soms zijn er (zoals in België, Frankrijk en Zwitserland) adviserende teams en beslissende teams<sup>32</sup>. De focus is daarbij niet in de eerste plaats gericht op de beperkingen en de behoefte aan zorg, maar vooral gericht op de vraag welke mogelijkheden de burger heeft om zo volledig en zelfstandig mogelijk te participeren. In dit proces wordt geen onderscheid gemaakt tussen de regulering van de toegang tot sociale zekerheid, werk en de zorg.

De hogere drempel geeft meer focus op problemen van mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg. Deze beperkt de overconsumptie en geeft de mogelijkheid om de bureaucratie te beperken. Publieke bemoeienis met situaties die mensen zelf, onderling of met enige, gemakkelijk beschikbare ondersteuning kunnen oplossen, roept weerstanden op en wordt als hinderlijke bureaucratie ervaren. Bovendien verwatert deze bemoeienis de focus van de professionals van de uitvoeringsorganisatie op de langdurige zorg. Het robuuste indicatieproces richt zich op meer ernstige en complexe situaties, maar ook op een aanzienlijk kleinere groep personen.

Deze hogere drempel houdt wel het risico in, dat mensen met weinig middelen en met een tijdelijke of beperkte zorgbehoefte, die bovendien niet kunnen terugvallen op familie in de knel kunnen komen<sup>33</sup>. Deze hogere drempel wordt in daarom in sommige landen (België en Engeland) aangevuld met een zorgtoeslag, vergelijkbaar met kinderbijslag of huursubsidie, waarbij mensen met een laag inkomen enige forfaitaire ondersteuning krijgen ten einde hun leven zelfstandig te kunnen inrichten. Deze beperkte zorgtoeslag is in België en Engeland vrij besteedbaar, zonder verantwoordingsplicht. De lokale overheid wordt in de meeste landen gezien als het best geëigend om in dit verband preventief en signalerend, en zo nodig interveniërend, op te treden. Dat kan ze door de sociale cohesie en de samenwerking te bevorderen tussen welzijnsactiviteiten, huisartsen, wijkverpleegkundigen en woningbouwcorporaties<sup>34</sup>.

In alle onderzochte landen is de publieke ondersteuning van langdurige zorg gericht op zorg, autonomie en participatie. In tegenstelling tot Nederland zien we in alle onderzochte landen dat huisvestingskosten, kosten van welzijnsactiviteiten en kosten van levensonderhoud geen onderdeel zijn van de publieke financiering, maar door de burger zelf worden gedragen. Dit sluit aan bij de opvatting van de SER (SER pag. 78)<sup>35</sup> dat vooral ouderen voor deze kosten zelf de

---

<sup>32</sup> In België kan de burger zelf een adviserend indicatie team kiezen dat dan wel erkend moet worden door de beslissende organisatie (VAPH)

<sup>33</sup> Dat bleek in Frankrijk in 2004 toen tijdens een hittegolf vele ouderen het leven lieten door onvoldoende verzorging en aandacht.

<sup>34</sup> Yes, we care!; Toespraak, 5 juni 2009; staatssecretaris Jet Bussemaker.

<sup>35</sup> SER, maart 2008. Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de Awbz.

verantwoordelijkheid zouden moeten nemen. Als burgers deze kosten niet kunnen betalen, doen ze in deze landen een beroep op de sociale zekerheid. Omdat de kosten in deze landen ten laste komen van de lokale overheid, zien we overal de lokale overheid klagen over stijgende kosten. Daar waar deze verantwoordelijk is voor het zorgaanbod, klaagt de lokale overheid over een te lage verzekeringsbijdrage of een te lage rijksbijdrage.

In alle onderzochte landen is het zorgaanbod afhankelijk van de financiële mogelijkheden van de lokale overheid. Dit zogenaamde *postcode* probleem is een bron van ontevredenheid en discussie, vooral in Engeland en Zweden.

In alle onderzochte landen betalen de burgers individueel mee aan de kosten van hun zorg<sup>36</sup>. Hierbij zien we twee benaderingen.

1. *Uit publieke middelen wordt bijgedragen aan de kosten van de burger* (Frankrijk, Engeland, Duitsland, België).

De burger heeft hier de vrijheid om zelf de gewenste zorg kiezen. De keuze heeft immers geen invloed op de macrokosten. Er is geen stimulans tot overconsumptie, omdat deze bijdrage vaak niet kostendekkend is. Een ander voordeel is dat er geen eigen bijdrage hoeft worden vastgesteld, wat kosten bespaart en de bureaucratie beperkt. Een nadeel is dat mensen zonder aanvullende maatregelen en mensen met weinig middelen op de sociale zekerheid moeten terugvallen, en dat onderconsumptie, bijvoorbeeld uit misplaatste zuinigheid of armoede, een reële dreiging is. De eerder genoemde zorgtoeslag kan hierin voorzien als onderconsumptie door armoede veroorzaakt wordt.

2. *De burger draagt bij aan de publiek gefinancierde kosten* (Zweden, Nederland, Zwitserland). Dit is meestal een gemaximeerde en inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Het voordeel is dat onderconsumptie als gevolg van armoede of zuinigheid niet snel optreedt. Het nadeel is dat de overheid of de verzekeraar invloed wil hebben op het individuele zorgaanbod, omdat de kosten het macrobudget beïnvloeden. Omdat overheden verplicht zijn hun burgers gelijk te behandelen wordt hierdoor bevorderd dat een redelijke, maar betaalbare standaard voor iedereen wordt gehanteerd. Dit is in Nederland bijvoorbeeld het geval bij gemeenten die veelal het begrip *goedkoopst adequaat* hanteren als verstrekkingnorm. Dit staat haaks op de wens van mensen om hun leven naar eigen inzicht in te richten. Verder is de eigen bijdragesystematiek in uitvoering kostbaar en bureaucratisch, en leidt ze snel tot stapeling van eigen bijdragen op meerdere terreinen. Tenslotte is de gemaximaliseerde eigen bijdrage onvoordelig voor inkomens tot iets boven modaal, die hierdoor in verhouding hoge kosten kunnen hebben.

Het weer opnieuw invoeren van het volumebeleid is vanuit een beheersoptiek een effectieve manier op de kosten te beheersen. Terecht noemen de IBO-onderzoekers het een vorm van rantsoenering. Professionals bepalen in een dergelijk beleid wie er het meest in aanmerking komt voor de schaarse middelen. Dit verhoudt zich echter slecht met de toenemende behoefte om meer zeggenschap te

---

<sup>36</sup> Hoe komt de burger aan zorg; mei 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Hoofdstuk 4

hebben over de inrichting van het eigen bestaan. In de periode voor 1998 leidde dit tot een verstard zorgaanbod, grote wachtlijsten, verdunning van het aanbod (omdat men met de beschikbare middelen zoveel mogelijk mensen hielp), en veel politieke weerstand. Daar waar sprake is van elementen van volumebeleid (Zweden, Zwitserland) zien we deze problemen.

In alle onderzochte landen is de door Schrijvers voorgestelde beheersing van de instroom van mensen met recht op publieke langdurige zorg een feit, meestal in samenhang met werk, inkomen, mobiliteit en huisvesting<sup>37</sup>. Het door hem voorgestelde publieke basisniveau, waarboven men zich aanvullend kan verzekeren, zien we in feite in Duitsland, Frankrijk, België en Zwitserland.

Een probleem is wel dat de gemeenten onder druk komen te staan om de problemen op te lossen van mensen die met de landelijke, meestal verzekerde, publieke bijdrage niet uit komen of die er niet voor in aanmerking komen. Gemeenten worden hierdoor echter ook aangespoord om te bevorderen dat hun burgers zolang en zoveel mogelijk zelfstandig blijven functioneren. Gemeenten kunnen in hun beleid bevorderen, dat het ook mogelijk is om zo zelfstandig mogelijk te participeren in de samenleving.

Binnen de gemeenten kunnen ook buurtgerichte initiatieven toenemen. Een instrument als de *participatievergoeding* in België en de *allowances* in Engeland, een inkomensafhankelijke zorgtoeslag voor mensen met zorgproblemen en een laag inkomen, uitgevoerd door de gemeente kunnen daarbij een hulpmiddel zijn.

- |     |  |
|-----|--|
| 2.1 | Wij delen de opvatting van de SER dat de Awbz moet worden toegespitst op de langdurige zorg (SER pag. 11). De drempel moet dan hoger komen te liggen om in aanmerking te komen voor publiek gefinancierde langdurige zorg. |
|-----|--|

Wij zien de volgende ontwikkelingsrichting om de zorg sociaal en betaalbaar te houden.

- |     |   |
|-----|---|
| 2.2 | De focus is meer gericht op mensen met een ernstige en/of complexe, langdurige zorgbehoefte, op mensen met zorgrisico's en op mensen met beperkte regiemogelijkheden. Ook zou deze zorg tenminste langdurig moeten zijn. Voor deze groep zou de zorg echter integraal moeten zijn, en ook bijvoorbeeld hulpmiddelen en huishoudelijke hulp moeten omvatten. |
| 2.3 | De focus van de langdurige zorg in het bijzonder voor mensen onder de 60 jaar komt te liggen op wat mogelijk is, en niet op wat beperkend is. Deze is gericht op de participatie in de samenleving en is integraal. Ze wordt uitgevoerd in samenhang met uitvoering van de sociale zekerheid.   |
| 2.4 | Mensen gaan steeds meer hun eigen zorg vormgeven en, indien mogelijk, meer zelf betalen. De publieke ondersteuning wordt toegespitst op ondersteuning van mensen met ernstige gezondheidsproblemen, gezondheidsrisico's of regieproblemen.  |

Het stelsel wordt overwegend gekenmerkt door vraagsturing op basis van duidelijke aanspraken en tarieven. De verzekerde of publieke bijdrage is aanvullend aan de eigen mogelijkheden.

Die eigen mogelijkheden zullen niet voor iedereen gelijk zijn. Hoewel door de welvaartstijging en toenemende mondigheid steeds meer mensen in staat zullen zijn om hun eigen regie te voeren, gaat dat niet voor iedereen op.

2.5 Mensen met beperkte financiële mogelijkheden moeten een beroep kunnen doen op een aanvullende forfaitaire zorgtoeslag, vergelijkbaar met de kinderbijslag en de huursubsidie.
---

Hiermee kan de solidariteit tussen rijk en arm in stand blijven, ook in een vraaggericht stelsel. Mensen kunnen hun eigen voorkeuren en levensstijl ook in een zorgsituatie zelf vormgeven.

### 3.3 *Integratie: bevordering van de samenhang*

Iemand met een zorgvraag heeft dikwijls ook andere problemen, die om publieke ondersteuning vragen. Er is samenhang tussen zorg en reïntegratie, tussen zorg en integratie, tussen zorg en welzijn, tussen zorg, werk en inkomen en tussen huisvesting en mobiliteit. Hierdoor hebben ouderen, chronisch zieken en gehandicapten dikwijls met vele instanties te maken. Het gebrek aan afstemming en aansluiting is ondoelmatig en belemmert dikwijls snelle en goede oplossingen.

De financiering van de langdurige zorg in Nederland vindt plaats op basis van de Awbz, de Zvw en de Wmo. De actoren zijn de landelijke overheid, de lokale overheid en de zorgverzekeraars. Deze hebben elk hun eigen procedures, uitvoeringsorganisaties, indicatieprocessen en besluitvormingsprocedures. Chronisch zieken, ouderen en gehandicapten hebben in samenhang met hun zorgproblemen vaak problemen rondom participatie in de samenleving, werk, huisvesting en welzijn. Het is dus logisch dat het oplossen van afstemmingsproblemen hoog op de bestuurlijke agenda staan en in vele nota's worden besproken.

De discussie lijkt zich toe te spitsen op de vraag, of de Awbz moet blijven voortbestaan, toegespitst op langdurige zorg, terwijl herstelgerichte zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), en sociale hulp en dienstverlening naar de Wmo overgaat (SER pag. 68-72), of dat de Awbz juist geheel moet opgaan in de Zvw en de Wmo (Nrv<sup>38</sup>, Cvz<sup>39</sup>). De KNMG adviseerde in 2006 dat de Awbz moet blijven voor zorg voor verstandelijk gehandicapten met een langdurige behoefte aan intensieve zorg (24-uurs-zorg) en

---

<sup>37</sup> A.J.P. Schrijvers; TSG jaargang 87 / 2009 nummer 1 spectrum - pagina 3

<sup>38</sup> RVZ. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, maart 2008; Beter zonder Awbz!

<sup>39</sup> Cvz. College voor zorgverzekeringen, 2004, Toekomst Awbz

chronisch psychiatrische patiënten, terwijl voor de ouderenzorg de balans in hun ogen doorslaat in de richting van het overhevelen van zorg van de Awbz naar de Zvw.

Wat opvalt in de argumentatie voor deze adviezen is de erkenning dat de oplossing voor de ene situatie vaak weer een complicatie inhoudt voor de andere, en dat is vaak bij één patiënt al het geval. Zo is bijvoorbeeld bij CVA-patiënten de afstemming tussen care en cure aanvankelijk belangrijk, maar allengs komt het accent te liggen op behoefte aan afstemming met instanties die verantwoordelijk zijn voor inkomen, wonen, werk en welzijn.

Het herverdelen van domeinen en budgetten lost op zichzelf de afstemmingsproblemen niet op, maar doet ze meestal van plaats veranderen.

In de onderzochte landen wordt de lokale overheid als de belangrijkste instantie gezien om de integratie van zorg, welzijn en huisvesting tot stand te brengen. Samenwerking wordt georganiseerd tussen instanties verantwoordelijk voor sociale zekerheid, werk en inkomen, meestal op lokaal niveau. We zien ook de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden, ketens en processen gericht op bepaalde patiëntgroepen.

Verkaveling van de budgetten en bevoegdheden vindt ook plaats, meestal in de richting van lokale overheden. In Zweden<sup>40</sup> is dat enkele jaren geleden heel radicaal gebeurd, inclusief het recht om belastingen te heffen voor de zorg. In Engeland is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten naar de lokale overheid gegaan. In beide landen levert dit zorginhoudelijk geen problemen op. Wel heeft men maatregelen moeten nemen om te voorkomen dat de keuzevrijheid van de cliënt niet beperkt blijft tot de woonplaats. Verder is er het eerder genoemde “postcode”probleem (de verschillen in financiële mogelijkheden van gemeenten) en tenslotte is er in beide landen discussie over de vraag wat een reële omvang moet zijn van een lokale overheid belast met deze taken.

In geen van de onderzochte landen hebben zorgverzekeringen een effectieve afstemming tot stand gebracht. Overal zijn er afstemmingsproblemen tussen de domeinen van care en cure. Afstemming is succesvol waar cliënten en hun organisaties invloed hebben, en waar de overheid de afstemming bevordert en weerstanden en belemmeringen wegneemt. Het streven zou moeten zijn dat er slechts een overgang is van cure (die uitgaat van medische terminologie) naar care (die uitgaat van beperkingen en omgevingsaanpassingen).

De ervaringen uit de onderzochte landen, in overweging nemende, adviseren wij de volgende ontwikkelingsrichting.

3.1 De diverse adviezen gericht op in stand houden van de Awbz, met een hogere drempel, toegespitst op langdurige, onverzekerbare risico's lijken ons juist en uitvoerbaar (SER).

---

<sup>40</sup> Hoe komt de burger aan zorg; 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Pag. 25

- 3.2 Een vereenvoudigde Awbz is wenselijk, met één functie, drie of vier klassen en daarbij vaste tarieven. Deze kan bijdragen aan de afstemming tussen cure en care, inkomen en welzijn, vanwege de duidelijkheid en de daaruit voortvloeiende voorspelbaarheid van de Awbz bijdrage.
- 3.3 Geef de lokale overheid de verantwoordelijkheid, de bevoegdheid en de middelen om de afstemming te organiseren en zo nodig af te dwingen.
- 3.4 Een ketenaanpak, die zich niet beperkt tot care en cure, maar ook tot welzijn, werk, inkomen, huisvesting en mobiliteit is een belangrijk onderdeel van de afstemming.
- 3.5 In een consequent vraaggericht aansturingmodel oefent de burger effectieve druk uit op zorgaanbieders en uitvoeringsorganisaties om hun zorginspanning af te stemmen.
- 3.6 Een “zorgtoeslag” kan voorkomen dat alleen mensen met hogere inkomens hun zorg naar wens kunnen inrichten. Wij hebben de indruk dat een zorgtoeslag als vervanging van de lagere functieklassen in de Awbz en de kortdurende zorg in de Awbz en als vervanging van de van huishoudelijke hulp in de Wmo doelmatig is, minder bureaucratie en administratieve last vraagt en kostenbesparend kan zijn. We adviseren om dit te onderzoeken.

### 3.4 *Indicatiestelling en zorgtoewijzing*

Indicatiestelling in de onderzochte landen hangt nauw samen met de aansturingmodellen die in die landen gehanteerd worden. In Zweden bij de Social Service, in Engeland bij de NHS, en in Zwitserland in de ouderenzorg, is indicatiestelling een integraal onderdeel van de zorgtoewijzing. De vaststelling en de urgentie van de zorgbehoefte, en het leggen van de verbinding met het beperkte beschikbare aanbod op basis van professionele discretie en professionele intersubjectiviteit, is het doel. Dit komt overeen met de praktijk van voor 1998 in Nederland en past bij een volumebeleid. De burger die zijn wensen niet gerealiseerd ziet, ervaart dit als overmacht, wellicht als een gevolg van een falende overheid, maar ervaart dit niet als een falende uitvoering van het zorgbeleid of als bureaucratie.

Bij de verzekeringsstelsels in Duitsland, Frankrijk, Zwitserland en België zal vastgesteld moeten worden of de verzekering uitkeert en hoeveel. Duitsland<sup>41</sup> en Frankrijk<sup>42</sup> kennen een indicatiestelling

---

<sup>41</sup> Hoe komt de burger aan zorg; 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Bijlage 8.8

waarbij de zorgbehoefte vertaald wordt in scores die leiden tot de indeling in klassen. De tarieven die behoren bij deze klassen, hebben niet de ambitie om kostendekkend te zijn. De burger kan in beide landen immers een duurder(e) of goedkoper(e) zorgaanbod of zorgaanbieder inschakelen. In Frankrijk wordt de burger nadrukkelijk geacht substantieel mee te betalen in de zorgkosten. In Duitsland geldt dat het tarief kostendekkend moet zijn. Omdat de burger kan kiezen voor welke zorgaanbieder hij opteert, kan hij ook duurdere oplossingen kiezen.

Hoewel de uitkomst van het indicatieproces ook in Frankrijk en Duitsland niet altijd met instemming wordt ontvangen, is de weerstand gering. Waarschijnlijk omdat de drempel hoger is dan in Nederland. De indicatie eindigt in één functie met een gering aantal klassen met daaraan verbonden een enkel tarief. Dat is overzichtelijk. Alle vragen en situaties worden herleid tot drie of vier klassen en evenzoveel tarieven. Indicatiestelling gaat dus niet over de vraag welke zorg je als burger meent nodig te hebben, dat mag je zelf uitmaken (eventueel met je zorgaanbieder), maar over de vraag wat de publieke, of de verzekerde, bijdrage is aan de financiering.

Het Nederlandse indicatiesysteem gaat in oorsprong uit van de ambitie om op individueel niveau de zorgbehoefte objectief en integraal vast te stellen. De financiering van deze behoefte, zou vervolgens vanuit de Awbz moeten worden gefinancierd. Nu ligt het voor de hand dat de objectieve zorgbehoefte, uitgedrukt in vier functies voor de Awbz en enkele voor de Wmo en daarbij behorende klassen, lang niet altijd overeen komen met de subjectieve zorgbehoefte van de burger, of met het zorgaanbod dat de aanbieder eigenlijk het meest passend vindt. Zoals eerder werd vastgesteld kan men wel eenduidig beperkingen vaststellen, maar kan de oplossingsrichting voor mensen heel verschillend zijn.

De ambitie *zorg op maat* stuit op het feit dat de financiële beheersbaarheid en het recht op gelijke behandeling, objectiviteit als voorwaarde hebben, maar dat burgers hun leven willen inrichten volgens hun subjectieve wensen en verlangens. Boze burgers, die hun subjectieve wensen en verlangens niet erkend zien in de indicatie en het zorgaanbod, ervaren dit als bureaucratie.

De eenvoudige geobjectiveerde classificatie van kosten als bijdrage aan de subjectieve wensen van de zorgvragende burger, zoals we die in Frankrijk<sup>43</sup> en Duitsland zien, lijkt deze kritiek niet op te roepen. Dit ondanks het feit dat de indicatieprocessen in Duitsland zeer uitvoerig zijn.

In feite is met de invoering van het functiegerichte systeem en met de invoering van Zorgzwaartepakketten (Zzp's) in Nederland al een stap gezet in de richting van een dergelijke benadering, maar er zijn nog steeds veel functies en klassen.

---

<sup>42</sup> Hoe komt de burger aan zorg; 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Bijlage 8.9

<sup>43</sup> Buurtzorg Nederland. MBC versie 1.0 maart 2009

4.1 Wij geven in overweging om te onderzoeken of de Awbz bekostigingssystematiek niet teruggebracht kan worden tot een stelsel met een beperkt aantal functies, een beperkt aantal klassen en daarbij behorende tarieven.

Dit zal de uitvoering voor de bulk van aanvragen vereenvoudigen. Op basis van de ervaringen van de onderzochte landen zal dit, naar verwachting, de acceptatie van de indicatiestelling verhogen.

Bij de invoering van de Zzp's zagen we dat verschillende patiënten groepen en zorgaanbieders betoogden dat de noodzakelijke zorg niet in voldoende mate gefinancierd kon worden binnen het pakket. Bij een vermindering van het aantal klassen en een eventuele verhoging van de drempel, zullen deze geluiden zeker ook te horen zijn. De ontwikkeling van zorgketens voor groepen patiënten, gehandicapten en ouderen met specifieke problemen is uiteraard van groot belang. Deze initiatieven zullen in de meeste gevallen geholpen worden door eenvoud en duidelijkheid met betrekking tot de Awbz-bijdrage in de financiering van deze initiatieven. Maar in specifieke gevallen zal voor een integrale aanpak of een zorgketen een beroep gedaan moeten worden op middelen en mogelijkheden die niet tot het domein van de langdurige zorg behoren. Het domeinoverstijgend budget dat in Frankrijk bestaat, en dat in Duitsland en Engeland in ontwikkeling is, zou voor specifiek benoemde doelgroepen, als aanvulling op een vereenvoudiging van de Awbz, een oplossing kunnen zijn. Dat zou leiden tot een betere beheersbaarheid en een vereenvoudiging van de uitvoering, waaronder die van de indicatiestelling. Het zou ook kunnen leiden tot een meer adequaat, en meer op de specifieke problemen gericht, beleid voor specifieke doelgroepen.

Zolang de verwachting bestaat en bevorderd wordt, dat het een publieke taak is om elke subjectieve zorgwens mogelijk te maken, en dat een indicatie alleen goed is als elke subjectieve zorgwens kan worden gerealiseerd, blijft de ontevredenheid bij de burger bestaan, als aan deze verwachting niet wordt voldaan.

4.2 Het is nodig de verhouding tussen de verantwoordelijkheid van de burger en de aanvullende en ondersteunende rol van de overheid te verhelderen en zodoende de verwachting van de burger meer realistisch te maken.

In Zwitserland, Zweden, Engeland en België is de erkenning van gehandicapten en chronisch zieken nadrukkelijk gereguleerd en hangt samen met de uitvoering van sociale zekerheid. Is men erkend, dan zijn er mogelijkheden en is er ondersteuning gericht op participatie, werk, zorg en welzijn. Wij bevelen een onderzoek naar de invoering van deze aanpak in Nederland aan.

4.3 De vaststelling welke jonge chronisch zieken en gehandicapten moeten instromen in gerichte trajecten en welke niet, moet volgens ons integraal plaatsvinden.

4.4 We adviseren om verder te onderzoeken in hoeverre de praktijk van de betrokken landen in deze voor ons bruikbaar is.

In Zweden en Engeland is indicatiestelling een onderdeel van de zorgtoewijzing. In Duitsland, België, Zwitserland en Frankrijk is indicatiestelling een advies aan de financier<sup>44</sup>. Interessant is daarbij de indicatiestelling door de Medische Dienst Krankenkasse (MDK) in Duitsland, de indicatiestelling door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), en de Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) en de Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) in Frankrijk<sup>45</sup>.

In tegenstelling tot het CIZ adviseert de MDK aan de financiers. Zij doet dat echter ten behoeve van meerdere financiers. De adviezen betreffen care, cure, hulpmiddelen en tandheelkundige hulp. Het voordeel is, dat er dus één loket is waar integrale adviezen worden gegeven.

Het MDK geeft advies en beschikt niet. Men kan niet in beroep gaan tegen een advies van de MDK. Haar adviezen gaan echter wel naar de rechtbank als er sprake is van beroep en bezwaar tegen de beschikking van de financier, en de adviezen zijn in de praktijk gezaghebbend.

4.5 De MDK-constructie zou in Nederland bruikbaar zijn, om één organisatie (bijvoorbeeld het CIZ), de indicatie te laten verrichten voor Awbz, Wmo, jeugdhulpverlening, Wajong en andere cliëntgroepen.

Het bijzondere aan het VAPH is dat het budgethouder is en ook de verantwoordelijke is voor beschikking en advisering. De beschikkingen vinden plaats in relatief onafhankelijk regionale commissies, en de advisering vindt plaats door een onafhankelijk multidisciplinair team dat door de burger kan worden uitgekozen.

4.6 De VAPH-constructie zou in Nederland bruikbaar kunnen zijn voor ingrijpende besluiten, zoals over de toegang tot de gehandicaptenzorg en de zorg voor chronisch zieken, en wellicht ook over de jeugdhulpverlening.

---

<sup>44</sup> Hoe komt de burger aan zorg; 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Hoofdstuk 4

<sup>45</sup> Hoe komt de burger aan zorg; 2009; Eijlders, Ros, Schrijvers. Pagina 33

De CNSA beheert een integraal budget om de autonomie te ondersteunen van ouderen en gehandicapten. Het CNSA kan een domein overstijgend individueel budget toekennen op om een “levensplan” van een cliënt te financieren. De MDPH begeleidt aanvrager en adviseert de CNSA.

4.7 De CNSA-constructie zou in Nederland bruikbaar kunnen zijn voor domeinoverstijgende individuele budgetten.

## 4 *Introductie en begripsverheldering*

De toekomst van de zorg en in het bijzonder de Awbz staat ter discussie.

Er is veel kritiek op de zorg in Nederland en dat is al jaren het geval. Aanvankelijk stonden de wachtlijsten in de aandacht. Later richtte de kritiek zich op de administratieve last, de bureaucratie, de kwaliteit van de thuiszorg, de verpleeghuizen, de kwaliteit van het management, het toezicht op de instellingen en de beheersing van de kosten. Daar staat tegenover dat gebruikersonderzoek in Nederland<sup>46</sup> over het algemeen een positief oordeel oplevert en dat vergelijkende internationale studies een positief beeld geven van de zorg in Nederland.<sup>47</sup> In Nederland richt de kritiek op de zorg zich vooral op de overheid en op de aan de overheid gelieerde instituties.

Kritiek kan van vele kanten komen, kan vele oorzaken hebben en kan door uiteenlopende agenda's worden gevoed. Wij hebben het "perspectief van de burger op zoek naar zorg" als uitgangspunt genomen. De ervaringen van de burger worden in belangrijke mate bepaald door de vigerende stelsels. Elk stelsel heeft zijn eigen onvolkomenheden en rafelranden. Ook worden ervaringen gekleurd door de uiteenlopende culturen en verwachtingen in de onderzochte landen. Ons onderzoek, in opdracht van het Centrum Indicatiestelling Zorg richtte zich op de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.

De volgende vragen wilden wij beantwoord zien:

- Welke instanties bepalen de inhoud en de omvang van de chronische zorg per individuele cliënt in de onderzochte landen?
- Welke criteria voor indicatiestelling werden daarbij gehanteerd?
- Wat zijn volgens de experts uit de betrokken landen de sterke en de zwakke punten, de kansen en de bedreigingen voor het systeem in dat land?
- Welke ervaringen elders zijn van belang voor de Nederlandse indicatiestelling ten behoeve van de AWBZ?

Wij vroegen ons af of de problemen, zoals deze in Nederland worden besproken ook elders voorkomen, of juist niet? Hoe gaan andere landen om met hun problemen en wat kunnen wij in Nederland daarvan leren?

In onze aanpak hebben wij vier wegen bewandeld.

Wij hebben vanuit het perspectief van de zorgvragende burger in Frankrijk, Duitsland, België, Engeland, Zwitserland, Zweden en Nederland een antwoord gezocht op de vraag hoe men aan zorg

---

<sup>46</sup> Susan Jedeloo, Guus Schrijvers; januari 2007; Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers

<sup>47</sup> Continue Benchmark Verpleging, Verzorging en Thuiszorg Sectorresultaten 2007-Pricewaterhouse Coopers- ACTIZ

komt. Daar hebben we, net als de burger zou doen, gezocht naar informatie bij de overheid en bij instanties en organisaties die over de voorlichting, de aanvraag, de indicatie, de leveringen en de betaling van zorg gaan. Wij zijn daarbij uitgegaan van de aanname dat de informatie op de officiële websites in grote lijnen de informatie voor de burgers in de onderzochte landen bevat. Die antwoorden hebben wij gebruikt om de situaties in de onderzochte landen te vergelijken. Op deze wijze kregen wij antwoord op de door ons gestelde vragen (bijlage 9.2).

Wij hebben in de onderzochte landen ook deskundigen geïnterviewd en aan hen gevraagd hoe, naar hun oordeel, kennis en ervaring, een burger in het betrokken land aan zorg komt (bijlage 9.3). Wij vroegen naar hun mening over het functioneren van het zorgstelsel in hun eigen land. Wij vroegen hen wat, naar hun mening, de sterke punten en de zwakke punten van het zorgstelsel in hun land zijn en welke debatten er in hun land plaatsvinden. Daarbij hebben wij de van websites en literatuur verkregen informatie kunnen toetsen, waardoor wij meer inzicht kregen over de stelsels, de problemen, de sterke punten en de ontwikkelingen in de onderzochte landen. Via deze contacten kregen wij ook adviezen over bruikbare links en literatuur.

Wij hebben literatuur en websites onderzocht over de actuele situatie, de achtergronden en de ontwikkeling in de betrokken landen (bijlage 9.4)

Wij hebben de informatie, die via deze drie verschillende bronnen is verkregen, naast elkaar gelegd en met elkaar vergeleken en zo nodig verder onderzocht.

Deze studie is een eerste verkennende studie.

Zonder dat wij nu de pretentie hebben een volledig inzicht te hebben in de organisatie en de praktijk van de betrokken landen, menen wij dat de zo verkregen kennis het ons mogelijk maakt om een aantal ontwikkelingen te signaleren.

De informatie berust in hoge mate op openbare officiële bronnen en mag dus betrouwbaar geacht worden in zoverre ze de doelstellingen van beleid en de wet en regelgeving weergeven. Het is ook de informatie waarop de burgers in de betrokken landen grotendeels aangewezen zijn. Opvattingen en meningen over de werking in de praktijk, hebben wij wel gesignaleerd, maar wij hebben (nog) geen systematisch onderzoek verricht naar de ervaringen van burgers in de praktijk van de stelsels.

Wij hebben gezien dat overal wordt geprobeerd om de burger informatie te geven. Maar wij hebben ook vastgesteld dat met de openbare beschikbare informatie niet alle vragen volledig beantwoord kunnen worden. Ook hebben wij vast moeten stellen dat door de soms grote verschillen in de organisatie, begrippen en de uitgangspunten tussen de onderzochte landen een vergelijking niet eenvoudig is.

In dit onderzoek stond het Nederlandse begrip indicatiestelling centraal. Dit begrip kent in Nederland geen eenduidige betekenis en is niet zonder meer te vertalen. In de meest voorkomende Nederlandse betekenis is een zorgindicatie de vaststelling dat iemand a) zorg nodig heeft en b) recht heeft op de

betaling van deze zorg vanuit de Awbz, de Wmo of een andere regeling<sup>48</sup>. De online encyclopedie zegt: “*indicatiebeoordeling: vaststelling door indicatieorganen van de noodzakelijke (hoeveelheid) zorg en daarmee het recht van de zorgvrager op vergoeding van die zorg*”<sup>49</sup>. Deze definitie heeft twee elementen, namelijk het vaststellen van de noodzaak tot zorg in aard en omvang en het vaststellen van het recht op zorg, en is kenmerkend is voor de Nederlandse situatie.

In andere landen is de beslissing over de inzet van zorg soms gescheiden van het onderzoek en advies, en soms gecombineerd met vraagverheldering, met plaatsing en urgentiebepaling etc.

In dit verslag worden begrippen gebruikt, die niet voor iedereen de zelfde inhoud hebben, zoals: zorg, indicatiestelling, zorgtoewijzing, aanbod- en vraagsturing. Daarom wordt hieronder aangegeven welke inhoud deze begrippen in dit verslag hebben.

## 4.1 *Het begrip indicatiestelling*

Indicatiestelling is hier een verzamelbegrip voor een aantal uiteenlopende activiteiten, die doorlopen moeten worden, wil men in aanmerking te komen voor zorg of een andere vorm van publieke of verzekerde ondersteuning in natura, of een uitkering of een budget ten behoeve van zorg.

De volgende aspecten onderscheiden we.

### 4.1.1 *Prioriteitstelling*

Overall waar schaarste is, moeten keuzes worden gemaakt. Dat is altijd het geval waar een budget beperkt is. Keuzes moeten ook worden gemaakt als de beschikbaarheid van de deskundigheid, de technische hulpmiddelen, de behandelcapaciteit en bijvoorbeeld donororganen schaars zijn. Men zal in die gevallen de volgende vragen moeten beantwoorden: “Wie helpen wij nu, wie helpen wij later en wie helpen wij niet?” Het beantwoorden van die vragen kent medische, juridische, politieke en ethische kanten en vraagt om een multidisciplinaire deskundigheid. Dit aspect van indicatiestelling wordt meestal uitgevoerd in combinatie met plaatsing of zorgtoewijzing. Dit aspect van indicatiestelling is structureel, wanneer er schaarste is door budgettaire keuzes en structurele beperkingen, maar kan incidenteel nodig zijn daar waar tijdelijke (frictie)schaarste is.

### 4.1.2 *Urgentie bepaling*

Soms is hulp dringend nodig. Het vaststellen van het dringende karakter kan een onderdeel zijn van het indicatieproces

---

<sup>48</sup> Op de websites van onder andere MEE NH; Zorgkantoren, RIVM, Kennisring wordt deze omschrijving gegeven als voorlichting voor de burger.

<sup>49</sup> <http://www.encyclo.nl/begrip/indicatiestelling>.

#### 4.1.3 *Zorgtoewijzing*

Op enig moment moet worden vastgesteld of de aanvrager voor dat aanbod in aanmerking komt en welke elementen van het aanbod in dat geval van toepassing zijn. Dit kan in een aanbodgericht stelsel een onderdeel zijn van het indicatieproces. In een vraaggericht stelsel zal het als regel de zorgaanbieder zijn, die bij de intake van een cliënt vaststelt of hij de zorgvraag kan en wil honoreren en hoe. Dit is een dan onderdeel van de transactie tussen cliënt en aanbieder.

#### 4.1.4 *Vraagverheldering / hulpvraagverduidelijking (“need assessment”)*

Het vaststellen van de aard en de mate van (zorg)behoefte van een hulpvrager kan ook een aspect van het indicatieproces zijn. Het gaat om een deskundig oordeel over de vraag welke hulp het meest passend en gewenst is. Daar waar de indicatiestelling zich beperkt tot “zorg”, is sprake van een onderzoek naar medische en sociale variabelen. Daar waar sprake is van zorgoverschrijdende, medische sociale indicatiestelling is multidisciplinaire kennis noodzakelijk. Het ontwikkelen van een integraal plan, een “plan de vie”, is een bijzondere vorm van deze indicatiestelling.

Omdat de behoefte of de noodzaak aan zorg en ondersteuning zelden geheel samenvalt met het recht op zorg en ondersteuning is deze vorm van indicatiestelling als regel niet beschikkend, maar adviserend. De verduidelijking van de hulpvraag, mits onafhankelijk, deskundig en gezaghebbend, kan als advies in belangrijke mate bijdragen aan beschikkende vormen van indicatiestelling.

#### 4.1.5 *Advies tot beschikking*

Dit aspect van indiceren dient tot advisering voor welke vorm en/of klasse van zorg of budget iemand in aanmerking komt. Dat kan dus een advies zijn aan een financier.

Er wordt onderzocht welke zorg iemand nodig heeft, dus er kan sprake zijn “need assessment”, maar ook wordt onderzocht voor welke verstrekking de aanvrager in aanmerking komt. Hierover wordt geadviseerd aan de beschikkende instantie.

#### 4.1.6 *Beschikking*

Dit aspect van indiceren dient om vast te stellen voor welke vorm en/of klasse van zorg of budget iemand in aanmerking komt. Bij beschikking wordt de rechtmatigheid van een indicatieverzoek onderzocht en vastgesteld. Het indicatieverzoek is rechtmatig als de zorgvrager voldoet aan de kenmerken die omschreven zijn in de aanspraakregels. Het veronderstelt duidelijke aanspraakregels. De deskundigheid voor dit aspect van indicatiestelling is enerzijds sociaal-medisch en anderzijds juridisch, daar waar kennis en hantering van regels belangrijk is.

#### 4.1.7 *Toegangsbepaling (“eligibility assessment”)*

Een speciale vorm van beschikking is toegangsbepaling. Soms zijn regelingen, voorzieningen of budgetten gekoppeld aan personengroepen en moet men voldoen aan de toegangsvoorwaarden om er aanspraak op te kunnen maken. De vaststelling hiervan kan een onderdeel zijn van indicatiestelling. In de meeste landen in Europa zijn bijvoorbeeld de voorzieningen voor gehandicapten en chronisch zieken alleen toegankelijk als men aan strenge toegangsvoorwaarden voldoet.

## 4.2 *Het begrip zorg*

Met gezondheidszorg wordt, in de regel, bedoeld de activiteiten en de organisatie, die zich bezig houden met de behandeling en de verzorging van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening, of een aangeboren lichamelijke of geestelijke beperking.

Wanneer het woord “zorg” zelfstandig wordt gebruikt, wordt verwezen naar organisaties of activiteiten die te maken hebben met verzorging (care) in tegenstelling tot behandeling (cure).

In dit onderzoek hebben wij ons beperkt tot “zorg”.

Het betreft voornamelijk zorgvormen als verpleeg- en verzorgingshuizen, verblijfsinstellingen voor gehandicapten en chronisch zieken, thuiszorg, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp, en verpleegkundige hulp en hulpmiddelen.

## 4.3 *De begrippen vraag- en aanbodsturing*

Bij “aanbodsturing” in de zorg, organiseren de publieke financiers of de zorgverzekeraars, direct of met behulp van zorgaanbieders of professionals, een zorgaanbod waarvoor de cliënt kan opteren indien hij voldoet aan de criteria. Door indicatie kan worden vastgesteld of de cliënt aan de toelatingscriteria voldoet en of er sprake is van voldoende urgentie. Bij aanbodsturing kan makkelijk een situatie ontstaan waarbij het aanbod achterblijft bij de vraag. Dan ontstaan er wachtlijsten of worden de indicatie- en urgentienormen aangescherpt.

Bij aanbodsturing zijn besluiten over de omvang van het aanbod beslissend voor de ontwikkeling van de macrokosten. Omdat het aanbod afhankelijk is van het volume van het beschikbare budget, spreekt men ook wel over volumebeleid.

Bij vraagsturing zijn de (zorg)noden en de voorkeuren van de cliënt bepalend voor de vraag wie zorg levert en welke zorg geleverd wordt. Indien de cliënt een beroep doet op publieke middelen zal een besluit worden genomen over de aard en de omvang van de zorg in natura of de omvang van een budget of toelage. Dit gebeurt als regel middels een indicatiebesluit of als beschikking op een indicatieadvies.

Bij vraagsturing kunnen alleen frictiewachtlijsten ontstaan als de aanbieders onvoldoende snel inspelen op de vraagontwikkeling.

Bij vraagsturing zijn de indicatiestelling, de polisvoorwaarden, de verordening en/of de beleidsregels bepalend voor het macro volume aan zorg.



## 5 *De situatie, problemen en leerpunten per land*

Voor een overzicht: zie de uitklapbare tabel in dit rapport (bijlage 9.1).

### 5.1 *Engeland*

De burger die chronische zorg nodig heeft gaat meestal naar de social-service. Deze instantie indiceert, besluit, stelt de eigen bijdrage vast en zorgt voor het zorgaanbod. Daarnaast kan men terecht bij de social-security service voor een forfaitaire financiële vergoeding voor zorgkosten "the disability living allowance" of "the attendance allowance"<sup>50</sup>. Indien verpleegkundige hulp een onderdeel is van de zorgvraag dient men zich te richten tot de National Health Service, de nationale organisatie voor de cure. Het is (onder voorwaarden) mogelijk om de indicatie van de social-service te benutten als "direct payment"<sup>51</sup>. Direct payment is geen recht en het geld is niet vrij besteedbaar. *The money is for you to use to pay for the services and equipment, which will meet the needs the local council has assessed you as having. As a general principle, councils should let you to choose how best to meet your assessed needs, as long as they are satisfied that agreed support arrangements are being met*<sup>52</sup>. Verpleegkundige hulp vormt geen onderdeel van direct payment.

Uit onderzoek blijkt dat de Engelse praktijk door burgers en professionals als ingewikkeld en weinig transparant wordt ervaren. Ze is aanbodgericht en speelt onvoldoende in op de wensen van de burger<sup>53</sup>. Ze wordt gezien als te medisch georiënteerd en te weinig gericht op welzijn en op versterking van de autonomie.

Ook wordt gesignaleerd dat de organisatie van de zorg (zowel de toeleiding naar de zorg als het aanbod) sterk georiënteerd is op publiek gefinancierde en georganiseerde zorg. Een burger die zorg wenst, zorg die hij zelf kan en wil betalen, moet om zijn zorg te krijgen door een proces dat is ingesteld om te beoordelen waar hij recht op heeft uit publieke middelen en wat hij volgens het professionele oordeel nodig zou hebben. Dit wordt als beperkend ervaren voor de autonomie van burgers.

---

<sup>50</sup> disability living- en attendance allowance.

[www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG\\_10011731](http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10011731)

<sup>51</sup> [http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG\\_10016128](http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128)

<sup>52</sup> [www.direct.gov.uk](http://www.direct.gov.uk)

<sup>53</sup> Lost to the System? The Impact of Fair Access to Care. By Melanie Henwood & Bob Hudson  
January 2008

Er sprake is van een landelijk protocol, ten behoeve van een eerlijke en gelijke toegang tot de zorg<sup>54</sup>. Het uitgangspunt is de classificatie van risico (zie bijlage 9.12)

Het effect op de uniformiteit is echter beperkt omdat de indicatie wordt uitgevoerd door de lokale overheid in samenhang met zorgtoewijzing. Omdat het aanbod ook bepaald wordt door de lokale overheid, tendeeert men naar het toewijzen van de beschikbare zorg aan cliënten met de hoogste urgentie.

Lokale overheden klagen dat de toedeling van de landelijke middelen onvoldoende is en dat het “Resource Allocation System” met name de kosten van gehandicaptenvoorzieningen te weinig meeweegt.

In Engeland is het landelijk budget bepalend voor het zorgvolume. De verdeling naar gemeenten via het Resource Allocation System bepaalt de ruimte voor de lokale overheid. Er is dus feitelijk een volumebeleid dat wordt doorvertaald naar de lokale overheid. De lokale overheid beslist over het beschikbare zorgaanbod en de social-service bepaalt wie van aanbod gebruik mag maken, in welke omvang en met welke eigen bijdrage. De NHS beslist zelfstandig over de noodzaak en eventuele inzet van verpleegkundige hulp. Samenwerking en afstemming wordt door de rijksoverheid bevorderd maar vindt niet overal plaats.

In Engeland neemt de staat een grote verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg en ze doet dat met veel ambitie<sup>55</sup>.

In de “White paper 2006”<sup>56</sup> worden de volgende ambities verwoord:

- *Putting people more in control of their own health and care.*
- *Enabling and supporting health, independence and well-being.*
- *Rapid and convenient access to high-quality, cost-effective care.*

Omdat de lokale overheden, de NHS, en de “social security” niet rechtstreeks worden aangestuurd kan de centrale overheid deze ambitie alleen stimuleren<sup>57</sup>, en dat gebeurt dan ook<sup>58</sup>.

Het bevorderen en ondersteunen van mensen om “in control of their own health and care” te komen gebeurt vooral door het bevorderen van individuele budgetten. In aanvulling op de “direct-payments” en “the disability living allowance” kan men een beroep doen op de “independent living fund”<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> Fair access to care services - guidance on eligibility criteria for adult social care.

Department of Health 2003 [www.dh.gov.uk/](http://www.dh.gov.uk/)

<sup>55</sup> White paper 2006 : Our health, our care, our say: a new direction for community services. (2006) [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4127453](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127453)

<sup>56</sup> White paper pagina 13

<sup>57</sup> Putting People First. A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care , [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_081118](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081118)

<sup>58</sup> <http://www.ilf.org.uk/>

<sup>59</sup> [http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG\\_10018723](http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG_10018723)

Het independent living fund geeft aan mensen met een ernstige handicap de mogelijkheid om zelfstandig buiten een woonvoorziening te wonen (... *if you are disabled, to live independently at home rather than in residential care. You can use payments from the Fund to employ people to give you personal and domestic care in your home*)<sup>60</sup>.

Daarnaast stimuleert de centrale overheid de lokale overheid om pilots uit te voeren met “personal budgets”<sup>60</sup>. De bedoeling is dat men een individueel plan met een “self assessment tool”<sup>61</sup> maakt met alle aspecten van het leven zoals zorg, opleiding en werk. Dit plan wordt van een integraal budget voorzien via een resource allocation systeem dat nog in ontwikkeling is.

In Engeland lijkt de ontwikkeling te gaan in de richting van het ondersteunen van kwetsbare mensen. In de eerste plaats door betere informatie en door samenwerking en afstemming van uitvoeringsorganisaties. Opmerkelijk is ook de toenemende populariteit van “direct payment” en andere individuele financiële tegemoetkomingen. Voor mensen die in hoge mate en langdurig afhankelijk zijn van hulp wordt integraliteit in de aanpak bevorderd. Opmerkelijk zijn de “zelf assessment questionnaire”<sup>62</sup> en de resource allocation systematiek als middel om tot een persoonlijk budget te komen die domeinoverstijgend is.

## 5.2 Duitsland.

In Duitsland dient een burger met een zorgvraag als regel een aanvraag in bij de “Pflege- of Krankenversicherung”<sup>63</sup>. Deze geeft de “Medische Dienst Krankenversicherung” (MDK) de opdracht om een onderzoek uit te voeren en te adviseren over de klasse van zorg waarop men recht heeft. Na een vraagverhelderingsproces waarin men objectief tracht vast te stellen wat de “zorgbehoefte” is, wordt de uitkomst van het onderzoek vertaald in drie klassen van zorgzwaarte met een daaraan gekoppeld een tarief.

Sinds 1 januari heeft iedereen in Duitsland recht op ondersteuning door een “Pflegeberater(in)”. Overall worden er “Pflegestützpunkten” opgezet. Het gaat niet om een nieuwe instelling maar om een samenwerkingsverband van medewerkers van de verzekering, ouderenadviseurs en maatschappelijk werkers. Men kan zich nu dus ook richten tot een “Pflegeberater(in)”.

---

<sup>60</sup> <http://www.ilf.org.uk/>

<sup>61</sup> [http://www.dhcarenetworks.org.uk/\\_library/Resources/Personalisation/Personalisation\\_advice/Model\\_self-assessment\\_questionnaire.pdf](http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Personalisation/Personalisation_advice/Model_self-assessment_questionnaire.pdf)

<sup>62</sup> <http://www.dhcarenetworks.org.uk/personalisation/>

<sup>63</sup> Bundesministeriums für Gesundheit ;

[http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/nn\\_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegefall.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegefall.html?__nnn=true)

Het onderzoek en advies van de MDK kan gaan om medische behandeling, thuis- en verblijfszorg, hulpmiddelen of revalidatie. De werkwijze van het MDK is nauwkeurig geprotocolleerd<sup>64</sup>. De meeste mensen zijn verplicht verzekerd bij de Krankenversicherung en de Pflegeversicherung. Deze verzekeringen hebben overeenkomsten met erkende zorgaanbieders en de MDK controleert de kwaliteit van deze aanbieders. De verzekering geeft de burger een lijst van erkende aanbieders met geldende tarieven. De uitkering van de verzekering is niet per se dekkend voor de kosten van het zorgaanbod. Over het algemeen zal men gebruik maken van deze erkende zorgaanbieders maar daarvoor is een positief besluit nodig van de verzekeringen. In Duitsland is mantelhulp voorliggend aan professionele hulp, thuiszorg voorliggend aan verblijfszorg en behandeling en preventie is voorliggend aan langdurige zorg. De lokale overheid heeft de taak te zorgen voor voldoende zorgaanbod is<sup>65</sup>.

Ook in Duitsland bestaat de tendens om de zorg als budget te verlenen. Om te beginnen is er de mogelijkheid om de uitkering van de Pflegeversicherung als budget uitbetaald te krijgen. Omdat de tarieven aanzienlijk lager zijn dan de zorg in natura, wordt deze mogelijkheid wel gezien als een vorm ondersteuning van mantelzorg. In Duitsland is de zorg traditioneel in hoge mate een zaak van de burger, de familie en de verwanten. De ondersteuning van de Pflegeversicherung wordt vooral gezien als een aanvulling daarop. Daarnaast zijn en werden pilots uitgevoerd met verschillende vormen van een persoonlijke budget, zoals het "Pflegebudget", het "Trägerübergreifendes Persönliches Budget" (TPB), en het "Integriertesbudget". Vanaf 1 januari 2008 is er een wettelijk recht op een Persönliches Budget<sup>66</sup>. Op de website van het "Bundesministerium für Arbeit und Soziales" wordt dit het Trägerübergreifendes Persönliches Budget genoemd.

Men kan dit budget bij elk van de betrokken uitvoeringsorganisaties aanvragen, maar zal altijd slechts met één contactpersoon te maken hebben. De verschillende "Träger" houden hun eigen competenties en procedures. Van dit budget wordt momenteel nog in beperkte mate gebruik gemaakt.

Nieuw in Duitsland is de invoering in alle regio's van Pflegestützpunkten waar mensen advies en ondersteuning kunnen krijgen. Interessant is dat het niet om een nieuwe organisatie gaat maar om een multidisciplinair samenwerkingsverband van bestaande organisaties.

Interessant is ook de positie van het MDK (Medische Dienst Krankenkasse). Waar het Centrum voor indicatiestelling Zorg (CIZ) een beschikking afgeeft over de aanvragen AWBZ, adviseert de MDK de financiers. Ze adviseert niet alleen over thuis- en verblijfszorg, maar ook over medische behandeling, hulpmiddelen en revalidatie. Hierdoor ontstaat een grote mate van integraliteit. Het MDK adviseert slechts, de verzekeringen beschikken. In de praktijk is het advies van de MDK echter zeer gezaghebbend en in geval van beroep weegt dit advies voor de rechter zwaar.

In Duitsland is de financiering van de zorg, in het bijzonder van de zorg voor ouderen, traditioneel ingesteld op ondersteuning en aanvulling van de eigen verantwoordelijkheid en de ondersteuning van

---

<sup>64</sup> Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches [http://www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien\\_screen.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf)

<sup>65</sup> SGB XI § 9 Aufgaben der Länder.

<sup>66</sup> [http://www.bmas.de/coremedia/generator/9266/persoeliches\\_\\_budget.html](http://www.bmas.de/coremedia/generator/9266/persoeliches__budget.html)

de naaste verwanten. Er is een duidelijke wens om die ondersteuning als persoonlijk budget te kunnen ontvangen. Er is bij de overheid een voorzichtige tendens om hieraan tegemoet te komen zonder een extra beroep op zorggelden. De financiering van deze voorzieningen is deels afkomstig uit verzekeringgelden, deels uit rijksmiddelen en deels uit de eigen bijdrage. De zorgindicatie gaat in klassen (bijlage 9.9). Men kan de laagste twee klassen ook als budget aanvragen bij de verzekering. Men dient in dat geval een goed zorgplan te hebben en een positief advies te krijgen van de MDK. De MDK controleert niet de besteding van het budget, maar wel de doelmatigheid van de besteding. Ook in Duitsland is er een streven om mensen met een meer ernstige handicap de gelegenheid te geven meer regie in hun leven te krijgen en ook meer integratie in hun ondersteuning tot stand te brengen.

### 5.3 België

Een burger die in België een beroep wil doen op gezinszorg, ouderenzorg en/of thuiszorg richt zich als regel tot een erkende publieke of private zorgaanbieder. De zorgaanbieders ontvangen hun inkomsten via de verplichte verzekering<sup>67</sup>, subsidie van de (Vlaamse)<sup>68</sup> overheid en de federaal vastgestelde eigen bijdrage. Er vindt een intake en een indicatie plaats, meestal door de zorgaanbieder bij mandaat van de verzekering. Daar wordt de aard en de omvang vastgesteld en de eigen bijdrage. De normen voor de indicatie zijn niet wettelijk vastgelegd, maar de systematiek voor de eigen bijdrage wel<sup>69</sup>. Iemand die gehandicapt is, moet zich richten tot het VAPH<sup>70</sup>. In dit zelfstandig bestuursorgaan onder de Vlaamse overheid zijn de rijkscompetenties inzake zorg, werkgelegenheid en inkomen gebundeld. Bij het VAPH kan men terecht voor 1) hulpmiddelen en aanpassingen, 2) diensten en voorzieningen en 3) het persoonlijke assistentie budget. Men kan er dus terecht voor bijvoorbeeld de opname in een verblijfsvoorziening, maar ook om middelen te krijgen voor het inhuren van een persoonlijke assistent teneinde zelfstandig te kunnen wonen. Om bij het VAPH terecht te kunnen moet wel voldaan worden aan de definitie en de criteria voor gehandicaptheid die het VAPH stelt. België kent voor erkende gehandicapten, die niet in een verblijfsvoorziening willen wonen, een persoonlijk assistentie budget. *“Dit budget geeft de mogelijkheid aan mensen met een handicap om hulp krijgen bij het aankleden, het koken, het eten of het opruimen en ook voor het doen van boodschappen, verplaatsingen en zelfs bij het uitgaan. Ook ortho-pedagogische begeleiding en ondersteuning behoren tot de mogelijkheden”*<sup>71</sup>.

---

<sup>67</sup> [http://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgverzekering\\_aansluiting\\_vlaanderen.aspx#3](http://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgverzekering_aansluiting_vlaanderen.aspx#3)

<sup>68</sup> In dit onderzoek is voor België vooral gebruikgemaakt van de Nederlandstalige bronnen. De beschrijving is dus vooral van toepassing op de Vlaamse situatie maar is in de ander taal gebieden in grote lijnen hetzelfde.

<sup>69</sup> [http://www.zorg-en-gezondheid.be/gebruikersbijdrage\\_gezinszorg.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/gebruikersbijdrage_gezinszorg.aspx)

<sup>70</sup> <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/20910-Ontstaan+en+historiek.html>

<sup>71</sup> <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10526-Persoonlijke-assistentiebudget+%28PAB%29.html>

Daarnaast kent België voor gehandicapten een tweetal financiële tegemoetkomingen. De eerste is de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)<sup>72</sup>. *“Deze tegemoetkoming wordt toegekend aan een persoon met een handicap, van wie is vastgesteld dat zijn lichamelijke of psychische toestand zijn verdienvermogen vermindert tot een derde of minder, van wat een gezonde persoon door het uitoefenen van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.* De tweede is de integratie tegemoetkoming “(IT). De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan een persoon met een handicap die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft. Verder kent men een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wordt toegekend aan een persoon met een beperking van 65 jaar of ouder, die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft.

Deze tegemoetkomingen moeten worden aangevraagd bij de burgemeester. Door de aard en voorwaarden kan worden afgeleid dat deze tegemoetkomingen bedoeld zijn als aanvulling op lage inkomens.

Ook in België wordt onderscheid gemaakt tussen gehandicapten enerzijds en ouderen en gezinnen anderzijds. Opvallend is de positie van het VAPH die als zelfstandig bestuursorgaan de functies van financier en kwaliteitsbewaker, combineert en op enige afstand als poortwachter en indicatieorgaan de toegang tot de zorg en de omvang van de zorg of het budget vaststelt. Dat doet ze voor zaken die in Nederland onder de competentie VWS, Sociale zaken en gemeenten, CIZ, CvZ en het zorgkantoor vallen. Het VAPH zelf staat als zelfstandig bestuursorgaan op enige afstand van de Vlaamse overheid en heeft de poortwachtersfunctie en de indicatiestelling ook op enige afstand van zichzelf georganiseerd. Van een afstand bezien lijkt de VAPH daarmee redelijk objectief, onafhankelijk en integraal. Niet helemaal integraal, want de inkomensvervangende en integratie tegemoetkomingen moeten toch weer bij een ander loket worden aangevraagd.

België heeft voor de gehandicaptenzorg een duaal systeem, zowel aanbodgericht als vraaggericht. Iemand die gehandicapt is kan dus kiezen. De ouderen- en gezinszorg lijkt vooral aanbodgericht te zijn georganiseerd. De erkende zorgaanbieder wordt deels gefinancierd door de overheid, deels door de verplichte verzekering. De burger krijgt de zorg die men hem toekent en lijkt daarmee afhankelijk van het oordeel van de aanbieder. Er is geen PGB voor ouderen en gezinnen, daar staat tegenover dat er een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) is.

## 5.4 Zweden

Een burger met een zorgvraag in Zweden richt zich, ongeacht leeftijd, tot de gemeente. Een sociaal werker van de gemeente beoordeelt de hulpvraag en zorgt voor een passend hulpaanbod. Het professionele oordeel van de sociaal werker is, rekening houdend met het beschikbare voorzieningen aanbod en de wens van de burger, bepalend voor de zorg die men krijgt. Er zijn voor ouderen geen in

---

<sup>72</sup> [http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc\\_ph/apa.htm](http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc_ph/apa.htm)

formele uitvoeringsregels vastgelegde rechten op voorzieningen of indicatiecriteria waarop men zich kan beroepen.

Ook moet men bij de gemeente zijn om in aanmerking te komen voor gehandicaptenzorg of voor zorg aan chronisch zieken onder de 60 jaar. Men moet dan wel voldoen aan de wettelijke criteria voor toelating. Is men toegelaten dan zal men dezelfde procedure doorlopen als bij de ouderenzorg. De rechten van gehandicapten zijn echter, in tegenstelling tot die van ouderen, in landelijke regelgeving vastgelegd<sup>73</sup>. Er is ook een wettelijke beperking aan de duur van een wachtlijst.

In Zweden wordt de zorg overwegend uitgevoerd door de lokale overheid zelf. Enkele gemeenten contracteren particuliere aanbieders. De burger betaalt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage; deze eigen bijdrage is gemaximeerd. Als men geen gegevens wil aanleveren voor een inkomensvaststelling, betaalt men het hoogste tarief. Er is geen financiële transactie tussen de aanbieder en de burger. Er is geen persoonsgebonden budget. Wel kent Zweden de zogenaamde persoonlijke assistent en indien deze is geïndiceerd kan men deze zelf aanstellen<sup>74</sup>. De voorziening is uitdrukkelijk bedoeld voor mensen jonger dan 60 jaar met een ernstige handicap en kent strenge toelatingscriteria<sup>75</sup>. Er is duidelijk één loket voor alle zorgvragen.

Het Zweedse beleid gaat uit van gelijke toegang tot zorg op basis van behoefte<sup>76</sup>. Zweden kent drie basisprincipes in het gezondheidszorgbeleid. Ten eerste het principe van “menselijke waardigheid” en dit houdt in dat alle mensen een gelijk recht hebben op waardigheid en dezelfde rechten ongeacht hun status in de samenleving. Ten tweede het principe van “behoefte en solidariteit” en dit betekent dat mensen met de hoogste behoefte aan zorg voorrang dienen te hebben. En ten derde het principe van de “kosteneffectiviteit” en dit houdt in, dat als er keuzes moeten worden gemaakt tussen verschillende opties, er een redelijke relatie moet zijn tussen kosten en baten, gemeten in termen van verbeterde gezondheid of kwaliteit van leven<sup>77</sup>.

In de Zweedse welvaartstaat is een grote rol van overheidsinstanties gebruikelijk. Bureaucratie is geen prominent issue. Mogelijk komt dit omdat het stelsel ontwikkeld is vanuit een eenduidig perspectief en onder opeenvolgende sociaal democratische regeringen. Daarnaast speelt wellicht ook mee dat de acceptatie van een grote operationele overheidsrol in Zweden groot is. Het proces van vraag tot aanbod wordt vooral beoordeeld op het resultaat en dat is de kwaliteit van de geleverde zorg. Het doel van het Zweedse zorgstelsel is gelijke toegang tot, kwalitatief hoge, zorg voor elke burger van

---

<sup>73</sup> Swedish disability policy; Published by the Swedish Institute; Sweden.se

<sup>74</sup> Personal Assistance and Assistance Benefit;

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F0B0139C-B302-43C7-A8B2-C8E75672F344/6124/200611421.pdf>

<sup>75</sup> Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS),

[http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna\\_filer/Funktionshindrad/LSS/LSS\\_engelska.pdf](http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Funktionshindrad/LSS/LSS_engelska.pdf)

<sup>76</sup> Health Systems in Transition;

Anna H. Glenngård; Frida Hjalte; Marianne Svensson; Anders Anell; Vaida Bankauskaite.

<sup>77</sup> Sweden's new public health policy; Gunnar Ågren. national institute of public health; WWW.FHI.se

Zweden. Er is echter weinig uitgewerkte wetgeving die individuele rechten op zorg ondersteunt<sup>78</sup>. Dit heeft enige politieke aandacht, maar het is zeker geen brandend politiek probleem. Voorts is er discussie over de efficiëntie van de zorg. De verantwoordelijkheid voor zowel de financiering als voor de productie van de zorg ligt in één hand, namelijk in die van de lokale overheid. Er is een streven naar de toelating van private zorgaanbieders<sup>79</sup>. In Zweden bestaat bezorgdheid over druk op de kwaliteit van de zorg als gevolg van substitutie naar goedkoper aanbod. Ook is er bezorgdheid over de ongelijkheid, als gevolg van de verschillen tussen de lokale overheden.

Het Zweedse publieke gezondheidszorg beleid heeft als hoofddoel het creëren van sociale condities waarbij een goede gezondheidszorg voor de gehele bevolking wordt gegarandeerd. Dat is niet onlogisch, omdat het voorkomen van ziekte de eerste stap is als men gezondheid nastreeft. Zweden ziet de volgende elf items als de bepalende elementen voor een goede gezondheid<sup>78</sup>:

1. *Participation and influence in society.*
2. *Economic and social security.*
3. *Secure and favorable conditions during childhood and adolescence.*
4. *Healthier working life.*
5. *Healthy and safe environments and products.*
6. *Health and medical care that more actively promotes good health.*
7. *Effective protection against communicable diseases.*
8. *Safe sexuality and good reproductive health.*
9. *Increased physical activity.*
10. *Good eating habits and safe food.*
11. *Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and doping and a reduction in the harmful effects of excessive gambling.*

De Zweedse overheid is bereid om op al deze terreinen een actief beleid te voeren en actief te interveniëren. Kennelijk geeft de politieke cultuur in Zweden daarvoor ook de ruimte in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Nederland, waar pogingen om het roken in openbare ruimte terug te dringen al op groot verzet kan rekenen.

## 5.5 Frankrijk

Iemand in Frankrijk met een behoefte aan chronische zorg richt zich tot een zorgaanbieder. Er is een breed aanbod met uiteenlopende kwaliteit naar keuze. De vraag voor de burger is echter of de kosten van deze zorg betaald kunnen worden. Er zijn in Frankrijk tal van regelingen voor uiteenlopende

---

<sup>78</sup> Health Systems in Transition;

Anna H. Glenngård; Frida Hjalte; Marianne Svensson; Anders Anell; Vaida Bankauskaite.

The European Observatory on Health Systems

<sup>79</sup> The new Act on free choice systems (LOV)

groepen, zoals ouderen, gehandicapten, zwangere vrouwen, kinderen<sup>80</sup>. De financiële situatie van ouderen hangt af van zijn/haar persoonlijke omstandigheden, die van de familie en van de vraag hoe de persoon verzekerd is. Dat laatste hangt in veel gevallen af van het beroep dat is uitgeoefend. Frankrijk kent een wettelijke verplichting tot wederzijdse ondersteuning van familieleden. De verplichting betreft ouders, kinderen en kleinkinderen<sup>81</sup>. Daarnaast kunnen ouderen bij het “Département” een financiële ondersteuning aanvragen, de APA (“Allocation Personnalisée d’Autonomie”)<sup>14</sup>. Deze toekenning vindt plaats op basis van een indicatie in zes zwaarte klassen met daarbij behorende tarieven. Deze indicatie wordt uitgevoerd door medewerkers van het Département. De toekenningsvoorwaarden zijn strak omschreven, evenals de bijbehorende tarieven (zie bijlage 9.6). De toekenningsregels bieden geen ruimte voor niet-chronische zorg, noch voor lichtere beperkingen. Het is dan ook niet verrassend dat het aantal ouderen dat gebruik maakt van de APA proportioneel aanzienlijk minder is dan het aantal dat gebruik maakt van de AWBZ in Nederland<sup>82</sup>. In het Franse stelsel is het uitgangspunt dat de begunstigde van de regeling, en zijn familie, altijd aan een substantieel deel van de regeling bijdragen. Voor mensen met chronische zorgbehoefte in Frankrijk is niet de toegang tot de zorg het probleem, maar het verkrijgen van de middelen om de zorg te betalen. Omdat het zorgstelsel in Frankrijk vraaggestuurd is, is vooral de koopkracht bepalend voor de mogelijkheden die men heeft.

Is men niet geheel financieel onafhankelijk, dan is men afhankelijk van de familie en voorts van verzekeringen, instanties en toeslagen met elk hun eigen procedures en voorwaarden. Aan de basis staan de eigen middelen en die van de familie. Daarnaast zijn er de verplichte verzekeringen en fondsen per bedrijfsgroep, en daarboven zijn de landelijke overkoepelende regelingen. Of dit nu ”zorg” regelingen zijn, “sociale zekerheid” regelingen”, gemeenschappelijke verzekeringen of particuliere verzekeringen, maakt dan eigenlijk niet zoveel uit. Aan het eind van de dag telt vooral hoeveel geld men te besteden heeft. Het Franse stelsel is daarom kwetsbaar gebleken voor mensen die niet op familie kunnen terugvallen en die zelf geen financiële middelen hebben.

Een vernieuwende ontwikkeling in Frankrijk is de ontwikkeling van de CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie). Dit is een organisatie die gefinancierd wordt met publieke en met verzekeringsmiddelen en deze organisatie heeft als taken:

- *Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées*
- *Garantir l’égalité de traitement sur tout le territoire et pour l’ensemble des handicaps*

---

<sup>80</sup> The French Social Protection System; ACREDI

<sup>81</sup> <http://vosdroits.service-public.fr/F1196.xhtml>

<sup>82</sup> Dat gebruik in aantallen van de APA is 50% in vergelijking met de AWBZ moet slecht gezien worden als een globale indicatie op basis van de volgende gegevens. In 2004 maakten 865.000 gebruik van de APA, 1 januari 2009 maakten 469.000 ouderen boven de 65 gebruik van de AWBZ (opgave CIZ). Omdat de leeftijdsgrens niet geheel overeenkomt, een jaargemiddelde niet hetzelfde is als de aantallen per steekdatum en dat de aanname dat Frankrijk 375% meer bewoners heeft dan Nederland niet gebaseerd is op een nauwkeurige berekening op basis van recente cijfers.

- *Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.*“

De werkwijze van de CNSA en uitvoeringsorganisaties als “Maisons Départementales des Personnes Handicapées“ (MDPH) zijn gericht op het samen met de burger tot stand brengen van een (levens)plan (“plan de vie”), met elementen als arbeid, ontwikkeling en zorg, dat na instemming door het CNSA van een budget wordt voorzien. Opmerkelijk is dat mediatie wordt genoemd als oplossing wanneer de burger en professional er samen niet uit komen. Het Franse model gaat dus sterk uit van de soevereine burger, maar kent sinds 2004 een vangnet voor de afhankelijke oudere en gehandicapte. Dit vangnet is ook weer vraaggericht georiënteerd.

In de praktijk blijkt dat niet alle Fransen die recht hebben op een integraal persoonlijk budget dit ook aanvragen. Waarschijnlijk vraagt deze aanpak een behoorlijk niveau van motivatie die niet iedereen kan of wil opbrengen. Een effect is wellicht dat mensen die afzien van deze mogelijkheid en een beroep doen op de bestaande, beperktere voorzieningen, dit zien als hun eigen keuze en niet als een tekortkoming van de staat.

## 5.6 Zwitserland

Ouderen komen in aanmerking voor thuiszorg of voor een verpleeghuis als een arts dit nodig acht. Dit kan de eigen huisarts zijn, maar ook de arts van de zorgaanbieder. In de praktijk zal een verpleegkundige de indicatie stellen onder verantwoordelijk van deze arts. De indicatie heeft twee doelen. Ze is een middel tot zorgtoewijzing en ze dient om de noodzakelijke zorgomvang in beeld te brengen ten behoeve van de verzekeringsbijdragen aan de gemeente. De gemeente levert of contracteert het zorgaanbod.

Thuiszorg wordt gezien als middel om de kosten terug te dringen. Er is een tekort aan verpleeghuiscapaciteit en er wordt over gedacht om verzorgingshuizen te ontwikkelen. De indicatiestelling wordt tijdens de zorguitvoering regelmatig herhaald te om de kostendeclaraties te kunnen verantwoorden. De zorgverzekeringen controleren deze indicaties. Er wordt gewerkt aan een landelijk indicatiesysteem om deze kosten in beeld te kunnen brengen. Nu worden de stijgende kosten direct doorberekend in de premiehoogte en dit roept steeds grotere politieke weerstand op. Twee grotendeels verplichte verzekeringen zijn in dit verband van belang, de Invalidenversicherung (IVG) en de Krankenversicherung (bijlage 9.8).

Men moet bij de “Invalidenversicherung” (IV) zijn voor hulp als men nog geen 60 jaar is. De “Interdisziplinär zusammengesetzte regionale ärztliche Diensten” adviseren aan de uitvoeringsafdelingen van de Invalidenversicherung<sup>83</sup>. De indicatie dient om vast te stellen of de

---

<sup>83</sup> Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2009)

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

aanvrager hoort bij de personengroep die recht heeft op “IV”ondersteuning. De ondersteuning betreft in de eerste plaats het terugdringen of het herstel van de handicap, en vervolgens de herintegratie in het arbeidsproces. Indien nodig kan de ondersteuning ook betrekking hebben op financiële ondersteuning, en tenslotte het bijdragen aan zelfbestemming in eigenverantwoordelijkheid (zie bijlage 9.8, IVG art 1). De indicatie is sterk gericht op het onderzoeken van mogelijkheden tot werk, participatie en opleiding. De regie ligt hier vooral bij de sociale verzekeringen<sup>84</sup>. Is men de 60 gepasseerd, dan houdt men in beginsel de gegeven rechten. Omdat de sociale verzekering en de zorgverzekering geïntegreerd zijn, zou men verwachten dat men in Zwitserland, net als in Frankrijk, een vraaggestuurd stelsel kent. De sociale verzekeringen zijn traditioneel gericht op het financieel ondersteunen van mensen. Dit is echter in de zorg niet het geval. Er is wel discussie over de invoering van een PGB zoals die in Nederland bestaat of een persoonlijke assistent zoals die in Zweden bestaat<sup>85</sup>.

### *5.7 Nederland voor 1998 en in de periode 1998-2008.*

Het Nederland van voor 1998 had vele loketten. Waar je moest zijn als zorg nodig had, was niet zonder meer te beantwoorden. Iemand met een verstandelijke handicap moest een indicatie hebben van de Sociaal Pedagogische Dienst. Iemand met een psychiatrische grondslag richtte zich voor zijn/haar behoefte aan zorg zijn bij de RIAGG. In de meeste gemeenten moest je voor de indicatie voor een verzorgingshuis bij de Sociale Dienst zijn en voor een indicatie voor een verpleeghuis bij een geneeskundige dienst. Voor thuiszorg deed men een verzoek bij de Thuiszorg als het ging om huishoudelijke hulp en bij het Kruiswerk als het ging om persoonlijke hulp en verpleegkundige verzorging. Deze opsomming is nog verre van volledig. Bovendien was je dan nog niet klaar. Een indicatie was meestal eerste stap op weg naar een wachtlijst. Onder het volumebeleid hadden instellingen een vaste capaciteit of budget. Kwam er een plaats vrij dan werd gekeken naar de prioriteit en de urgentie. Dit gebeurde vaak in zogenaamde open plaatsbesprekingen waar indicatiestellers en intakers vergaderden over een toelating. Voor 1998 werd jaarlijks het financiële kader vastgesteld en het volume aan middelen verdeeld. Indicatiestelling en zorgtoewijzing betrof dus vooral het verdelen van de schaarste.

In het Nederland van vòòr 1998, kende men geen beschreven aanspraken op zorg. Indicatiestelling en zorgtoewijzing vonden plaats door indicatiestellers en intakers op basis van professionele intersubjectiviteit. De burger had wel recht op zorg, maar dit recht was niet vastgelegd in aanspraken en kon niet juridisch worden afgedwongen.

---

<sup>84</sup> In vergelijking met de Nederlandse situatie vindt hier het werk van UWV en het CIZ geïntegreerd plaats.

<sup>85</sup> Catherine Huguenin; Juni 2005; Assistenzmodell für Menschen mit Behinderungen.

Het is daarom begrijpelijk dat de patiëntenorganisaties streefden naar de invoering van een financieringswijze die uitging van de vraag naar zorg. Het volumebeleid leidde immers tot wachtlijsten en maakten zorgvragers afhankelijk van het professionele oordeel van professionals en aanbieders. In het Nederland van voor 1998 werd er geëxperimenteerd met onafhankelijke indicatie-instellingen en met PGB's. De zorg was dagelijks in het nieuws en kritiek richtte zich vooral op wachtlijsten en op onvolkomenheden in de zorg. Deze laatste werden altijd aan bezuinigingen toegeschreven, hoewel dit lang niet altijd terecht was.

In de jaren tussen 1998 en 2008 kwamen vele nieuwe wetten en regelingen tot stand. Per 1 november 1998 trad het Indicatiebesluit in werking als grondslag voor de Regionale Indicatie Organen (RIO). Deze gingen in 2005 op in één landelijke organisatie, het Centrum Indicatiestelling Zorg. De functionele indicatiestelling ging van start per 1 april 2003. Deze leidde tot de indeling van Awbz diensten in zeven klassen. Per 1 januari 2006 ging de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van start, die 'participatie' en niet de 'zorg' centraal stelde. De huishoudelijke hulpverlening ging toen over van de Awbz naar de Wmo. Een jaar later gingen de Zorgzwaartepakketten in de Awbz van start. Uiteindelijk leidden al deze wijzigingen tot de situatie die in de volgende paragraaf staat beschreven.

## 5.8 *Nederland na 2008*

In het Nederland van na 2008 kent de Awbz beschreven aanspraken die met rechtsmiddelen zijn af te dwingen. Dit recht kan in natura of als budget worden verkregen. Het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert op verzoek van de burger. Die indicatie bepaalt, binnen een bepaalde bandbreedte, het wettelijk recht op de geïndiceerde zorg. Tegen de uitkomst van het indicatie proces is beroep en bezwaar mogelijk.

Naast de AWBZ kent Nederland de WMO, uitgevoerd door de gemeente. In veel gevallen verricht het CIZ de indicatie ten behoeve van de gemeente.

Sinds 2009 kent Nederland de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Deze wet regelt de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten voor de extra kosten die zij hebben, zoals bijvoorbeeld extra stookkosten<sup>86</sup>.

Sinds 2008 kent Nederland geen volumebeleid meer. Het volume van de geïndiceerde zorg, de mate waarin dat volume wordt benut en de tarieven voor de zorguitvoering, bepalen het macrovolume van de AWBZ besteding. De kostenstijging van de AWBZ kan, in de huidige situatie, alleen worden beïnvloed door een beperking van de aansprakenrechten door de regering, en door versoering van de tarieven.

De website van het ministerie van VWS meldt in april 2009: "De regering wil de aanspraken op AWBZ beperken". In 2009 is de Awbz veranderd. Dat is gebeurd omdat de Awbz te duur werd, maar ook omdat mensen die daartoe in staat zijn, hun eigen ondersteuning gingen organiseren. De

---

<sup>86</sup> <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicapten-wtcg/default.asp>

belangrijkste veranderingen zijn bij de Awbz-begeleiding, maar ook bij de functies ‘verpleging’ en ‘zorg met verblijf’ (in een instelling) komen er aanpassingen.”De Awbz is bedoeld voor mensen met ernstige beperkingen die lange tijd, vaak levenslang, zorg en ondersteuning nodig hebben. De regering wil met de veranderingen bereiken dat de Awbz voor deze groep wordt veilig gesteld, voor nu en in de toekomst. Verder zijn de maatregelen bedoeld om de kwaliteit en betaalbaarheid van de Awbz te verbeteren<sup>87</sup>.

Voor mensen met eenvoudige zorgvragen zal het CIZ indien mogelijk beslissingen nemen op basis van adviezen van professionals in de zorg, met steekproefsgewijze controle achteraf.

In het Nederland van na 2008 is er de tendens om het proces van indicatiestelling voor mensen met complexe vragen te verbeteren. Een werkwijze die wordt onderzocht in een tweetal pilots, waarbij iemand maar één keer één zorgaanvraag hoeft in te dienen. De organisatie waar de cliënt de aanvraag indient, wijst een persoonlijke begeleider aan, de trajectcoach, en die gaat na wat er voor de aanvrager nog meer aan voorzieningen, zorg en ondersteuning nodig is. Vervolgens gaat de trajectcoach (in overleg met de cliënt) daarmee aan de slag bij de andere, deelnemende organisaties. Hierbij wordt overigens niet alleen naar de zorgbehoefte gekeken, maar ook naar de mogelijkheden om werk te verrichten. Dit project richt zich daarom alleen op mensen tussen de 16 en 65 jaar. Naast betaald werk kan het ook gaan om vrijwilligerswerk<sup>88</sup>.

Het Nederland van na 2008 kent overigens, in tegenstelling tot de andere onderzochte landen, geen onderscheid in de benadering van ouderen enerzijds en jongeren, gehandicapten en chronisch zieken anderzijds.

## 5.9 *Nederland in vergelijking met de andere landen*

Nederland heeft met Duitsland, Zwitserland, België en Frankrijk gemeen, dat de zorg voor het grootste deel gefinancierd wordt door middel van verplichte verzekeringen. In Zweden en Engeland wordt de zorg in hoofdzaak gefinancierd door centrale of lokale belastingen.

Alleen in Nederland en in Zweden hebben alle burgers met een beperking, voortvloeiend uit een medische oorzaak, recht op zorg.

In alle andere landen is het publieke zorgstelsel gericht op langdurige zorg. Men hanteert een flinke drempel in de toegang tot de zorg. Wil men in aanmerking komen voor publieke zorg, moet er net als in Nederland sprake zijn van een behoefte aan zorg. Bovendien moet aangetoond worden dat iemand die hulp vraagt ook substantieel en langdurig afhankelijk is van de hulp van anderen. Daarbij moet er sprake zijn van ernstige gezondheidsrisico's, van grote urgentie of moet de zelfstandigheid van de burger bedreigd worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als regieverlies dreigt door bijvoorbeeld dementie.

---

<sup>87</sup> <http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/voor-burgers/veranderingen-in-de-awbz/default.asp>

<sup>88</sup> <http://www.minvws.nl/toespraken/dmo/2009/uitweg-uit-het-doolhof-van-indicatiestelling.asp>

In alle landen, met uitzondering van Zweden en Nederland, zijn mantelzorg en eigen middelen voorliggend aan publieke ouderenzorg.

In alle onderzochte landen, met uitzondering van Frankrijk, gaan de verzekeringsmiddelen rechtsreeks of via de lagere overheden naar de zorgaanbieder. Alleen in Frankrijk gaat het geld rechtstreeks naar de burger.

Ook in Nederland na 1998 gaat het geld rechtstreeks naar de zorgaanbieder. Voor zorg thuis, kan men echter via het persoonsgebonden budget (PGB) de middelen zelf ontvangen, besteden en beheren. In Engeland en Duitsland kan men dit ook, maar dan wel onder bepaalde voorwaarden en met toestemming van en controle op de besteding door respectievelijk de Social Service en de MDK.

In Nederland wordt, voor zover het de financiering, de indicatiestelling en de zorgtoewijzing betreft, geen onderscheid gemaakt tussen kortdurende en chronische zorg en tussen ouderen- en gehandicapten zorg. In alle andere onderzochte landen is er een speciaal traject om erkend te worden als chronisch zieke en/of gehandicapte. Is men eenmaal erkend, dan zijn de mogelijkheden niet beperkt tot zorg, maar zijn ze mede gericht op arbeid, opleiding, mobiliteit, huisvesting en inkomen.

Frankrijk, Engeland en Duitsland kennen of ontwikkelen een integraal of participatie budget. Zweden en België kennen de “persoonlijke assistent” als breed inzetbare hulp, ten behoeve van de maatschappelijke participatie van mensen met een ernstige handicap. De genoemde mogelijkheden bestaan in al deze landen niet voor mensen ouder dan 60, tenzij ze voor hun zestigste levensjaar al erkend waren als gehandicapt.

In Nederland is het recht op zorg voor ouderen en voor mensen met een tijdelijke of geringe zorgbehoefte volgens ons beter geregeld en ruimer bedeed dan in alle onderzochte landen. In Nederland hoeft de burger niet aannemelijk te maken dat de eigen middelen en de steun van verwanten onvoldoende zijn, voordat een beroep gedaan kan worden op publieke zorg. Het verkrijgen van recht op zorg is niet afhankelijk van het aanbod of van de professionele discretie zoals in Zweden, Engeland en België. Het persoonsgebonden budget is een recht. Nederland kent geen volumebeleid in tegenstelling tot Duitsland, België, Engeland, Zwitserland en Zweden waar dit (formeel of de facto) wel het geval is. Zo'n beleid heeft als effect dat het beschikbare aanbod en de urgentie bepalend zijn voor het feitelijke zorgaanbod.

In Nederland blijft, volgens ons, het recht op zorg voor chronisch zieken en gehandicapten achter bij de onderzochte landen. Nederland kent (nog) geen integrale ondersteuning van chronisch zieken of gehandicapten met aspecten als arbeid, opleiding, mobiliteit, huisvesting en inkomen. Evenmin kent Nederland een “persoonlijke assistent”.

In Nederland en in Zweden wordt de geïndiceerde zorg in beginsel geheel betaald uit publieke middelen. Er is een beperkte gemaximeerde inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De indicatie is in Frankrijk, Zwitserland en Duitsland een advies aan de verzekering over de omvang van de bijdrage aan de zorgkosten vanuit de verzekering. Dit advies betreft een indeling in klassen en tarieven. Het gaat om een bijdrage in de kosten, dus de verwachting is niet dat deze bijdrage kostendekkend is. In

Frankrijk is een substantiële eigen bijdrage zelfs een van de uitgangspunten in het stelsel. In Engeland wordt na de indicatie, aan de hand van het inkomen berekend wat de eigen bijdrage is. Dit kan in beginsel 100% van de kosten zijn.

In verblijfsvoorzieningen zijn in alle onderzochte landen, de kosten van huisvesting en maaltijden voor rekening van de cliënt. In deze landen doet men in laatste instantie een beroep op de sociale zekerheid als de cliënt de eigen bijdrage niet kan betalen.

Verder kent Nederland geen forfaitaire toeslagen zoals in Engeland en België.

Alleen in Nederland is het indicatiebesluit een beschikking, dat wil zeggen een wettelijk recht (en de cliënt kan hiertegen dan ook bezwaar en beroep aantekenen).

In Engeland, Zwitserland en Zweden eindigt het indicatieproces in een zorgaanbod. In Duitsland en Frankrijk eindigt het indicatieproces met een advies aan de verzekering.

### *5.10 Indicatiestelling in de onderzochte landen.*

In hoofdstuk 3 is het nodige geschreven over de indicatiestelling in de onderzochte landen. Deze paragraaf geeft een schematisch overzicht van een aantal aspecten van indicatie in de onderzochte landen (tabel 5.10.1). Per land geven wij hieronder een toelichting.

#### *Het “personal budget” in Engeland*

In Engeland troffen wij de ontwikkeling van het integrale zelfindicatie tool voor een “personal budget” aan. Ook troffen wij een “resource allocation tool” ten behoeve van de vaststelling van de omvang van het budget aan.

#### *De “Social Service” in Engeland*

In Engeland kan men bij de “Social Service” terecht voor de gebruikelijke zorgvragen. Men onderzoekt de zorgvraag, doet een zorgaanbod en regelt de plaatsing, stelt de eigen bijdrage vast en beslist desgevraagd, over “direct payment”. Men moet voor “allowances” en verpleegkundige hulp bij andere loketten zijn. De combinatie van verantwoordelijkheid voor vraagverheldering, beschikking en zorgaanbod is in het Nederland na 1998 niet gebruikelijk. Het is het CIZ of transferverpleegkundigen niet toegestaan om een specifiek zorgaanbod of zorgaanbieders aan te bevelen of de plaatsing te organiseren, omdat dit de concurrentie zou vervalsen. In Engeland is er kritiek op deze combinatie van verantwoordelijkheden, maar zeker niet bij iedereen. Wij kwamen ook de opvatting tegen dat “het onprofessioneel was” om de vraag te verhelderen en dan niet met de oplossing te komen.

#### *Het “Plan de Vie” en het bijbehorende budget in Frankrijk*

In Frankrijk ontwikkelde men de praktijk om delen van het budget van verschillende financiers en verzekeringen te bundelen in één fonds (CNSA) ten behoeve van integrale ondersteuning van een persoonlijk integraal budget.

Het sterke punt is, dat niet tal van instellingen moeten beslissen over één aanvraag. Vaak wordt een integrale aanpak niet alleen belemmerd door vele loketten en vele instanties die bij mensen over de vloer komen, maar ook door meerdere uitvoeringsorganisaties die los van elkaar en op basis van eigen criteria beschikken. Dit probleem lijkt hier opgelost.

#### *De casemanagers van de MDPH in Frankrijk*

Ook in Frankrijk zien wij de ontwikkeling van een casemanager die met de cliënt een “Plan de Vie” maakt en op basis daarvan een budget aanvraagt. Een multidisciplinaire commissie beschikt. De indicatiesystematiek is nog in ontwikkeling.

#### *De behandelend arts in Zwitserland*

In Zwitserland is de beslissing van de behandelend arts voldoende om toegang tot de zorg te krijgen. Dit heeft geen remmende werking op de kostenstijging in de zorg en dus stijgen de poliskosten van de verplichte verzekering. Men ontwikkelt momenteel een landelijke indicatiesystematiek, die regelmatig moet worden uitgevoerd door zorgaanbieders of door zorgaanbiedende overheden. Deze vorm van indicatie beoogt de basis te zijn voor de vaststelling van de feitelijke zorgkosten.

#### *Indicatieadviezen door multidisciplinaire commissies in Zwitserland*

Multidisciplinaire commissies adviseren over vraag of men erkend wordt als chronisch zieke of gehandicapte. De normen voor toegangsbepaling zijn vastgelegd. Kantonnale afdelingen van de IVG beslissen. Indien men deze drempel heeft genomen, krijgt men ondersteuning gericht op arbeid, opleiding, zorg en inkomen.

#### *Het integrale karakter van de indicatie in Zweden*

Het integrale karakter van de indicatie door de lokale overheid is een opvallend gegeven. Er is ook duidelijk één loket. De indicatie is echter niet onafhankelijk en bij de zorg voor ouderen ook niet gebaseerd op vastgelegde rechten. Dat is wel het geval bij de “persoonlijke assistenten”. De criteria voor toegangsbepaling en de toekenningnormen zijn in wetten en regelgeving vastgelegd.

#### *Vrije keuze van indicatiestellers in België*

België kent zelfstandige multidisciplinaire commissies. Mits door VAPH of door de verzekering erkend, kunnen deze commissies zwaarwegende indicatieadviezen geven aan regionale commissies van de VAPH of verzekeringen. De burger kan kiezen welke commissie hij wil inschakelen.

#### *Het persoonlijke-assistentie budget in België*

Bij het VAPH kunnen gehandicapten die aan de toegangsbepalingen voldoen een “persoonlijk assistentie” budget aanvragen voor mensen die niet in een verblijfsvoorziening willen wonen.

#### *De positie van de MDK in Duitsland*

Interessant is de positie van het MDK (Medische Dienst Krankenkasse). Ze adviseert niet alleen over thuis- en verblijfszorg, maar ook over medische behandeling, hulpmiddelen en revalidatie. Hierdoor ontstaat een grote mate van integraliteit. Het MDK adviseert slechts, de verzekeringen beschikken. In

de praktijk is het advies van de MDK echter zeer gezaghebbend en in geval van beroep weegt dit advies voor de rechter zwaar.

**Tabel 5.10.1 Aspecten van indicatiestelling per land**

Land	Aard	Indicerende instanties	Indicatie aspecten	Opmerkingen
Engeland	Zorg	Social Service	Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentiebepaling Zorgtoewijzing	Vast stelling eigenbijdrage. Toestemming direct payment
	Disability living allowance, <60 jaar	Social Security Office	Beschikking	Forfaitair bedrag
	Attendance allowance ouderen >60 j	The Disability and Carers Service, Department for Work and Pensions	Beschikking	Forfaitair bedrag
	Personal budget	Local council	Beschikking	Zelfindicatie
Frankrijk	Zorg toelage voor ouderen	Département	Vraagverheldering Beschikking	
	Integraal budget	MDPH	Vraagverheldering Advisering	Beschikking door CNSA
	Toelagen	Tal van instanties	Beschikkend	Forfaitair bedrag
Zwitserland	Ouderen zorg	Artsen	Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentiebepaling Zorgtoewijzing Beschikkend	
	Gehandicapten en chronisch zieken <60 jaar	Invalidern verzekering, Multi-disciplinaire commissies adviseren	Toegangsbepaling Vraagverheldering Zorgtoewijzing Adviserend	Regionale afdelingen IVG beschikken
Zweden	Zorg	Lokale overheid	Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentie bepaling Zorgtoewijzing Beschikkend	
België	Ouderen en gezin	Zorgaanbieder bij mandaat	Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentie bepaling Beschikkend	
	Gehandicapten en chronisch zieken <60 jaar	Zelfstandige door VAPH erkende Multi disciplinaire commissies	Toegangsbepaling Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentiebepaling Beschikkend	Regionale door VAPH aangewezen commissies beslissen
	De Inkomens - vervangende tegemoetkoming (IVT)	Burgemeester woonplaats	Beschikkend	Forfaitair bedrag
	Integratie tegemoetkoming (IT) voor hulp aan bejaarden (THAB)	Burgemeester woonplaats	Beschikkend	Forfaitair bedrag
		Burgemeester woonplaats	Beschikkend	Forfaitair bedrag
Duitsland	Zorg; revalidatie, behandeling, hulpmiddelen	Medische Dienst Krankenkasse	Vraagverheldering Prioriteitstelling Urgentiebepaling adviserend	Verzekering beschikt

### *5.11 Dezelfde dilemma's, verschillende oplossingen.*

In alle onderzochte landen zien wij een streven naar meer invloed van de burger op de zorg en naar meer keuzevrijheid. Dit gebeurt door de positie van de zorgvragende burger te versterken en de keuzevrijheid te vergroten door middel van persoonlijke budgetten, financiële tegemoetkomingen, fiscale maatregelen en door de positie van de cliënt wettelijk vast te leggen.

In alle onderzochte landen wil men de positie en de autonomie van de zorgvragende burger versterken. De vraag rijst dan wel, hoe omgegaan moet worden met de publieke verantwoordelijkheid voor de zwakkere en kwetsbare burger? In Frankrijk kiest men voor het financieel ondersteunen van de autonomie van de burger en zijn familie, en in Zweden voor een universeel publiek aanbod voor ieder individu. In de andere onderzochte landen zien wij een mix van beide benaderingen.

In alle onderzochte landen stijgen de kosten en de verwachting is dat deze door de vergrijzing nog verder zullen stijgen.

In Frankrijk, België, Engeland, Duitsland en Nederland is er een streven naar een meer integrale benadering van de ondersteuning van mensen met complexe zorgvragen, waarbij niet alleen naar zorg, maar ook naar arbeid, opleiding, mobiliteit, huisvesting en inkomen wordt gekeken.

Er is een tendens, om de drempels tot de zorg en/of tot de financiering van de zorg hoger te leggen, en om de prioriteit te leggen bij mensen die sterk afhankelijk zijn van publieke ondersteuning.

In de mate waarin landen traditioneel een aanbodgericht stelsel hadden, zien wij overal dat de informatie en het zorgaanbod achterblijft bij de ontwikkeling naar een vraaggestuurd stelsel. Vooral daar waar de overheid als uitvoerder of opdrachtgever een verantwoordelijkheid heeft voor dat aanbod.

Met uitzondering van Frankrijk is de toegang tot de zorg en het zorgaanbod in de onderzochte landen, nog nauwelijks ingesteld op het bedienen van de individuele zorgvragende cliënt. De organisatie van de zorg is overwegend ingesteld op de overheid of de verplichte verzekeraar als opdrachtgever. Ze wordt gekenmerkt door gestandaardiseerde producteenheden die deze opdrachtgevers nu eenmaal nodig hebben om de kosten te beheersen en te voldoen aan de opdracht tot gelijke behandeling.



## 6 *Van private verantwoordelijkheid naar publieke interventie*

Het beleid voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten is in de westerse landen nooit ontworpen, maar het is gedurende een lange periode geëvolueerd. Dit gebeurde vanuit een grotendeels gemeenschappelijk startpunt en men ontwikkelde in grote lijnen dezelfde waarden. De verschillen in vormgeving zijn de neerslag van tegenstellingen en compromissen binnen de samenlevingen waarin ze ontstonden. Een gevolg hiervan is dat de organisatie van de zorg in de meeste landen complex en weinig transparant is. Dat heeft weer tot gevolg dat ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en hun naasten in veel gevallen moeizaam hun weg kunnen vinden.

In alle onderzochte landen heerst de opvatting dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten moeten kunnen leven in waardigheid en respect, toegang dienen te hebben tot een goede gezondheidszorg en moeten kunnen beschikken over de middelen voor een redelijk bestaan. Er is een breed gevoelde verwachting dat de samenleving zo moet zijn ingericht dat deze waarden worden gerealiseerd.

Over de vraag of de staat verantwoordelijk is voor de realisatie van deze waarden, of dat de staat de burgers in gelegenheid moet stellen om deze waarden te realiseren wordt verschillend gedacht. Over het algemeen verwacht men in Noord Europa dat de staat deze waarden direct realiseert, en verwacht men in Zuid Europa dat de staat de realisatie van deze waarden door burgers ondersteunt<sup>89</sup>. In Nederland en in de landen rondom ons zien wij een gemengd beeld, waarbij het niet altijd duidelijk is waar de private verantwoordelijkheid ophoudt en de publieke verantwoordelijkheid begint.

De wijze waarop de bovengenoemde evolutie heeft plaatsgevonden en vorm gekregen, verschilt per land. In vrijwel alle onderzochte landen is de organisatie, de financiering de indicatiestelling en het aanbod van de zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten complex en gefragmenteerd. Dit komt doordat allerlei aspecten van deze zorg in een historisch proces en in afzonderlijke domeinen zijn vormgegeven. In de meeste landen is het domein van medische zorg en de financiering daarvan, anders georganiseerd dan het domein van zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Vaak ligt de verantwoordelijkheid voor de ouderen bij de lokale overheid en die voor de gehandicapten en chronisch zieken bij de landelijke overheid. Het domein van de kortdurende zorg staat vrijwel overal apart van die van de langdurige zorg. Het domein van de ouderen is een andere dan dat van de chronisch zieken en gehandicapten. Het domein van de sociale zekerheid onderscheidt zich van dat van de sociale gezondheidszorg. Al deze domeinen hebben hun eigen focus, procedures,

---

<sup>89</sup> Ranci, C. and Pavolini, E. 2007 "New Trends of Long-Term Care Policy in Western Europe"

budgetten, indicatie- en urgentiecriteria, en alle hebben ze hun eigen uitvoeringsorganisaties die op hun beurt weer een zelfstandig belang vertegenwoordigen.

Tegelijk groeit overal het inzicht dat aan kwaliteit en efficiëntie van de zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten veel te winnen valt als de ondersteuning integraal is in plaats van gefragmenteerd. Er zijn meerdere strategieën waarmee getracht wordt deze integratie te bewerkstelligen. Zo zien wij pogingen om de domeinen te laten samenwerken door de regie in één hand te leggen, door de indicatie in één hand te leggen of door de financiering en de besluitvorming daarover te bundelen. De ervaringen met een aantal van deze strategieën worden elders in dit verslag besproken.

Het gemeenschappelijk startpunt was overal de verantwoordelijkheid van familie en lokale gemeenschappen voor de ouderen, zieken en gehandicapten. In het begin van de vorige eeuw werd de staat niet gezien als de verantwoordelijke voor problemen van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. De private verantwoordelijkheid werd geleidelijk aangevuld en ondersteund door initiatieven vanuit kerken, vakbonden en andere belangenorganisaties maar ook door de overheid. De mate waarin dit gebeurde, en de wijze waarop, is de kern van de politieke geschiedenis van de verschillende landen.

De eerste publieke interventie was vooral een medische bemoeienis. Medische problemen kunnen het private overstijgen en hele samenlevingen raken. Medische kennis oversteeg de mogelijkheden en beperkingen van de private zorg. Hygiëne kon alleen door middel van publieke interventie effectief bevorderd worden. Langs deze lijn ontwikkelde zich in de meeste landen het onderscheid tussen care en cure, tussen medische zorg en sociale gezondheidszorg. Dit gebeurde in de regelgeving, de financiering, de organisatie en in de uitvoering. De weg naar de verpleegkundige zorg en naar de verpleeghuiszorg werd daardoor een andere weg dan die naar de persoonlijke verzorging, naar de huishoudelijke verzorging en die naar het verzorgingshuis.

Veranderingen in de samenleving, zoals industrialisatie en verstedelijking, erodeerden in toenemende mate de draagkracht van de familie en de lokale gemeenschappen. In de loop van de vorige eeuw zag men als reactie daarop de ontwikkeling van particuliere initiatieven zoals zorgcoöperaties en onderlinge verzekeringen. De eerste voorzieningen voor ouderen werden opgericht voor mensen die niet konden terugvallen op familie of lokale gemeenschappen, zoals bijvoorbeeld het geval was bij militaire en zeelieden. In sommige landen nam dit de vorm aan van organisaties die zorg-in-natura, aanbieden, zoals dat het geval was bij het “Kruiswerk” in Nederland. Men betaalde maandelijks een klein bedrag en kon dan een beroep doen op deskundige zorg en bijstand indien dat nodig was. Elders zien wij vooral onderlinge verzekeringen, waarbij men in geval van nood financiële ondersteuning kreeg om de noodzakelijke zorg te kunnen betalen.

De ontwikkeling van het beleid voor de zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten ontwikkelde zich overal langs twee duidelijk te onderscheiden lijnen. De eerste was die van inkomen, pensioenen, uitkeringen en belastingmaatregelen, en de tweede was die van zorgvormen als verpleeg-

en verzorgingshuizen, verblijfsinstellingen voor gehandicapten en chronisch zieken, thuiszorg en hulpmiddelen.

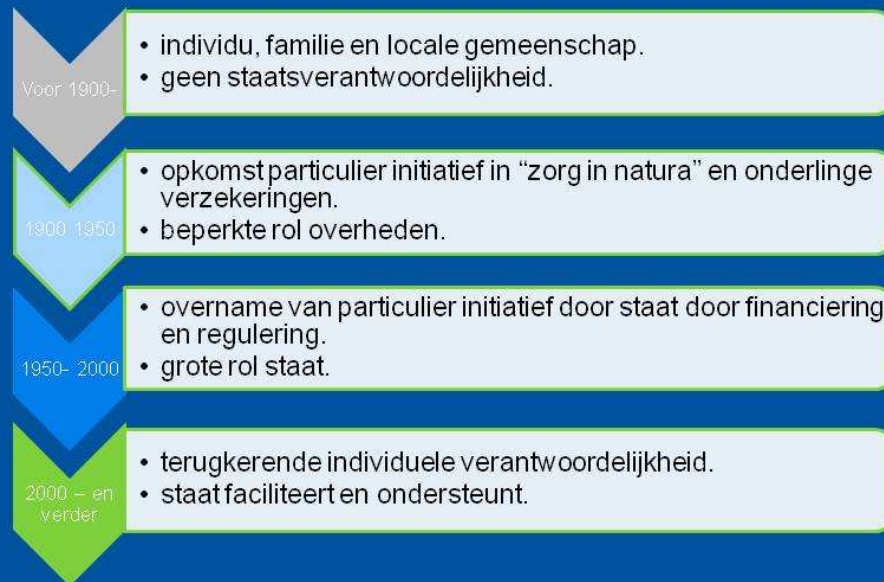
De ontwikkelingslijn van het inkomen blijft hier verder onbesproken, waarbij wel opgemerkt moet worden dat de samenhang tussen inkomen en goede zorg in alle landen groot is. Deze samenhang wordt nu groter naarmate de zorg meer vraaggericht wordt en persoonlijke budgetten en forfaitaire toeslagen belangrijker worden.

In landen als Zwitserland en Frankrijk is de zorg voor chronisch zieken en ouderen vooral het domein van sociale verzekeringen en daar zien wij dat de focus gericht is op de mogelijkheid tot autonomie, werk, omscholing en herintredingen. Daar waar de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten vooral gefinancierd en geregistreerd wordt vanuit het perspectief van de sociale zekerheid ligt het accent op ontwikkeling en/of het herstel van het vermogen tot deelname aan het arbeidsproces. Het accent ligt daar meer op de mogelijkheden dan op de beperkingen.

Na de Tweede Wereld Oorlog is de zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten in toenemende mate een zaak geworden van overheden. Steeds meer mensen zijn afhankelijk van volledige of aanvullende steun van de overheid. Daarbij komt dat de welvaart sinds de tweede wereld oorlog in alle onderzochte landen is toegenomen, waardoor de normen voor een waardig bestaan en goede zorg tegenwoordig veel hoger liggen. Ook hierdoor is de omvang van de zorgsector, zowel organisatorisch als financieel, sterk gegroeid.

De onderzochte landen hebben zich na de oorlog verder ontwikkeld tot verzorgingsstaat. De uitgangspunten van deze staten verschillen, en daarmee ook het gezondheidszorgbeleid als belangrijk onderdeel van deze verzorgingstaat.

## Verschuiving van de verantwoordelijkheid



voor de zorg in Nederland

**Figuur 1: Verstatelijking van de zorg in Nederland.**

In Nederland was de toename van publieke verantwoordelijkheid voor de zorg aanbodgericht en vooral zichtbaar in de vorm van de Awbz en de subsidiëring van thuiszorg- en verzorgingshuis (WBO) instellingen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) uit 1967<sup>90</sup> is een verplichte verzekering voor "onverzekerbare" zorgrisico's. Thuiszorg en de verzorgingshuizen waren traditioneel private non-profit organisaties. Na de oorlog worden deze instellingen in toenemende mate publiek gesubsidieerd hetgeen gepaard ging met een toenemende overheidsregulering. De financiering gaat later over in de Awbz. Dat de Awbz daarmee over de "Rubicon" trad van de "bijzondere" ziektekosten, en steeds meer een algemene zorgverzekering werd, en dat de overheid daarmee een steeds grotere verantwoordelijkheid op zich nam voor zorgbehoeften van al haar burgers is door weinig mensen opgemerkt. De Awbz-financiering van de thuiszorg en later ook de invoering van het PGB, werden gezien als verbetering van de mogelijkheid om mensen langer thuis en in hun eigen omgeving te laten blijven. De verwachting was, dat hierdoor de druk op dure verblijfsvoorzieningen zou afnemen en dat thuiszorg de duurdere zorgvormen voor een deel zou vervangen. In de praktijk bleek dat de groei in zorgkosten gewoon doorging. Het universeel beschikbaar maken van goedkopere zorgvormen maakt het mensen mogelijk om langer in de eigen omgeving te blijven, maar vergroot ook het publieke domein en dus de publieke kosten. Het gaat hier om het aantrekken van de vraag naar

<sup>90</sup> Wettekst AWBZ [http://wetten.overheid.nl/BWBR0002614/geldigheidsdatum\\_27-04-2009](http://wetten.overheid.nl/BWBR0002614/geldigheidsdatum_27-04-2009)

publiek gefinancierde zorg en dus niet om misbruik. Het betreft in het algemeen sociaal medisch verantwoorde zorg. Deze zorg kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van patiënten en beperkt de afhankelijkheid van mantelzorg. Het gaat echter om zorg die voorheen niet universeel beschikbaar was en volledig publiek werd gefinancierd. Wel kan deze beschikbaarheid een “Moral-hazard effect”<sup>91</sup> hebben, in die zin dat er minder prikkels zijn om deze kosten te vermijden.

In Duitsland, België, Zwitserland en Nederland werd het zorgaanbod overwegend geleverd door non-profit zorginstellingen met een levensbeschouwelijk karakter, zoals kerken en vakbonden, die in toenemende mate door de overheid werden gefinancierd en aangestuurd. In Engeland en Zweden werd de lokale overheid financier en zorgaanbieder. In Duitsland, Zwitserland, België en Engeland ontwikkelde de publieke zorg zich als ondersteunend en aanvullend op de verantwoordelijkheid van de familie. Nederland volgde Zweden in de richting van een steeds meer universeel publiek zorgstelsel (AWBZ inclusief WBO en thuiszorg). In alle landen bepaalde de landelijke overheid, als voornaamste financier, direct of via verzekeringen, in grote lijnen wat er geleverd wordt, hoeveel en voor wie. De coöperatieve verzekeringen zijn als regel uitgegroeid tot een verplichte verzekering met werkgevers en werknemersbijdragen. In Nederland zijn de thuiszorg- en kruiszorgcoöperaties door fusies uitgegroeid tot de grote thuiszorgorganisaties die qua financiering vrijwel geheel afhankelijk zijn van middelen die via de overheid bij hen terecht komen.

De schaal van aanbod, de noodzaak tot beheersbaarheid en de behoefte aan gelijke behandeling, voortkomend uit het publieke karakter van het zorgstelsel, leidde in alle landen tot uniformering en standaardisering van het zorgaanbod. Dit botst aan einde van de 20<sup>e</sup> eeuw steeds meer met de groeiende behoefte aan keuze en invloed op de eigen zorg, en met de hogere eisen die men stelt aan het serviceniveau van de zorginstellingen. De spanning tussen deze wensen enerzijds en de noodzaak van uniformiteit, gelijkheid in behandeling en standaardisatie, die voortvloeien uit een grootschalige publieke taak, is onderwerp van actuele discussies in alle onderzochte landen. Deze spanning lijkt, samen met de behoefte aan kostenbeheersing, momentum te geven aan een ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg en naar een financiële ondersteuning van de zorgvrager in plaats van de aanbieder.

De zorgorganisatie, zowel in logistiek en procedureel opzicht als in aanbod, is niet of onvoldoende ingesteld op het ondersteunen van het zelfoplossend vermogen van de burgers en nog steeds georiënteerd op het publiek gefinancierd aanbod.

Het resultaat van een evolutie van bijna 150 jaar ten behoeve van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten is een mozaïek van regelingen, organisatievormen, instituties, cultuur en praktijken en daarbij behorende verwachtingen. Overal ziet men verworvenheden met elementen waaraan grote waarde wordt gehecht, maar ook ziet men de rafelranden en ervaart men de tekortkomingen. Het feit dat de evolutie als regel plaats vond als een geheel van politieke compromissen, maakt bovendien dat

---

<sup>91</sup> Moral hazard; Verzekeringen verminderen de onzekerheid in verband met bijvoorbeeld gezondheidsrisico's, zoals ziekte verzuim en arbeidsongeschiktheid. Een probleem is echter dat ze calculerend gedrag (*moral hazard*) bevorderen. Zo kunnen mensen met een goede verzekering zich minder risico vermijdend gedrag vertonen of doen ze een te groot en langdurig beroep op de verzekering.

op veel bestaand beleid een zware hypotheek rust van gevestigde politieke posities en organisatiebelangen. Hierdoor kan men één en ander niet zomaar veranderen. De vraag dient zich overigens wel aan, in hoeverre dit patchwork als functionerend geheel de opgaven aankan waarvoor het gesteld is.

## *6.1 Twee ontwikkelingslijnen aan de hand van Zweden en Frankrijk.*

De ontwikkeling is in elk van de onderzochte landen bepaald door de sociale geschiedenis en de cultuur van dat land. De uitkomsten zijn uniek en kernmerkend voor elk van deze landen. Toch menen wij twee hoofdlijnen van ontwikkelingen te kunnen waarnemen.

Deze hoofdlijnen komen duidelijk tot uiting als wij de situatie in Frankrijk vergelijken met die van Zweden.

Een gebruikelijke typologie van verzorgingsstaten is die in de liberale, de conservatieve en de sociaaldemocratische verzorgingsstaat, ook wel aangeduid als het Angelsaxische, het Continentale en het Scandinavische model<sup>42</sup>. Uitgaande van die indeling zou Zweden tot het Scandinavische type horen en Engeland tot het Angelsaxische type en Frankrijk en de andere landen tot het continentale type. De focus van dit oriënterend onderzoek is gericht op de rol van de staat met betrekking tot de organisatie van de zorg.

Ons viel op dat de Franse verzorgingsstaat een uitermate vraaggericht stelsel heeft en dat Zweden een sterk aanbodgericht stelsel heeft, en de overige landen (inclusief Engeland) een mengeling hebben van beide benaderingen. Daarom vergelijken wij Frankrijk en Zweden en bespreken wij de positie van de overige landen in dat perspectief<sup>92</sup>.

Het vergelijken van gezondheidszorgstelsels vraagt om terughoudendheid en voorzichtigheid, als men daarbij de aard van de welvaartstaat buiten beschouwing laat. Zo lijkt de Zweedse welvaartstaat een kleiner deel van het GDP aan publieke gezondheidszorg te besteden dan Frankrijk en Nederland, terwijl de kwaliteit van de zorg hoog is (OECD Health Data 2008). Hieruit kan niet zonder meer worden afgeleid dat Zweden minder doet aan gezondheidszorg, noch dat Zweden een superieur gezondheidsstelsel heeft. Zweden besteedt een relatief groot deel van het GDP aan sociaal beleid, met als doel de sociale ongelijkheid te verminderen en arbeidsparticipatie te maximaliseren. De doelstelling is om mensen gelijke kansen te geven en optimaal te laten deelnemen aan samenleving<sup>93</sup>. Het gevolg is dat de verschillen in inkomen en opleiding kleiner zijn en in het algemeen de sociale gelijkheid groter. Er zijn relatief minder armen, meer werkende vrouwen (bijna 100% en veelal voltijds), meer werkende ouderen (tot 67 jaar), minder alleenstaande niet werkende vrouwen, minder werklozen en minder slecht geïntegreerde allochtonen, en dit leidt vrijwel zeker tot minder vraag in de gezondheidszorg.

---

<sup>92</sup> Costanzo Ranci; Emmanuele Pavolini, 2007

<sup>93</sup> Sweden's new public health policy; Gunnar Ågren. national institute of public health; WWW.FHI.se

In beide landen staat niet ter discussie dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten hun leven moeten kunnen leiden met goede zorg, respect en waardigheid. Maar dat leidt in Zweden tot een heel andere aanpak dan in Frankrijk.

In Zweden is men trots op het sociale stelsel. Men betaalt naar vermogen en als men oud, ziek of gehandicapt is, krijgt men zorg naar behoefte. De (lokale) overheid coördineert de zorg, produceert in de meeste gevallen het zorgaanbod, indiceert, stelt de urgentie en de zorgomvang vast en betaalt de zorg. De burger is daarmee erg afhankelijk van het professionele oordeel van gemeentelijke medewerkers. Deze afhankelijkheid wordt enigszins beperkt doordat de rechten van chronisch zieken en gehandicapten wettelijk zijn vastgelegd. Voor ouderen is dat echter niet het geval. De kosten worden via gemeentelijke belastingen gedekt en er is een begrensde eigen bijdrage. Omdat de financiële mogelijkheden van gemeenten verschillen, kan de zorg ook lokaal verschillen. Dat de organisatie van zorg en sociale zekerheid in één hand is, namelijk die van de lokale overheid, maakt het voor de burgers in Zweden gemakkelijk om de weg naar de zorg te vinden.

Als mensen in kommervolle omstandigheden dreigen terecht te komen, grijpt de overheid in en dat is ook de wens en de verwachting van de bevolking. Onafhankelijkheid van steun uit de sociale omgeving en van mantelzorg is een waarde in het Zweedse stelsel. Mantelzorg wordt gezien als vorm van afhankelijkheid en als een last voor vooral vrouwen. Daarmee wordt mantelzorg gezien als een belemmering van vrouwen om volledig maatschappelijk te participeren. Men wijst er op dat Zweden de hoogste (volledige) arbeidsparticipatie van vrouwen heeft die daarmee substantieel bijdragen aan de Zweedse welvaart.

In Zweden is de zorg sterk aanbodgericht. Er is geen PGB. Wel kent men in Zweden de z.g. “persoonlijke assistent” voor mensen met een ernstige handicap. De cliënt die geïndiceerd is mag zelf deze persoonlijk assistent aanstellen. Er is nauwelijks een markt. Er zijn nauwelijks aanvullende verzekeringen. Verreweg het meeste zorgaanbod wordt door de overheid zelf geproduceerd. Omdat het zorgaanbod van de lokale overheid bepalend is, is indicatiestelling vooral een functie ten behoeve van zorgtoewijzing.

De Zweden hechten aan gelijkheid, niet alleen in kansen, maar ook in resultaat. Dat ook in de Zweedse verzorgingsstaat hoog opgeleide mensen toch nog een hogere levensverwachting hebben dan laagopgeleide mensen wordt als tekortkoming gezien. Zweden willen ook zekerheid en daarvoor betalen ze, als het moet, veel belasting.

De Zweedse lokale overheid heeft nu al te kampen met een kostenstijging die niet onbeperkt door belastingverhogingen kan worden afgedekt. Nu al zijn er verschillen ontstaan in zorgniveau tussen gemeenten onderling, omdat de ene gemeente meer belasting kan heffen dan de andere. De gemeenten hebben de neiging om op de kostenstijging te reageren door de drempel voor sommige voorzieningen te verhogen, zoals bijvoorbeeld die voor de persoonlijke assistent. Omdat de gemeente het zorgaanbod bepaalt en de indicatie verricht, is er een neiging tot keuze voor lichtere en goedkopere zorgvormen: meer thuiszorg en minder verblijfszorg, en in de thuiszorg meer huishoudelijke hulp en minder verpleegkundige hulp. In het Zweedse publieke debat wordt deze ontwikkeling wel gezien als een verschraving van de kwaliteit van de zorg.

In Zweden zal bovendien de komende jaren sprake zijn van een substantiële vergrijzing. Hoe de kosten hiervan gaan worden opgevangen is onhelder. Het verder verhogen van de belasting is nauwelijks een optie. In Zweden is men niet ingesteld en voorbereid op een grotere private

verantwoordelijkheid. Dat verhoudt zich slecht met de traditie en de hoge belastingen. Tot nu toe lijkt men vooral aan te koersen op het bevorderen van efficiëntie en het toelaten van private zorgaanbieders.

In tegenstelling tot Zweden heeft de Franse verzorgingsstaat zich ontwikkeld in een samenleving gekenmerkt door grote politieke instabiliteit, grote sociale tegenstellingen en drie oorlogen. Na het wegvallen van de gilden en andere structuren van het ancien regime na de Franse revolutie, was de Franse bevolking overwegend aangewezen op de ondersteuning van familie en sociale groeperingen. Dit was in toenemende mate onvoldoende basis voor de ondersteuning. In de praktijk konden werkgevers en werknemers, en later de staat, zich vinden in het ondersteunen van de familie als basis van het sociale stelsel. Het Franse stelsel heeft zich ontwikkeld vanuit een reeks van sociale steunmaatregelen en onderlinge verzekeringen ter ondersteuning van de familie<sup>94</sup>. Deze ondersteuning werd ontwikkeld voor uiteenlopende beroepsgroepen over een lange periode<sup>95</sup>. Het doel was de familie financieel te ondersteunen in allerlei situaties, waarin het gezin onder druk zou kunnen komen: zoals bij zwangerschap, het grootbrengen van kinderen, ongevallen en ziekte, huisvestingsproblemen, werkloosheid en ouderdom<sup>50</sup>. De familie is belangrijk; men verwacht dat veel problemen binnen de familie zelf worden opgelost. In Frankrijk bestaat een wettelijke verplichting voor wederzijdse ondersteuning van ouders, kinderen en kleinkinderen, de “obligation alimentaire”. Deze verplichting betreft onder andere materiële ondersteuning en kan zover gaan als het vorderen van de erfenis<sup>96</sup>. In Frankrijk zijn de volgende kernwaarden belangrijk: zelfstandigheid (autonomie, liberté) en gemeenschapzin (fraternité). Gelijkheid is belangrijk, in die zin, dat iedereen in Frankrijk in dezelfde mate bejegend dient te worden door de overheid. Het gaat daarbij vooral om gelijkheid in toegang en niet zo zeer om gelijkheid in uitkomst, zoals in Zweden. De Fransman hecht aan zijn vrijheid en zelfstandigheid. Wat goed voor ons is bepalen wij zelf wel en wordt niet door de staat of hulpverleners bepaald. Die laatste mogen natuurlijk wel adviseren of bijspringen. Natuurlijk heeft ook de Franse burger soms hulp nodig. De Franse sociale zekerheid en de gezondheidszorg hebben zich ontwikkeld tot een stelsel voor alle Fransen, echter niet door de bestaande regelingen te vervangen, maar door ze aan te vullen en te overkoepelen<sup>50</sup>. Er zijn daarom tal van instanties, verzekeringen en fondsen die gezamenlijk het stelsel van sociale zekerheid en gezondheidszorg vormen. Het is moeilijk voor de Franse burger om daar een weg in te vinden. Het doel van dit stelsel is het ondersteunen van de zelfstandigheid van de familie. Er zijn vele indicerende instellingen, maar er is geen uniform uitgewerkt indicatiesysteem. In het Franse publieke debat is de vereenvoudiging van de bureaucratie en de ontwikkeling van een uniform indicatiesysteem actueel<sup>97</sup>. Het Franse stelsel is vraaggestuurd. Aanbod is er te kust en te keur en in alle prijsklassen en kwaliteitsklassen. Er zijn veel zelfstandigen werkzaam. De Franse staat bevordert dit om de

---

<sup>94</sup> Historique du système français de sécurité sociale., <http://www.securite-sociale.fr/>

<sup>95</sup> The French social protection system. ACREDI 2005

<sup>96</sup> Inhoud van de obligation alimentaire; <http://vosdroits.service-public.fr/F1196.xhtml>

<sup>97</sup> Maud van der Veen, okt.2008 Liberté, égalité et fraternité. Les personnes âgées dépendantes en France.

werkgelegenheid te stimuleren. In het Franse publieke debat is sprake van kritiek op de onvoldoende kwaliteitswaarborgen voor het zorgaanbod.

In het totaal van de regelingen, gaat men er vanuit dat de burger en de familie de kosten meefinancieren. De verzekerde en de publieke bijdrage zijn een onderdeel van de financiering. Er is dus geen directe en volledige koppeling tussen de publieke of verzekerde bijdragen aan de kosten en de uitgaven voor de zorg, zoals in Zweden en Nederland het geval is. Men kan voor goedkope zorg kiezen of voor dure, als men kan en wil bijbetalen of zich heeft bijverzekerd. Dat zijn particuliere beslissingen. Dat maakt dat de staat ook niet verantwoordelijk kan zijn voor de uitkomst van deze beslissingen. De Franse staat is dus niet verantwoordelijk voor de uitkomst van de keuze, ook niet als mensen als gevolg van hun keuzes aan lager wal geraken. Dit uitgangspunt kon echter niet overeind blijven toen in een hete zomer duizenden kwetsbare Fransen bezweken onder een combinatie van hitte en gebrek aan verzorging en aandacht. Publieke middelen ter ondersteuning van mensen die dat onvoldoende zelf konden, werden ter beschikking gesteld.

Frankrijk kent een wettelijke zorgverplichting voor de familie en er is een aanvulling in de vorm van verplichte verzekeringen. In Frankrijk is de burger een klant op een markt die hem graag wil bedienen. Er is aanbod in elke prijs. De soevereiniteit van de Franse oudere of gehandicapte is dus groot. Maar uiteraard heeft niet iedereen geld, een huis en familie.

Met de oprichting van het CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ) is het Franse stelsel niet meer voornamelijk gericht op ondersteuning van de burger en de familie, maar neemt ze ook verantwoordelijkheid voor de financiering van de zorg voor afhankelijke ouderen en gehandicapten. Dit doet ze echter ook weer ondersteunend met een casemanager en een budget en dus weer geheel binnen de traditie van de vraagsturing. De Franse verzorgingsstaat schept mogelijkheden, maar is terughoudend om in te grijpen in het bestaan van mensen die hun kansen niet grijpen of verkeerde beslissingen nemen.

**Tabel 6.1 Kernmerken Frankrijk en Zweden**

Frankrijk	Zweden
kernwaarden: liberté, fraternité	Kernwaarden: gelijkheid, zekerheid
Besteding gezondheidszorg als % van GDP: 8,8%	Besteding gezondheidszorg als % van GDP: 7,5%, waarvan 2,8 % voor de zorg voor ouderen.
Kenmerken Staat ondersteunt de eigen verantwoordelijkheid en de kwetsbaren.	Kenmerken Betalen naar vermogen, publieke zorg en naar behoefte.
Verantwoordelijkheid zorg: burger, familie en sociale verbanden.	Verantwoordelijkheid zorg: lokale overheid.
Vraaggestuurd. Ondergrens: hulp aanbieden, geen interventie. Vele instanties voor ondersteuning.	Aanbodgestuurd. Ondergrens: interventie van de staat. Eén loket.

## 6.2 Zweden en Frankrijk en hun uitdaging

Zweden en Frankrijk staan beide voor de vraag hoe om te gaan met de problemen die voortkomen uit hun zorgstelsels.

Zweden heeft in verhouding de meeste ouderen van alle Europese landen. De effecten van de vergrijzing zullen dus de komende jaren om een oplossing vragen<sup>98</sup>. Een verhoging van de arbeidsparticipatie, zoals in Nederland wordt besproken, zal niet veel ruimte bieden in een land waar de arbeidsparticipatie onder vrouwen nu al zeer hoog is, de werkloosheid onder jongeren gering en ouderen al werken tot hun 67<sup>e</sup> levensjaar. Verdere verhoging van de belastingen of de eigen bijdrage lijken ook geen optie. Wellicht kan de productiviteit in de gezondheidszorg nog verbeterd worden. In Zweden wordt, zij het behoedzaam, een grotere rol bevorderd van particuliere zorgaanbieders<sup>99</sup>. De financiering van het huidige zorgniveau lijkt nu al onder druk te staan en maatregelen als een hogere drempel voor duurdere zorg zijn beperkt mogelijk in een land, waar mensen ingesteld zijn op universele en vrijwel volledige dekking van de kosten en geen aanvullende verzekeringen kennen. Het risico in Zweden en andere landen met een publieke gezondheidszorg met sterke universele kenmerken lijkt te zijn dat het hoge niveau van verzorging langzaam erodeert en dat groepen mensen voor zichzelf moeten opkomen die dat niet gewend zijn en daarop dus niet zijn voorbereid, en dit binnen een structuur die niet ingericht is op particuliere oplossingen. Als de Zweedse welvaartstaat de ambitie van het hoogwaardige, universele zorgaanbod niet kan handhaven, is het onvermijdelijk dat ze prioriteiten gaat stellen. Het is dan ook noodzakelijk dat mensen zijn voorbereid op een dergelijke ontwikkeling en dat de infrastructuur het mogelijk maakt om problemen op te lossen, die de staat niet meer ziet als prioriteit.

Het komt ons voor, dat de Fransen ingesteld zijn op het zelfstandig oplossen van hun problemen en dat de organisatie van de zorg daarop ook is ingesteld. Voor het merendeel van de Fransen zal dat waarschijnlijk gaan lukken in de komende jaren. Het Franse stelsel kent vele loketten en is weinig transparant. De wegen die Fransen moeten doorlopen om de financiering van hun zorg rond te krijgen, zijn ingewikkeld en er valt op dit punt veel te verbeteren. Wel is te verwachten dat de bijdrage van familie en de bijdrage uit eigen middelen voor een groeiende groep mensen onvoldoende zal zijn om de zorgkosten te dekken. Een groeiende groep mensen zal dan als het ware door de bodem zakken van het Franse stelsel. De CNSA zal een antwoord kunnen bieden, maar alleen voor hen die ondersteund willen worden. In ieder geval zal ook de Franse staat een antwoord moeten vinden op de kostenstijging. Omdat de arbeidsparticipatie, de werktijd en de werkduur veel lager is dan die in Zweden, heeft de Franse staat veel mogelijkheden tot verbetering. Maar het politieke klimaat in

---

<sup>98</sup> Elderly care in Sweden ; <http://www.sweden.se/eng/Home/Quick-facts/Facts/Elderly-care-in-Sweden/>

<sup>99</sup> Patient-controlled care; I seek to shorten health care queues. One way is to attract more care providers into the health and social services sector. More care providers from the private and non-profit sectors will improve patients' freedom of choice and their scope for comparing quality within the health and medical care sector. Göran Hägglund; Minister for Health and Social Affairs

Frankrijk zal het niet gemakkelijk maken die mogelijkheden in de praktijk te realiseren. De Franse verzorgingsstaat is traditioneel ingesteld op de eigen verantwoordelijkheid en het eigen initiatief van de Franse burger en zijn/haar familie. Veel families hebben daarbij echter ondersteuning nodig. Die ondersteuning is er, maar ze is fragmentarisch, ingewikkeld en bureaucratisch. Het vermogen van de Franse burger om met enige ondersteuning zelfstandig de eigen problemen op te lossen, zal aanzienlijk vergroot worden indien deze ondersteuning gerationaliseerd wordt. Dit bijvoorbeeld door één budget of toeslag met een beperkt aantal klassen en landelijk, één uitvoeringsorganisatie en uniforme indicatie of toekenningcriteria in te voeren. Voor kwetsbare mensen met veel problemen en beperkingen heeft de Franse welvaartstaat met het integrale budget en CNSA wellicht een middel ontwikkeld om effectief om te gaan met de noden en behoeften van kwetsbare burgers. Effectief casemanagement en integrale besluitvorming over een integraal budget op basis van een integraal plan kunnen voor gemotiveerde mensen een goede oplossing zijn. Niet alle burgers zullen gebruik maken van deze mogelijkheid en dus blijft het risico bestaan dat een groep mensen in Frankrijk door de bodem zakt.

### *6.3 Tussen Stockholm en Parijs.*

De onderzochte landen tussen Stockholm en Parijs hebben welvaartstaten ontwikkeld, met elementen van de universele welvaartstaat en van de ondersteunende welvaartstaat. Ook is in die landen een mix van aanbodgestuurde en van vraaggestuurde zorg te zien.

Nederland, bijvoorbeeld, zit in een transitie van aanbodgestuurde- naar vraaggestuurde zorg. Het PGB in Nederland wordt in publicaties beschreven als een vernieuwend voorbeeld<sup>100</sup>. In Engeland, Duitsland, België en Zwitserland is de zorg overwegend aanbodgericht georganiseerd. In Engeland, Duitsland en België zijn er in toenemende mate mogelijkheden, om in het verkrijgen van zorg ondersteund te worden door een budget of een toeslag of beide. Bij het verkrijgen van het budget of de toeslag, en bij het verkrijgen van de zorg in natura, heeft men overal te maken met vele instanties en ervaart men bureaucratie. In de genoemde landen lijkt het zowel voor overheid als voor de bevolking, niet duidelijk te zijn wat nu precies de verantwoordelijkheid van de overheid is en wat nu de verantwoordelijkheid van de burger is. In Nederland maakt men bovendien (als enige land) geen onderscheid tussen langdurige en kortdurende zorg, en tussen zorg voor mensen onder en boven de 60 jaar.

Dit betekent dat de overheid kan worden aangesproken op compensatie van vrijwel alle beperkingen met een medisch-sociale grondslag en wel met wettelijk vastgelegde aanspraken die ook als budget kunnen worden gerealiseerd. Hierdoor heeft het stelsel in Nederland een aantal kenmerken van het Zweedse systeem, maar zonder de budgettaire rem die Zweden heeft door het aanbod gerichte

---

100 Catharine Huguenin; 2005 Assistenzmodell für Menschen mit Behinderungen.

karakter, waardoor in Zweden feitelijk sprake is van een volumebeleid. De Zweden hebben een wettelijk recht op goede zorg, maar dat recht is in beperkte mate in aanspraken vastgelegd en niet als budget opeisbaar. De reactie in Nederland op de stijging van kosten is het aanscherpen van de rechten op aanspraak, het deels uit het verzekeringsstelsel plaatsen van huishoudelijke zorg en ondersteunende begeleiding, en het verbeteren en uniformeren van de indicatiestelling.

Onder de gegeven omstandigheden zijn prioriteitsstelling en aanscherping van aanspraken en bevordering van efficiëntie, bijvoorbeeld door marktwerking, noodzakelijk om de stijgende kosten op te vangen. In Engeland, Zwitserland, Duitsland en België zijn lokale overheden verantwoordelijk voor het aanbod van ouderenzorg. Als de kosten stijgen en de verzekeringsbijdrage (Zwitserland, België en Duitsland) of de rijksbijdrage (Engeland) stijgt niet mee, dan verschaalt de zorg, en moet of de eigen bijdrage omhoog gaan, of de tekorten van de lokale overheid in de zorgproductie zullen toenemen. De verwachting is dat de eigen bijdrage zal stijgen voor die mensen die dat kunnen betalen. In al deze landen zal dus het aandeel van de burgers in de verantwoordelijkheid voor de zorg van ouderen toenemen.

De financiering van de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten ligt in al deze landen bij de instanties die verantwoordelijk zijn voor sociale zekerheid, en het beleid is er in al deze landen primair op gericht om te bevorderen dat mensen volwaardig, liefst als werkende burger, hun plek in de maatschappij innemen. De toegang tot de zorg voor gehandicapten en chronisch zieken onder de 60, ontstaat pas als men erkend wordt door de instanties van sociale zekerheid, en als men aan alle eisen voldoet om herstel en (arbeids)integratie te bevorderen. Door deze drempel wordt een duidelijke grens gesteld aan de populatie onder de 60 jaar die een beroep kan doen op zorg en sociale zekerheid. In Nederland en de ons omringende landen wordt in feite uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Maar de tendens in de tweede helft van de vorige eeuw was steeds meer die van een universele verzorgingstaat. Zo'n staat veronderstelt echter een overheid die in staat en bereid is stevig in te grijpen in de levens van mensen, en een bevolking die dit dan ook accepteert. De bereidheid van burgers in Nederland om de interventies en besluiten van publieke uitvoeringsorganisaties te accepteren, lijkt veel lager dan in Zweden.

**Tabel 6.2 Tendens in de ontwikkeling in de landen tussen Stockholm en Parijs.**

Huidige situatie	Ontwikkende situatie
Aanbodgerichte structuur.	Toenemende behoefte van de burger aan keuze en regie.
Overheid stelt zich open voor zorgvragen van iedereen.	Ondersteunen en faciliteren van de redzame burger.
Hoge verwachting bij alle burgers met betrekking tot de rol van de overheid bij hun problemen.	Hoge verwachting voor zorg voor mensen met ernstige en complexe problemen / zelfredzaamheid voor de overige mensen.
Domein specifieke aanpak: multicentraal aspect benadering.	Integrale aanpak, casemanagement voor ernstige en complexe problemen, doelgroepen benadering
Grote publieke bemoeienis met elke zorgvrager.	Grote publieke bemoeienis met mensen met ernstige en complexe problemen

## 7 *De synthese: Een drie lagen model?*

In de onderzochte landen tendeert de ontwikkeling naar een focus op mensen met ernstige beperkingen, in complexe situaties en een met een grote afhankelijkheid. Het gaat hier in de regel om mensen die niet de mogelijkheid hebben gehad om zich op hun situatie voor te bereiden.

Het ligt voor de hand dat de mensen die deze kenmerken niet hebben in toenemende mate zelf de verantwoordelijkheid voor hun situatie in handen moeten nemen. Niet iedereen zal dit echter geheel zelf en zonder enige ondersteuning kunnen, zodat ondersteuning aanvullend aan de eigen inspanning voor een substantiële groep mensen noodzakelijk zal zijn. Dit tendeert volgens ons tot een benadering van de zorg in drie lagen (zie schema 7.1).

*Laag 1:* Een groot deel van de bevolking zal de zorgvragen die ze hebben met eigen middelen oplossen. Dit kan zijn in de vorm van zorg in natura, als hulp van familie of burens/vrienden. Dit kan zijn door de gewenste zorg zelf te financieren, al dan niet met middelen uit particuliere verzekeringen.

*Laag 2:* Een substantieel deel van mensen met een zorgvraag, zal deze met eigen middelen oplossen, maar krijgt daarbij enige publieke steun, financieel of in natura. Deze steun zal niet toereikend zijn om daarmee altijd alle beperkingen en problemen door ziekte, ouderdom en handicap te financieren of op te lossen. De ondersteuning hoeft niet volledig samen te vallen met de kosten die voortkomen uit de beperkingen. Deze kosten vloeien deels voort uit de sociaal-medische oorzaak, maar ze worden mede bepaald door keuzes die men zelf maakt om de eigen situatie te verbeteren. Omdat mensen steeds meer hechten aan hun eigen regie, keuzes en oplossingen zal deze ondersteuning steeds minder het gestandaardiseerde karakter hebben wat bij een algemeen voorzieningenstelsel hoort. “Zorg op maat” is nog steeds gewenst, maar niet elke maat en elke wens hoeft niet met publieke middelen gefinancierd te worden. Om bureaucratie te voorkomen, zal het recht op deze toeslagen met heldere regels, en in een beperkt aantal klassen, worden geformuleerd, zodat indicatie eenvoudig is en zelfindicatie met controle achteraf mogelijk wordt.

*Laag 3:* Een klein deel van de bevolking zal intensieve en meestal kostbare ondersteuning vragen. Deze ondersteuning betreft meestal niet alleen zorg, maar als het om ouderen gaat ook verblijf, soms inkomen en meestal behandeling en vrijwel altijd begeleiding of casemanagement. Als het om chronisch zieken of gehandicapten op jongere leeftijd gaat, is ook arbeid, opleiding, mobiliteit en huisvesting een onderdeel van deze ondersteuning.



**Schema 7.1** bekostiging van chronische zorg in drie lagen

De verhouding tussen het volume van de lagen verschilt per land. In Frankrijk, Duitsland en Zwitserland zal het aantal mensen in laag 3, die geen gebruik maken van publieke zorg of publieke financiering, naar verwachting groter zijn dan in Nederland en in Zweden<sup>101</sup>. Hetzelfde geldt voor de omvang en de aard van de aanvullende ondersteuning voor de mensen in laag 2.

Hoe groot de verschillen ook zijn tussen de stelsels in de onderzochte landen, overal ontwikkelt zich een beleid met bijzondere integrale aandacht voor de mensen in laag 3.

In Zweden is de “*Personliga Assistans*” alleen beschikbaar voor mensen onder de 60 jaar en alleen voor hen die een ernstige zorgbehoefte hebben. In Duitsland en Engeland ontwikkelen een “Trägerübergreifend” persoonlijk budget. Frankrijk heeft zijn CNSA budget voor het “Plan de Vie” en België heeft het “persoonlijke assistentie budget”. In Nederland zijn er pilots in uitvoering voor een

---

<sup>101</sup> Het is moeilijk om betrouwbare cijfers te krijgen over de omvang van de particuliere bijdrage aan de gezondheidszorg. De OESD cijfers uit 2005 tenderen geven een lager bijdrage in landen met een meer universeel stelsel zoals Zweden en Nederland.

geïntegreerde aanpak van complexe aanvragen. Als wij er vanuit gaan dat de persoonlijke assistent een aantal kenmerken kan hebben van casemanagement, staat in alle genoemde landen het casemanagement centraal.

In Nederland is de focus gericht op mensen die het echt niet alleen kunnen een verklaarde politieke doelstelling, zoals wij gezien hebben. Maar ook Zweden kent prioriteiten en heeft die zelfs in de wet vastgelegd<sup>102</sup>.

#### *Wat zijn de gevolgen van gestage drempelverhogingen?*

Indien schaarse resources meer aangewend gaan worden voor mensen met grote afhankelijkheid en ernstige zorgproblemen, dan zullen andere mensen in grotere mate zelf of met hun naasten oplossingen moeten gaan zoeken.

Naast de mensen die daartoe de mogelijkheden en middelen hebben, is er ook een substantiële groep mensen waarvan de kwaliteit van bestaan zonder enige publieke steun ernstig aangetast zou raken, en waarvan een deel mogelijk op den duur tot de zorgafhankelijke laag zou gaan behoren. Als deze mensen zonder enige materiële of maatschappelijke ondersteuning aan hun lot worden overgelaten, moeten ze als het ware eerst omvallen, voordat ze geholpen worden. Er ontstaat een “zorg- of regieverlies-val“, waarbij men pas publieke hulp krijgt als men de greep op de dingen is kwijtgeraakt. Het risico is bovendien, dat de situatie als gevolg daarvan “medisch–sociaal” onnodig verslechtert en de zorgzwaarte verhoogd is als de mensen uiteindelijk geholpen worden. Hierdoor stijgen de kosten. Er is dus zowel een zorginhoudelijk als financieel argument om *preventieve* maatregelen te nemen om de zelfstandigheid van die mensen op een redelijk niveau te ondersteunen.

Deze preventieve maatregelen dienen echter ondersteunend te zijn, willen ze de draagkracht van mensen niet verder belasten. De weg om die ondersteuning te krijgen is in landen als Nederland, Frankrijk en Engeland complex en weinig transparant. Het is daarom een extra belasting voor mensen die proberen zelfstandig overeind te blijven.

Forfaitaire ondersteuning in een beperkt aantal klassen, zoals in België, Duitsland en Frankrijk mogelijk is, kan mits eenvoudig vormgegeven de draagkracht van mensen vergroten. Dat veronderstelt eenvoudige procedures en heldere toekenningregels, bij voorkeur geschikt voor zelfindicatie. Maar daar waar de regels voor de toegang tot de zorg zijn vastgelegd, zijn ze zelden eenvoudig.

#### *Is er een tendens tot Europese convergentie?*

De verzorgingsstaten in de onderzochte landen ontwikkelden zich met uiteenlopende kenmerken hoewel dat nergens in de pure vorm gebeurde. In Zweden waren dat de kenmerken van de universele verzorgingsstaat: “Bijdragen naar vermogen en ontvangen naar behoefte.” In Frankrijk en Duitsland

---

<sup>102</sup> The first group includes, for example, care of patients with life-threatening diseases, palliative care and care for people with chronic diseases. The second group includes prevention and rehabilitation. In the third group, care of patients with non-acute and nonchronic diseases is included. Care that is needed for reasons other than illness or injury forms the fourth group, e.g. cosmetic surgery, and, according to Government Bill 1996/97:60, treatments in this group should not be financed

was de ondersteuning van de familie een belangrijke waarde. In Engeland was dat het ondersteunen van de achterblijvers.

In alle onderzochte landen is een actief beleid in ontwikkeling om de kwaliteit van leven en de autonomie van kwetsbare mensen te verbeteren. Daarnaast zien wij de tendens om de modale zorgvrager, die de eigen problemen wil en kan oplossen met enige ondersteuning, die mogelijkheid ook te bieden met een transparant en toegankelijk zorgstelsel.

## 8 Nabeschuwing

Het integraal benaderen van chronisch zieken en gehandicapten onder de 60 jaar vanuit het perspectief van de bevordering van participatie in de samenleving (met aspecten als werk, opleiding, huisvesting, inkomen en ook zorg) lijkt ons perspectiefrijk. Chronisch zieken en gehandicapten hebben nu met vele instanties te maken. Het is te overwegen om de praktijk van, met name, Zwitserland en Frankrijk nader te onderzoeken met betrekking tot de bruikbaarheid voor de Nederlandse verhoudingen.

De inzet van een “casemanager” voor complexe gevallen lijkt een goede weg om de integraliteit te bevorderen, daar waar de casemanager de cliënt ondersteunt in het samenbrengen en afstemmen van alle mogelijkheden en hulp.

Het is te overwegen om de praktijk van, met name, de ervaringen in Frankrijk, Duitsland en Engeland nader te onderzoeken, met betrekking tot de bruikbaarheid voor de Nederlandse verhoudingen.

De positie van de medewerkers van de MDPH in Frankrijk en de DMK in Duitsland is die van een “casemanager”, die als intermediair opereert tussen de financiers, de zorgaanbieders en de burger. De adviezen van deze “casemanagers” wegen zeer zwaar. Dit kan natuurlijk de autonomie van de kwetsbare zorgvrager ondermijnen. Tegelijkertijd is het juist de positie van die casemanager, die het weer mogelijk maakt om bureaucratische belemmeringen te verminderen en integratie te bewerkstelligen. Hoewel een dergelijke positie niet geheel aansluit bij de Nederlandse traditie van onafhankelijkheid, is het te overwegen om deze aanpak nader te onderzoeken op bruikbaarheid voor de Nederlandse verhoudingen.

Een aantal landen kent een eenvoudige classificatie van zorgniveau's, met soms daarbij behorende tarieven. Het is volgens ons mogelijk om het Nederlandse systeem van functies en klassen te vereenvoudigen en een classificatie te ontwikkelen die voldoende discriminerend is en voldoende eenvoudig is, zodat zelfindicatie en toetsing mogelijk wordt.

Een aantal landen kent de mogelijkheid van forfaitaire toeslagen als alternatief voor zorg in natura, of een persoonlijk budget, welke dekkend moet zijn voor de feitelijke zorgkosten en dus een gedetailleerde indicatie vraagt.

Het is te overwegen om te onderzoeken of een beperkte forfaitaire, inkomensafhankelijk financiële tegemoetkoming niet mogelijk is naast het persoonsgebonden budget. Als deze beperkte tegemoetkoming, laten wij het een zorgtoeslag noemen, zonder veel bureaucratie en zonder bestedingsverantwoording te verkrijgen is, zullen wellicht veel mensen de voorkeur geven aan deze toeslag boven de hogere PGB, omdat deze laatste met meer indicatielast en controleverplichting gepaard gaat.

In Frankrijk, Engeland en Duitsland kan men alleen de zorg in de vorm van een budget krijgen, als de beslissende instanties een plan van aanpak hebben goedgekeurd. In Duitsland wordt dit plan door de MDK beoordeeld en tevens wordt halfjaarlijks onderzocht of de gelden doelmatig zijn besteed.

In alle onderzochte landen zijn de kosten voor huisvesting en eten in verblijfsvoorzieningen ten laste van de cliënt. Indien de cliënt hier niet de middelen voor heeft, komen deze kosten ten laste van de

“sociale zekerheidsmiddelen”. Het invoeren van deze praktijk in Nederland zal waarschijnlijk kosten besparen, maar vooral ook meer ruimte geven voor autonomie en zelfbeschikking van de cliënt die dan als betalende klant gezien gaat worden.

Indien er voldoende deskundige casemanagers zijn die de belangen van kwetsbare burgers kunnen waarborgen, is de noodzaak van het betalen van verzekeringsgelden aan de zorgaanbieder niet meer aanwezig.

De zorgvragende burger gaat moeizaam zijn weg. De invoering van de Duitse “Pflegestützpunkten” met “Pflegeberater(innen)” is een interessante ontwikkeling. Hier werken bestaande medewerkers van verschillende instanties samen. Steunpunten waar het CIZ, gezondheidscentra, UWV, gemeenten, MEE, zorgkantoren etc. samenwerken in het geven van ondersteuning en informatie, zijn te overwegen.

## 9 *Bijlagen*



*BIJLAGE 9.1    Overzicht kenmerken van onderzochte landen*



## *BIJLAGE 9.2 Vragen gesteld als format bij de interviews*

Vijf casussen werden geschetst.

1. Een oudere, alleenstaande en zelfstandig wonende vrouw met medische beperkingen. Hierdoor heeft zij enige verpleegkundige hulp nodig, zoals bijvoorbeeld hulp bij bewassing. Ook is mevrouw niet in staat om alleen het ziekenhuis te bezoeken.
2. Een alleenstaande, oudere en zelfstandig wonende man die geheel zelfstandig de regie kan voeren over het eigen bestaan, maar wel met medische beperkingen heeft. Hierdoor is hij niet in staat zichzelf thuis geheel te verzorgen, te kleden en te wassen. Hij heeft dagelijks ongeveer één dagdeel hulp nodig en wil zelfstandig blijven wonen.
3. Een alleenstaande, oudere en zelfstandig wonende vrouw met medische beperkingen, die hulp bij de bewassing en enige verpleegkundige hulp noodzakelijk maken. Er is sprake van een beperkt vermogen om regie te voeren en er is vrijwel permanent toezicht nodig.
4. Een licht verstandelijk gehandicapte, die grotendeels zelfstandig kan wonen maar wel dagelijks toezicht nog heeft.
5. Een jonge man met een hoge dwarslaesie, die zelfstandig woont. Hij voert volledig de regie over zijn eigen leven, maar is wel afhankelijk van hulp voor persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en vervoer.

Aan de hand van deze casussen werd een antwoord gekregen op de volgende vragen:

- Welke instanties bepalen de inhoud en de omvang van zorg voor de individuele chronische cliënt?
- Welke medewerkers in dienst van welke organisaties beslissen over noodzaak, inhoud en omvang van de zorg?
- Welke criteria voor indicatiestelling en/of zorgtoewijzing worden daarbij gehanteerd.
- Wat zijn zwakke en sterke punten, kansen en bedreigingen voor het systeem in de verschillende landen?
- Welke ervaringen elders zijn van belang voor de Nederlandse indicatiestelling ten behoeve van de AWBZ?



### 9.3 Geraadpleegde deskundigen.

Professor Ingalill Rahm Hallberg,	Professor Ingalill Rahm Hallberg is the head of the National Institute of Health Sciences, The Vårdal Institute, since 2001. She is professor in health science
Professor Dennis Kodner	Dennis Kodner, Professor of Medicine and Gerontology, USA and Editor of the International Journal of Integrated care
Mme Anne Berthou	Associate-director of the Institute for Health and Economics, in Lausanne, Switzerland, in charge of the nursing sector. Project manager of the Swiss NURSING data Project. Lecturer in several nursing schools in Switzerland. Registered nurse, graduate in business management and work psychology
Mevrouw Hellen. E. Dickinson	University of Birmingham. Helen heads the health and social care programme. Helen is Director of the MSc in Managing Partnerships and leads on a number of other modules within the MSc. Health Care Policy and Management.
Professor Jon Glasby	Professor of Health and Social Care and Co-Director, Health Services Management Centre. University of Birmingham
Professor Jill Manthorpe	King's College London Director, Social Care Workforce Research Unit She is a Senior Investigator with the National Institute of Health Research and a Executive Group member of the NIHR School for Social Care Research
Mme Marie-Aline Bloch	Marie-Aline Bloch est directeur scientifique de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA)
Harald Kesselheim	Projektleitung für die Einführung der Pflegeversicherung im AOK-System; seit 1995 Leiter der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband; Mitglied in diversen Kommissionen und Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages
Mevrouw Maud Helder van Veen	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Mevrouw Elke Decruynaere	Directeur Expertisecentrum Onafhankelijk Leven
Prof.dr. M.H.F. Grypdonck	Nursing science; Buitengewoon Hoogleraar, Universiteit Gent, België ; Consulting Professor UMC Utrecht



## *Bijlage 9.4          Geraadpleegde Literatuur*

Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments(LSS);  
[http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna\\_filer/Funktionshindrad/LSS/LSS\\_engelska.pdf](http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Funktionshindrad/LSS/LSS_engelska.pdf)

Anna H. Glenngård; Frida Hjalte; Marianne Svensson; Anders Anell; Vaida Bankauskaite. The European Observatory on Health Systems 2005 Health Systems in Transition.

Bernard van den Berg; Wolter H.J. Hassink; 2008; Cash benefits in long-term home care.

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2009), Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2009), Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Catherine Huguenin, Juni 2005; Assistenzmodell für Menschen mit Behinderungen.

Continue benchmark; Verpleging, verzorging en thuiszorg; 30 juni 2008  
PricewaterhouseCoopers ([www.pwc.nl](http://www.pwc.nl))

DE TEGEMOETKOMING VOOR HULP AAN BEJAARDEN; Directie generaal voor personen met een handicap; mei 2009;  
[http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc\\_ph/arr.htm](http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc_ph/arr.htm)

David Bell and Alison Bowes; University of Stirling 2006; Financial care models in Scotland and the UK

Department of Health care netwerk; Model self-assessment questionnaire.  
[http://www.dhcarenetworks.org.uk/\\_library/Resources/Personalisation/Personalisation\\_advice/Model\\_self-assessment\\_questionnaire.pdf](http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Personalisation/Personalisation_advice/Model_self-assessment_questionnaire.pdf)

Elke Decruynaere'; Juliska van Hauwermeiren ; Februari 2009; Expertisecentrum Onafhankelijk Leven ; Directe financiering in de zorg. Stand van zaken in 8 Europese landen.

Esping-Andersen, G. 1999 Social Foundations of Postindustrial Economies, Oxford, Oxford University Press.

Esping-Andersen, G., 1990. The Three worlds of welfare capitalism,

Fair access to care services - guidance on eligibility criteria for adult social care. 2003 Department of Health [www.dh.gov.uk/](http://www.dh.gov.uk/)

Harbers MM, Wilk EA van der, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H, Achterberg PW. Van Loghum, 2008. Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). RIVM. Ageing with Dignity; ministry of Health and social affairs.

Beter zonder AWBZ?; Den Haag, 2008; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bob Hudson & Melanie Henwood; August 2008; A report commissioned by CSCI for the review of eligibility criteria.

Care of the elderly in Sweden; fact sheet; September 2007; Ministry of Health and Social Affairs

Caroline Glendinning, Bleddyn Davies, Linda Pickard and Adelina Comas-Herrera; London School of Economics 2004; Funding long-term care for older people Lessons from other countries

Casper van Ewijk, Nick Draper, Harry ter Rele and Ed Westerhout; Jan Donders; March, 2006; Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances. Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances.

Cutting the cake fairly; CSCI review of eligibility criteria for social care; oct 2008 Commission for Social Care Inspection.

De belangrijkste invloeden op de uitgaven van de gezondheidszorg;  
<http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/document/72/doc72.pdf>

Diana Robbins, Commission for Social Care Inspection; July 2008; Criteria for Care: Assessing Eligibility for Long-Term Care Services in Europe

Elderly care in Sweden; December 2007; Published by the Swedish Institute  
Helen Dickinson, Jon Glasby, Julien Forder and Lucinda Beesley; British Journal of Social Work (2007); Free Personal Care in Scotland: A Narrative Review

Historique du système français de sécurité sociale [http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes\\_dates.htm#1830](http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes_dates.htm#1830)

<http://www.adecri.org/en/brochures-la-protection-sociale-en-france.html>

INKOMENSVERVANGENDE TEGEMOETKOMING EN INTEGRATIETEGEMOETKOMING;  
Directie generaal voor personen met een handicap; mei 2009;  
[http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc\\_ph/arr.htm](http://www.handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc_ph/arr.htm)

Indiceren Eenvoudig Beter; 2008; Dit is een uitgave van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), Driebergen.

Jet Bussemaker, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Toespraak, 27 maart 2009; Uitweg uit het oerwoud van indicatiestelling.

Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J and Beecham, J; (2007)  
Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study.  
Volume 1,2,3,: University of Kent.

Maud van der Veen, okt.2008 Liberté, galit  et fraternité. Les personnes  g es dépendantes en France.

Melanie Henwood & Bob Hudson Lost to the System? January 2008 The Impact of Fair Access to Care.

Michelle Russell, Brenda Roe, Roger Beech, Wanda Russell; International Journal of Integrated Care;23 February 2009 Service; developments for managing people with long-term conditions using case management approaches, an example from the UK.

Persoonlijke-assistentiebudget; Een zelfstandiger leven voor personen met een handicap; Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

QUALITY IN AND EQUALITY OF ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES; *March 2008*; European Commission.

Ranci, C. and Pavolini, E. , 2007-08-30 “New Trends of Long-Term Care Policy in Western Europe” Paper presented at the annual meeting of the American Political Science Association, Hyatt Regency Chicago and the Sheraton Chicago Hotel and Towers, Chicago, IL

Richtlijnen der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches  
[http://www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien\\_screen.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf)

Sozialgesetzbuch SGB XII Soziale Pflegeversicherung; Zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 15.12.2008; [http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/\\_buch/sgb\\_xi.htm](http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xi.htm)

Susan Jedeloo, Guus Schrijvers; januari 2007; Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers

The Assistance Benefit; Act (1993:389); Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juli 2006

The French Social Protection System; 2008, ADECRI

The Welfare State and redistribution

U heeft een handicap, waar kan u terecht? 2008; VLAAMS AGENTSCHAP VOOR (VAPH)

User perceptions of loss of independence needs assessment methods and processes; dec 2008; CNSA study users en assessments methods.

Ruud de Mooij; March 2006 CPB Reinventing the Welfare State.

Gosta Esping-Andersen and John Myles; The Welfare State and Redistribution.

Rapport d'activité 2007; Union Nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles  
Thuis wonen of in een voorziening? wat is mogelijk? VAPH

The French Social Protection System; Copyright © ADECRI, 2005

Sarah Carr, Social Care Institute for Excellence and Diana Robbins, Social Policy Research and Evaluation; March 2009; The implementation of individual budget schemes in adult social care.

Swedish disability policy; Published by the Swedish Institute, September 2007

Quality in and Equality of Access to Healthcare Services Executive Summary; March 2008; European Commission.

Manfred Huber, Mathias Maucher, Barbara Sak; 2006; Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union.

Study on "assessment practices: a study of organizations and representations" on behalf of CNSA.; January 2009; CNSA – National Funding Organization of Solidarity for Autonomy.

Strategisch rapport voor de sociale bescherming en insluiting 2006-2008; POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid.

Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ; april 2008; De Sociaal-Economische Raad (SER)

Mathias Westecker; November 1998; Die Selbstbestimmung finanzieren, Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget in Großbritannien und den Niederlanden.

DEREK WANLESS; 2006; Securing Good Care for Older People.

Paolo Vestri, 2007; Hexagon Research and Consulting; Care. Scottish Executive Social Research; Evaluation of the Operation and Impact of Free Personal

K. Wingenfeld, A. Büscher, D. Schaeffer; März 2007; Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen; Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten.

Costanzo Ranci; Emmanuele Pavolini; September, 2007; New trends of long-term care policy in Western Europe: towards a social care market?

Putting People First; A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care. HMgovernment.

Clüent en indicatiestelling: de balans; Driebergen, juni 2008; Centrum indicatiestelling zorg.(CIZ).

Personal Assistance and Assistance Benefit; Ministry of Health and Social Affairs

Charlotte Aakjær; Marie Willumsen; Hans Hansen; 2006; Payment for Care, Impact on the Economic Situation of the Pensioner in Denmark, Sweden, Norway, Finland, Great Britain and Germany.

Breda Jef; Gevers Hans; Van Landeghem Caroline; Mei 2008; HET PERSOONSGEBONDEN BUDGET IN NEDERLAND, ENGELAND EN DUITSLAND.

Our health, our care, our say: a new direction for community services; DH department of Health.

Bas Jacobs, Frank Kalshoven en Paul Tang; NOODZAKELIJK LINKS

Gunnar Ågren; Director General Swedish National Institute of Public Health; 2003; *Sweden's new public health policy, National public health objectives for Sweden*

Needs assessment initiatives of cnsa; Jan 2009; www.cnsa.fr

Model self-assessment questionnaire; This document is part of the Personalisation toolkit  
www.toolkit.personalisation.org.uk.

Meerjarenplan vaph 2010 – 2014

Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS);  
Landstingets LSS-enhet

Marie-Aline Bloch, Typhaine Mahé et Gaëlle Richard ; The work of the CNSA on tools and processes of individual needs assessment Intermediate report.

HEALTHY LIFE YEARS IN THE EUROPEAN UNION: FACTS AND FIGURES 2005; European Health Reports Healthy Life Years in the European Union; The present report has been prepared by the European Union Task Force on Health.

Expectancies on the basis of the text prepared by the EHEMU (European Health Expectancies Monitoring Unit) Project supported by the Public Health Programme of the European Union.

Pflegebedürftig. Was nun? Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe; [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

---

## *Bijlage 9.5 Geraadpleegde links*

Deze zijn verzameld tussen 1 januari en 15 april 2009.

(Drees) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.	<a href="http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm">http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm</a>
© Health Consumer Powerhouse AB, 2008. Euro Health Consumer Index 2008	<a href="http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf">http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf</a>
ADECRI acts as a kind of "network hub" responsible for mobilising the potential resources of the 600 national, regional and local bodies which make up the French social security system.	<a href="http://www.adecri.org/en/presentation-generale.html">http://www.adecri.org/en/presentation-generale.html</a>
Altenpflegeportal: Die Pflege in Deutschland.	<a href="http://www.pflege-deutschland.de/">http://www.pflege-deutschland.de/</a>
APA Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Aides sociales aux personnes âgées	<a href="http://vosdroits.service-public.fr/F2112.xhtml?&amp;n=Retraite&amp;l=N16&amp;n=Aides%20sociales%20aux%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es&amp;l=N382#titreN10043">http://vosdroits.service-public.fr/F2112.xhtml?&amp;n=Retraite&amp;l=N16&amp;n=Aides%20sociales%20aux%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es&amp;l=N382#titreN10043</a>
Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft	<a href="http://www.admin.ch/ch/d/sr/c831_20.html">http://www.admin.ch/ch/d/sr/c831_20.html</a>
CareAware is a non profit making public information and advisory service specialising in the issues relating to long term care for older people	<a href="http://www.careaware.co.uk/contacts_directory.htm">http://www.careaware.co.uk/contacts_directory.htm</a>
CBS Centraal Bureau voor de Statistiek	<a href="http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm">http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm</a>
Centrum Indicatiestelling Zorg	<a href="http://www.ciz.nl/">http://www.ciz.nl/</a>
Code de l'action sociale et des familles	<a href="http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7D1BA766AC571862BBA6DB74B338E255.tp djo07v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157551&amp;cidTexte=LEGITEXT000006074069&amp;dateTexte=20090420">http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7D1BA766AC571862BBA6DB74B338E255.tp djo07v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157551&amp;cidTexte=LEGITEXT000006074069&amp;dateTexte=20090420</a>
Continue benchmark Verpleging, verzorging en thuiszorg Sectorresultaten 2007	<a href="http://www.actiz.nl/images/stories/files/themas/markt/achtergronden_cijfers/bm_vvt_08_drukbestand.pdf">http://www.actiz.nl/images/stories/files/themas/markt/achtergronden_cijfers/bm_vvt_08_drukbestand.pdf</a>
Das Gesundheitsportal der AOK, Krankenversicherung.	<a href="http://www.aok-bv.de/index.html">http://www.aok-bv.de/index.html</a>
De internetsite van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.	<a href="http://www.wvc.vlaanderen.be/welzijnegezondheid/index.htm">http://www.wvc.vlaanderen.be/welzijnegezondheid/index.htm</a>
Departement of Health Fair access to care services - Guidance on eligibility criteria for adult social care	<a href="http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653">http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653</a>
Department of Health care network; Model self-assessment questionnaire.	<a href="http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Personalisation/Personalisation_advice/Model_self-assessment_questionnaire.pdf">http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Personalisation/Personalisation_advice/Model_self-assessment_questionnaire.pdf</a>

Department of Health. Fair access to care services - guidance on eligibility criteria for adult social care.	<a href="http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653">http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653</a>
Die Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.	<a href="http://www.mdk.de/916.htm">http://www.mdk.de/916.htm</a>
Direct payments - arranging your own care and services.	<a href="http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128">http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128</a>
DIRECTGOV Public services all in place.	<a href="http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128">http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128</a>
Dit is de website van de disciplinegroep Public Health, onderdeel van de divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.	<a href="http://www.integratedcare.nl/">http://www.integratedcare.nl/</a>
Dit is een website van Per Saldo, dé belangenvereniging van en voor mensen met een persoonsgebonden budget.	<a href="http://www.pgb.nl/showpage.php?pa=700&amp;menu=0,0">http://www.pgb.nl/showpage.php?pa=700&amp;menu=0,0</a>
Elderly care in Sweden The elderly represent an increasing part of the Swedish population. Many are in good health and lead active lives.	<a href="http://www.sweden.se/eng/Home/Work-Live/Society--welfare/Elderly-care/Facts/Elderly-care-in-Sweden/">http://www.sweden.se/eng/Home/Work-Live/Society--welfare/Elderly-care/Facts/Elderly-care-in-Sweden/</a>
EPHA is an international non-profit association registered in Belgium.	<a href="http://www.epha.org/">http://www.epha.org/</a>
Euro Health Consumer Index	<a href="http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf">http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf</a>
Expertisecentrum Onafhankelijk Leven.	<a href="http://www.onafhankelijkleven.be/">http://www.onafhankelijkleven.be/</a>
Fair access to care services - guidance on eligibility criteria for adult social care	<a href="http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653">http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653</a>
Federale overheidsdienst sociale zekerheid: Het gehandicaptenbeleid in België: institutionele context.	<a href="http://handicap.fgov.be/nl/about/politique.htm">http://handicap.fgov.be/nl/about/politique.htm</a>
Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten: Schweden, Großbritannien, Schweiz, Niederlande.	<a href="http://www.bpb.de/popup/popup_druckversion_sosi.html?quid=EM53VQ&amp;sosi_quid=&amp;sosi_lt=AA148">http://www.bpb.de/popup/popup_druckversion_sosi.html?quid=EM53VQ&amp;sosi_quid=&amp;sosi_lt=AA148</a>
Health care, health, social issues/insurance. SWE	<a href="http://www.sweden.gov.se/sb/d/2197">http://www.sweden.gov.se/sb/d/2197</a>
Het gehandicaptenbeleid in België	<a href="http://handicap.fgov.be/nl/about/politique.htm">http://handicap.fgov.be/nl/about/politique.htm</a> tp:.
Hilfe und Pflege, wie Sie sie wünschen.....	<a href="http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/pb_broschuere.pdf">http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/pb_broschuere.pdf</a>
Integratietegemoetkoming (IT) De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft.	<a href="http://handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc_ph/ai.htm">http://handicap.fgov.be/nl/citoyens/alloc_ph/ai.htm</a>
Integratietegemoetkoming voor gehandicapten.	<a href="http://www.antwerpen.be/eCache/BTH/1/284.cmVjPTI0OTU.html">http://www.antwerpen.be/eCache/BTH/1/284.cmVjPTI0OTU.html</a>
International Journal of Integrated Care	<a href="http://www.ijic.org/">http://www.ijic.org/</a>

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	<a href="http://www.cnsa.fr/">http://www.cnsa.fr/</a>
MDPH C'est un organisme qui permet un accès unique aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées.	<a href="http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13624.xhtml">http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13624.xhtml</a>
Mencap is the voice of learning disability	<a href="http://www.mencap.org.uk/">http://www.mencap.org.uk/</a>
Ministère du travail et de la prévoyance sociale	<a href="http://www.travail-solidarite.gouv.fr/ministere/centenaire-du-ministere/centenaire-du-ministere-du-travail-prevoyance-sociale.html">http://www.travail-solidarite.gouv.fr/ministere/centenaire-du-ministere/centenaire-du-ministere-du-travail-prevoyance-sociale.html</a>
Ministère du travail, du relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.	<a href="http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&amp;id_rubrique=776">http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&amp;id_rubrique=776</a>
Ministry of Health and Social Affairs ;Health care, health, social issues/insurance	<a href="http://www.sweden.gov.se/sb/d/2197">http://www.sweden.gov.se/sb/d/2197</a>
My Social Care Online.	<a href="http://www.scie-socialcareonline.org.uk/searchp.asp?query=keyword=" individual%20budgets"="">http://www.scie-socialcareonline.org.uk/searchp.asp?query=keyword="individual%20budgets"</a>
Noodzakelijk links Bas Jacobs, Frank Kalshoven en Paul Tang	<a href="http://www.wbs.nl/download.do/id/100004183/cd/true/">www.wbs.nl/download.do/id/100004183/cd/true/ -</a>
Obligation alimentaire	<a href="http://vosdroits.service-public.fr/F1196.xhtml">http://vosdroits.service-public.fr/F1196.xhtml</a>
Our health, our care, our say: a new direction for community services	<a href="http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127453">http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127453</a>
Persönliches Budget Rechtsanspruch ab 1. Januari 2008	<a href="http://www.bmas.de/coremedia/generator/9266/persoenliches_budget.html">http://www.bmas.de/coremedia/generator/9266/persoenliches_budget.html</a>
Pflegeversicherung: Information zur Privaten und gesetzlichen Pflegeversicherung.	<a href="http://behinderung.org/pfgesetz.htm">http://behinderung.org/pfgesetz.htm</a>
Portaal van Belgium.be; informtie en diensten van de overheid. Gezondheid	<a href="http://www.belgium.be/nl/gezondheid/index.jsp">http://www.belgium.be/nl/gezondheid/index.jsp</a>
Portail de la sécurité sociale	<a href="http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes_dates.htm#1830">http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes_dates.htm#1830</a>
Publieks Informatie site voor zorg etc.	<a href="http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/Introductiontofinancialsupport/DG_10034232">http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/Introductiontofinancialsupport/DG_10034232</a>
Putting People First; A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care. HRM government	<a href="http://www.lga.gov.uk/lga/aio/19195">http://www.lga.gov.uk/lga/aio/19195</a>
Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen	<a href="http://www.dbfk.de/download/download/Gutachten/Pflegebeduerftigkeitsbericht2007-03-31final.pdf">http://www.dbfk.de/download/download/Gutachten/Pflegebeduerftigkeitsbericht2007-03-31final.pdf</a>
Resource allocation systems; Personal budgets involve the person who is eligible for support knowing, up front and early, what their budget is likely to be.	<a href="http://www.dhcarenetworks.org.uk/Personalisation/Topics/Browse/Resourceallocationsystems/">http://www.dhcarenetworks.org.uk/Personalisation/Topics/Browse/Resourceallocationsystems/</a>
SCIE research briefing 20: The implementation of individual budget schemes in adult social care Published January 2007 Updated February 2009	<a href="http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing20/index.asp">http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing20/index.asp</a>

SCIE social care on line	<a href="http://www.admin.ch/ch/d/sr/c831_20.html">http://www.admin.ch/ch/d/sr/c831_20.html</a>
Sécurité sociale	<a href="http://www.securite-sociale.fr/">http://www.securite-sociale.fr/</a>
SFI – The Danish National Centre for Social Research.	<a href="http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=2631">http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=2631</a>
SGB IX § 6a Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Zweiten Buch.	<a href="http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_ix.htm">http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_ix.htm</a>
Sweden's entire population has equal access to health care services. The Swedish health care system is government-funded and heavily	<a href="http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-health-care/">http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-health-care/</a>
Swedish disability policy	<a href="http://www.sweden.se/eng/Home/Work-Live/Society--welfare/Health-care/Facts/Patient-controlled-care/">http://www.sweden.se/eng/Home/Work-Live/Society--welfare/Health-care/Facts/Patient-controlled-care/</a>
The Budgetary and Economic Consequences of Ageing in the Netherlands <sup>1</sup>	<a href="http://fmwww.bc.edu/cef00/papers/paper372.pdf">http://fmwww.bc.edu/cef00/papers/paper372.pdf</a>
The French social protection system.	<a href="http://www.adecri.org/images/stories/the_french_social_protection_system.pdf">http://www.adecri.org/images/stories/the_french_social_protection_system.pdf</a>
The Independent Living (1993) Fund is designed to help you, if you are disabled, to live independently at home rather than in residential care.	<a href="http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG_10018723">http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG_10018723</a>
The official gateway to Sweden	<a href="http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/">http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/</a>
The Swedish Institute of Assistive Technology (SIAT)	<a href="http://www.hi.se/templates/Page_132.aspx">http://www.hi.se/templates/Page_132.aspx</a>
The Vårdal Institute, Professor Ingalill Rahm Hallberg is the head of the National Institute of Health Sciences	<a href="http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=4216&amp;pageversion=1">http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=4216&amp;pageversion=1</a>
The Welfare State and Redistribution	<a href="http://dcpis.upf.edu/~gosta-esping-andersen/materials/welfare_state.pdf">http://dcpis.upf.edu/~gosta-esping-andersen/materials/welfare_state.pdf</a>
Übersicht über Gesetze zur sozialen Sicherheit.	<a href="http://db03.bmgs.de/Gesetze/gesetze.htm">http://db03.bmgs.de/Gesetze/gesetze.htm</a>
UNA, 1 <sup>er</sup> réseau de services à domicile et de services à la personne.	<a href="http://www.una.fr/sommaire-activite-chiffres-cles-1566.html">http://www.una.fr/sommaire-activite-chiffres-cles-1566.html</a>
UNA, partenaire de la Conférence Direction(s) sur l'aide à domicile	<a href="http://www.una.fr/">http://www.una.fr/</a>
VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	<a href="http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/">http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/</a>
VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	<a href="http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/">http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/</a>
VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	<a href="http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/">http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/</a>
Veranderingen in de zorg 2009 AWBZ	<a href="http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg/awbz/default.asp#a2">http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg/awbz/default.asp#a2</a>
Veranderingen in de zorg 2009 Toespraak, 27 maart 2009	<a href="http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/voor-burgers/veranderingen-in-de-awbz/default.asp">http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/voor-burgers/veranderingen-in-de-awbz/default.asp</a>
Welzijn, volksgezondheid en gezin.	<a href="http://wvg.vlaanderen.be/welzijnegezondheid/">http://wvg.vlaanderen.be/welzijnegezondheid/</a>
Wet, tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Wtcg	<a href="http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicapten-wtcg/default.asp">http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicapten-wtcg/default.asp</a>
Integratedcare.nl is de website van de disciplinegroep Public Health	<a href="http://www.integratedcare.nl/">http://www.integratedcare.nl/</a>

## *Bijlage 9.6 De Franse classificatie en tarieven*

### DEFINITION OF THE AGGIR GRID ISO-RESSOURCES<sup>103</sup>

The AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) grid classifies the elderly in six levels of autonomy, starting from the observation of activities or everyday life activities that are or not carried out by the person :

The first (Gir 1) includes persons confined to their bed or a wheelchair, having lost their mental, physical, motor and social autonomy and require the continued assistance of other people.

Gir 2 includes two sub-groups: on the one hand, persons confined to their bed or to a wheelchair whose mental faculties are not totally altered and who require assistance for most every day life activities; on the other hand, it includes those whose mental faculties are altered but have maintained motor skills.

Gir 3 regroups persons having conserved their mental autonomy and partially conserved their motor skills but require multiple daily visits for assistance for their physical autonomy.

Gir 4 includes persons unable to initially move on their own but one upright, are able to move around within their home. They also must be helped for grooming and getting dressed.

Gir 5 includes persons autonomous in their home who can move around and feed themselves on their own. They may require some assistance for grooming as well as the preparation of meals and house cleaning.

Gir 6 regroups persons who have not lost their autonomy for all basic life Activities.

---

<sup>103</sup> Source : DREES, Etudes et Résultats, n. 388, April 2005.

**MONTHLY AMOUNT FOR THE APA BASED OF THE LEVEL OF DEPENDANCE AS OF DECEMBER 31<sup>ST</sup> 2004**

**A – Monthly At-Home Amount**

	Average Amount (euros)	Amount Paid for by the Conseils généraux (euros)	Financial Participation by the Elderly Person (euros)	Co-Payment Share Covered by Beneficiaries (in %)	Co-Payment Share Effectively Covered by Beneficiaries
Gir 1	887	770	117	57	204
Gir 2	725	621	104	63	164
Gir 3	555	482	73	62	118
Gir 4	348	306	42	62	68
Together	488	424	64	64	102

**B – Monthly Amount in EHPA\***

	Together	General Council (Conseil général) Share	Beneficiary Share**		
Gir 1 & 2	471	342	129		
Gir 3 & 4	293	174	119		
Together	406	281	125		

\* The Institution part only refers to institutions housing the elderly who are not part of the experimental global holdings.

\*\* Including the institutions dependence rate applicable to Gir 5 & 6.

Coverage: All of France.

**More information**

LSS-administrator at the county council



Phone 021-17 48 34



e-mail: lss@ltv.se



Internet: www.ltv.se/lss



The Swedish Act (1993:387) concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS). (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Government bill (1992/93:159) concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (Proposition (1992/93:159) om stöd och service till vissa funktionshindrade).



2006-02 - 30. LSS, engelska

## Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS)

Landstingets LSS-enhet

The Swedish Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS) is an entitlement law that guarantees good living conditions for people with extensive and permanent functional impairment, ensuring that they receive the help they need in daily life and that they can influence the support and services they receive.

A request for support and service from an individual who meets the criteria for this Act shall first be evaluated to ascertain whether it is a measure that is regulated by this Act, because it can generally be assumed that such requests benefit the individual. Measures pursuant to this Act are only provided when the individual requests them.

To be entitled to measures pursuant to this Act, individuals must meet the criteria specified by the Act. They must need assistance in activities of daily living and their needs may not be met in any other way.

**This Act applies to people who**

1. are mentally retarded or autistic, or who have a condition resembling autism
2. have considerable and permanent mental impairment following brain damage sustained as an adult, as a result of external force or physical illness
3. have some other lasting physical or mental impairment that is clearly not due to normal aging, if such impairments are substantial and cause considerable difficulties in daily life and consequently, an extensive need for support and service.

**The measures for special support and special service are**

1. advice and other personal support that requires special knowledge about problems and conditions governing the life of a person with major and permanent functional impairments
2. help from a personal assistant or financial support for reasonable costs for such help to the extent that the need for financial support is not covered by assistance benefit pursuant to the Assistance Benefit Act (1993:389)
3. escort service
4. help from a personal contact
5. relief service in the home
6. short stay away from the home

7. short period of supervision for schoolchildren over the age of 12 outside their own home in conjunction with the school day and during the holidays
8. arrangements for living in a family home or in residential arrangements with special service for children and young people who need to live away from their parental home
9. residential arrangements with special service for adults or some other specially adapted residential arrangements for adults
10. daily activities for people of a working age who have no gainful employment nor are doing a training

Those who are qualify for measures pursuant to this Act are entitled by the county council to advice and other personal support (rådgivning och annat personligt stöd).

**Complement to other support**

Individuals who qualify for measures pursuant to this Act may be entitled to support from experts who, in addition to their professional knowledge, also have special knowledge about what it is like to live with serious functional impairments. A social worker, psychologist, physical therapist, preschool adviser, speech therapist, occupational therapist, or dietitian can provide such support. Advice and support shall be a complement to and not a replacement for measures such as habilitation, rehabilitation and social services.

**Cost**

Advice and other personal support are free for the individual.

**Application**

Each municipality and many county councils have a separate LSS administrator or an assistance administrator who is responsible for LSS. Applications may be submitted in writing, though they may also be made orally during a meeting with the LSS-administrator. The person with the functional impairment is the applicant.

**Appeals**

There is a right of appeal to a county administrative court against a decision.



**Bundesgesetz  
über die Invalidenversicherung  
(IVG)<sup>1</sup>**

vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2009)

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 34<sup>quater</sup> der Bundesverfassung<sup>2,3</sup>  
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 24. Oktober 1958<sup>4</sup>,  
beschliesst:*

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Zwitscherland)  
(IVG)<sup>1</sup>

Art. 1a

Die Leistungen dieses Gesetzes sollen:

- a. die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;
- b. die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;
- c. zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.



## *Bijlage 9.9 Das Begriff der Pflegebedürftigkeit*

### SGB XI § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit (Duitsland)

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
  1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane ,
  3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
  1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

### SGB XI § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
  1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der

Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, daß die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt .

1	in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen
2	. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen
3	in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

- 3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

De tarieven per klasse voor thuiszorg en verblijfszorg zijn voor de komende jaren vastgesteld, ze zijn te vinden op: [http://www.sozialgesetzbuch bundessozialhilfegesetz.de/ buch/sgb\\_xi.htm](http://www.sozialgesetzbuch bundessozialhilfegesetz.de/ buch/sgb_xi.htm)

SGB XI § 36 Pflegesachleistung

SGB XI § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

SGB XI § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

SGB XI § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

SGB XI § 41 Tagespflege und Nachtpflege

SGB XI § 42 Kurzzeitpflege

## Bijlage 9.10 *Het Duitse Persönliches Budget*

Rechtsanspruch ab 1. Januar 2008



Die Leistungsform des Persönlichen Budgets wurde mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zum 1. Juli 2001 eingeführt. Dadurch können Leistungsempfänger/-innen von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe ein Budget wählen. Hieraus bezahlen sie die Aufwendungen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind. Damit werden behinderte Menschen zu Budgetnehmern/Budget-nehmerinnen, die den „Einkauf“ der Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln können; sie werden Käufer, Kunden oder Arbeitgeber. Als Experten in eigener Sache entscheiden sie so selbst, welche Hilfen für sie am besten sind und welcher Dienst und welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.

Diese Wahlfreiheit fördert die Selbstbestimmung behinderter Menschen.

Das Persönliche Budget löst das bisherige Dreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger/-innen und Leistungserbringer auf; Sachleistungen werden durch Geldleistungen oder Gutscheine ersetzt.

Besondere Bedeutung für die Fortentwicklung der Leistungen zur Teilhabe haben trägerübergreifende Persönliche Budgets als Komplexleistungen; Hiervon spricht man, wenn mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen. Seit dem 1. Juli 2004 ist geregelt, dass heute neben allen Leistungen zur Teilhabe auch andere Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, Leistungen der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Pflegeleistungen der Sozialhilfe in trägerübergreifende Persönliche Budgets einbezogen werden können.

Für ein Persönliches Budget müssen Menschen mit Behinderungen einen entsprechenden Antrag beim Leistungsträger stellen. Ab 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Das bedeutet, dass dem Wunsch- und Wahlrecht der potentiellen Budgetnehmer/-innen in vollem Umfang entsprochen wird und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich alle Anträge auf Bewilligung von Persönlichen Budgets zu genehmigen sind.



## Bijlage 9.11 Integratietegemoetkoming



Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid  
Directie-generaal  
Personen met een handicap



[Home](#) / [Burgers](#) / [Tegemoetkomingen aan personen met een handicap](#) / THAB

[Inkomensvervangende tegemoetkoming](#)

[Integratietegemoetkoming](#)

[Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden](#)

---

### *Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)*

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wordt toegekend aan de persoon met een handicap van 65 jaar of ouder die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt er rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een handicap, alsook van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

De persoon die de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wenst te verkrijgen, moet gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven. Die persoon moet ook één van de nationaliteiten bezitten die door de wetgeving worden beoogd.

De aanvraag voor de inkomensvervangende tegemoetkoming gebeurt bij de burgemeester van de gemeente waar de persoon met een handicap is ingeschreven in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister.

### *Integratietegemoetkoming (IT)*

De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt er rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een handicap, alsook van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

De persoon die de integratietegemoetkoming wenst te verkrijgen, moet tussen 21 en 65 jaar oud zijn, gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven. Die persoon moet ook één van de nationaliteiten bezitten die door de wetgeving worden beoogd.

De aanvraag voor de inkomensvervangende tegemoetkoming gebeurt bij de burgemeester van de gemeente waar de persoon met een handicap is ingeschreven in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister.

### *Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)*

De inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap van wie is vastgesteld dat zijn lichamelijke of psychische toestand zijn verdienvermogen heeft verminderd tot een derde of minder van wat een gezonde persoon door het uitoefenen van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt er rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een handicap, alsook van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

De persoon die de inkomensvervangende tegemoetkoming wenst te verkrijgen, moet tussen 21 en 65 jaar oud zijn, gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven. Die persoon moet ook één van de nationaliteiten bezitten die door de wetgeving worden beoogd.

De aanvraag voor de inkomensvervangende tegemoetkoming gebeurt bij de burgemeester van de gemeente waar de persoon met een handicap is ingeschreven in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister.

## Bijlage 9.12      *Guidance on eligibility criteria*



### FAIR ACCESS TO CARE SERVICES GUIDANCE ON ELIGIBILITY CRITERIA FOR ADULT SOCIAL CARE

The eligibility framework is graded into four bands, which describe the seriousness of the risk to independence or other consequences if needs are not addressed. The four bands are as follows :

#### *Critical – when*

- life is, or will be, threatened; and/or
- significant health problems have developed or will develop; and/or
- there is, or will be, little or no choice and control over vital aspects of the immediate environment; and/or
- serious abuse or neglect has occurred or will occur; and/or
- there is, or will be, an inability to carry out vital personal care or domestic routines; and/or
- vital involvement in work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or
- vital social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or
- vital family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

#### *Substantial - when*

- there is, or will be, only partial choice and control over the immediate environment; and/or
- abuse or neglect has occurred or will occur; and/or
- there is, or will be, an inability to carry out the majority of personal care or domestic routines; and/or
- involvement in many aspects of work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or
- the majority of social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or
- the majority of family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

#### *Moderate - when*

- there is, or will be, an inability to carry out several personal care or domestic routines; and/or
- involvement in several aspects of work, education or learning cannot or

will not be sustained; and/or

several social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or

several family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

*Low – when*

there is, or will be, an inability to carry out one or two personal care or domestic routines; and/or

involvement in one or two aspects of work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or

one or two social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or

one or two family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

## *Bijlage 9.13 Independent Living Fund*



The Independent Living (1993) Fund is designed to help you, if you are disabled, to live independently at home rather than in residential care. You can use payments from the Fund to employ people to give you personal and domestic care in your home.

Who is eligible?

You can apply to the Independent Living Fund if you:

- are over 16 and under 65 when your application is received
- already get or able to get social services support to the value of at least £320 a week (this can include direct payments and/or services from your local authority, such as day-centre placement)
- receive or are entitled to the care component of the Disability Living Allowance at the highest rate
- live alone or with people who cannot fully meet your care needs
- are at risk of entering residential care (or are currently in residential care and wish to leave and live independently)
- are capable of living in the community for at least six months
- have capital of less than £22,250 (includes a partner's or civil partner's capital)
- have a care package that costs less than £785.00 per week (once your own income has been taken into account)
- satisfy conditions as to residence and presence in the UK

Direct payments - arranging your own care and services (disabled people section)

How much do you get?

£455 per week is the maximum payment.