



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk DBO-U-2428586	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Eigen bijdrage AWBZ		Bijlage(n) 1	Uw brief

Inleiding

De begroting 2004 van VWS en de brief van 15 september 2003 over stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ (TK 2002/2003, 26 631, nr. 56) geven aan dat 'prikkel's' nodig zijn om de uitvoering van de AWBZ te versterken. Tevens zijn op korte termijn maatregelen nodig om de explosieve groei van de zorguitgaven het hoofd te bieden. Het aanpassen van de eigen bijdrage voor de extramurale AWBZ-zorg ('buiten de muren') is één van die maatregelen. De Kamer is hierover bij de algemene financiële beschouwingen reeds beknopt schriftelijk geïnformeerd. Met deze brief ga ik uitvoeriger in op deze maatregelen die in een Algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd. Die Amvb doe ik u na vaststelling zo spoedig mogelijk toekomen.

Diverse aanleidingen voor aanpassen eigen bijdrage

Het aanpassen van de eigen bijdrage is om een aantal redenen noodzakelijk. In de eerste plaats is sprake van een harmonisatie die een logisch gevolg is van het ontschotten tussen sectoren in het kader van de modernisering AWBZ. Na het invoeren van functies in de zorgverlening van de AWBZ (april 2003) is het nu nodig de verschillende historisch gegroeide regiems in de sectoren samen te brengen in één eigenbijdrageregeling. In de tweede plaats is het onontkoombaar dat iedereen (burger en instelling) een bijdrage levert aan de bezuinigingen die het kabinet heeft afgesproken. Bij maatregelen in de AWBZ (opbrengst: netto € 350 miljoen) kiezen wij voor een balans tussen de bijdrage die de zorginstellingen kunnen leveren (€ 170 miljoen: doorvoeren 'boter bij de vis' principe) en de bijdrage van de zorggebruikers (€ 180 miljoen: verhogen eigen bijdrage). Daarmee wordt bewust afgezien van een pakketmaatregel (verkleinen AWBZ-pakket). Het kabinet wil niet vooruitlopen op de fundamentele heroriëntatie op de verantwoordelijkheden in de zorg enerzijds en ondersteunende dienstverlening in gemeenten anderzijds. Dat debat moet wel gevoerd worden, maar staat los van de noodzaak om te bezuinigen.

De genoemde brief van 15 september geeft aan dat het kabinet over deze verantwoordelijkheidsverdeling in maart 2004 concrete voorstellen aan de Kamer voorlegt, in het licht van de in 2006 voorgenomen invoering van de Wet op de Maatschappelijke Zorg (WMZ).

In de derde plaats zijn prikkels nodig om de AWBZ beter uit te laten voeren. Nu is er nog teveel kans dat AWBZ-geld (collectieve middelen) ondoelmatig gebruikt wordt. Dit komt doordat partijen geen risico lopen bij het uitvoeren van de AWBZ en te weinig belang hebben bij het beheersen van de kosten, gecombineerd met het 'open eind karakter' van de AWBZ zoals dat in 2000 is ontstaan. Daarnaast is de extramurale eigen bijdrage op dit moment zeer laag te noemen. Gemiddeld dekt die in de thuiszorg ongeveer slechts 5 procent van de kosten. Bovendien is de extramurale eigen bijdrage sinds de introductie in 1997 nauwelijks geïndexeerd (1,5 procent), terwijl aan de ene kant het inkomen van bijvoorbeeld AOW-ers en aan de andere kant de tarieven voor extramurale zorg meer dan 30 procent zijn gestegen. Het verhogen van de eigen bijdrage zal zorggebruikers met name van extramurale zorg meer dwingen om te kiezen tussen zelf zorg regelen en gebruikmaken van AWBZ-zorg. Het strikt doorvoeren van het 'boter bij de vis' principe (alleen betalen voor geleverde zorg) dwingt anderzijds de aanbieders van zorg om doelmatiger te werken.

Draagkracht blijft vertrekpunt bij verhogen eigen bijdrage

Ik houd bij het versterken van noodzakelijke prikkels - door middel van een betekenisvolle eigen bijdrage – nadrukkelijk rekening met de draagkracht van de zorggebruikers. Dat betekent dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen en, binnen de noodzakelijke verhoging, lage inkomens zoveel mogelijk worden ontzien.

De eigen bijdrage voor extramurale AWBZ wordt op 1 januari 2004 €11,80 i.p.v. €4,80 per uur. Maar voor het feitelijk te betalen bedrag geldt een plafond dat is gebaseerd op het inkomen.¹ Per vier weken is minimaal € 16 aan eigen bijdrage verschuldigd; dat zou zonder de voorgenomen verhoging € 9,60 zijn geweest. De verhoging van het minimumbedrag is relatief fors, maar in absolute bedragen aanvaardbaar. Het huidige bedrag is immers laag en als prikkel weinig betekenisvol. De maximale eigen bijdrage is € 528,20 per vier weken.²

Mensen die in een instelling verblijven krijgen ook te maken met een hogere eigen bijdrage. Ook die is afhankelijk van het inkomen en bedraagt voor nieuwe bewoners de eerste zes maanden – en daarna met een thuiswonende partner - minimaal € 130,60 per maand en maximaal € 685,40.³ De eigen bijdragen voor alleenstaanden en voor partners die beide zijn opgenomen worden met 2 procent extra verhoogd. Bijlage 1 licht de verhoging uitvoerig toe.

¹ Dat maximum wordt voor een periode van vier weken bepaald op 12,5 procent van het verzamelinkomen van twee jaar daarvoor teruggerekend naar een periode van eveneens vier weken (4/52). Op dat bedrag wordt €104,60 in mindering gebracht.

² Dat is het geval als het verzamelinkomen van twee jaar daarvoor meer bedroeg dan € 65.800.

³ De eigen bijdrage in eerste zes maanden van het verblijf en daarna ook voor mensen met een thuiswonende partner is 12,5 procent van het tot een maandinkomen herleide verzamelinkomen van twee jaar daarvoor, met een minimum van €130,60 en een maximum van €685,40 per maand. Dit maximum wordt bereikt bij een verzamelinkomen van €65.800.

Inkomensafhankelijke regelingen zijn naar hun aard ingewikkeld om vast te leggen en uit te voeren. De nieuwe systematiek is echter een stuk simpeler. De ingewikkelde eigenbijdragetabel uit de thuiszorg wordt vervangen door een systeem waarin voor iedere gebruiker één duidelijk plafond zit: een vast percentage van het (ongecorrigeerd) verzamelinkomen.

De eigen bijdrage voor het persoonsgebonden budget wordt ook aangepast, zodat deze gelijk wordt met de eigen bijdrage voor zorg in natura.

Inkomenseffecten van de bijdrageverhoging

Bij het verhogen van de eigen bijdrage heb ik vanzelfsprekend nadrukkelijk gekeken naar de inkomensgevolgen. De regeling is zo gemaakt dat de sterkste schouders inderdaad de zwaarste lasten dragen.

Het kabinet acht de koopkrachteffecten van de verhoging verantwoord en aanvaardbaar. Uit het algemene koopkrachtbeeld, zoals beschreven in de brief van 22 oktober j.l. over het inkomensbeeld na het najaarsoverleg van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid blijkt dat 65-plussers met een laag inkomen een positief inkomenseffect hebben van ¼ tot ¾%. Dit algemene koopkrachtbeeld houdt overigens geen rekening met het verhogen van de eigen bijdragen in de AWBZ omdat alleen een specifieke groep huishoudens gebruik maakt van deze regeling.

De laagste inkomens gaan er – vóór compensatie - gemiddeld 0,8 procent in koopkracht op achteruit. Bij de hogere inkomens kan het gemiddelde koopkrachteffect oplopen tot 1,5 procent.

De koopkrachteffecten staan echter niet op zichzelf. De minister en ik hebben in de begroting 2004 verzachtende maatregelen aangekondigd. Die houden in dat mensen die nu niet of onvoldoende kunnen profiteren van de fiscale aftrekmogelijkheden voor zorgkosten dit met ingang van 2004 via een andere regeling in vergelijkbare mate wel kunnen. Voor de lage inkomens betekent dit een compensatie in de extra zorgkosten met ongeveer 23 procent oplopend tot 50 procent. Dit beperkt de effecten van (onder meer) het verhogen van de eigen bijdrage tot aanvaardbare proporties (0,4 à 0,6 procent voor de laagste inkomens).

Breder toepassen eigen bijdrageregeling

Op 1 april 2003 is de AWBZ met het invoeren van functies ingrijpend gewijzigd. Deze omslag van aanbod- naar vraagsturing in het kader van de modernisering van de AWBZ betekent dat we bij het toewijzen en verlenen van zorg niet meer spreken van instellingen, maar van functies. Daardoor vallen de 'schotten' tussen de sectoren weg. Dit heeft tot gevolg dat de eigenbijdrageregeling die voor een deel van de AWBZ gold, nu voor de hele AWBZ gaat gelden. De eigen bijdrage voor extramurale zorg wordt op basis van zorgfuncties geheven, het onderscheid tussen de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg vervalft.

Deze AWBZ-brede invoering sluit aan bij het invoeren van een nieuwe beleidsregel voor extramurale producten voor de gehele AWBZ. Het CTG heeft die inmiddels vastgesteld en mij ter goedkeuring voorgelegd. Ik wil echter problemen met het innen van de eigen bijdrage voorkomen en hecht aan een zorgvuldige administratieve voorbereiding van de wijzigingen. Instellingen moeten op een juiste manier en tijdig de nodige informatie aan kunnen leveren die nodig is voor het vaststellen en innen van de eigen bijdrage. Zorginstellingen die voor 1 april 2003 de status hadden van verpleeg-, verzorgings-, of thuiszorginstelling, hebben voldoende ervaring en deskundigheid om vanaf 1 januari 2004 gegevens aan te leveren voor de aangepaste eigen bijdrage.

Hetzelfde geldt voor instellingen die sinds 1 april toelating hebben aangevraagd voor verpleging, persoonlijke verzorging, behandeling of huishoudelijke verzorging. Zij worden op grond van hun toelating geacht hun administraties op orde te hebben om goed informatie te kunnen aanleveren voor het bepalen van de extramurale eigen bijdrage.

Een probleem doet zich voor bij instellingen die voorheen de status hadden van gehandicapteninstelling of instelling voor geestelijke gezondheidszorg en die nu toegelaten zijn voor de functies ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Zij worden voor het eerst geconfronteerd met de extramurale eigen bijdrage en daarom kan redelijkerwijs niet worden verlangd dat zij deze gegevens al vanaf 1 januari 2004 leveren. Daarom krijgen deze instellingen, toegelaten voor deze functies, uitstel tot 1 juli 2004. Dat betekent ook dat zorggebruikers die ondersteunende of activerende begeleiding krijgen van deze instellingen, tot 1 juli de eigen bijdrage voor deze functies nog niet hoeven te betalen.

CAK voert extramurale eigenbijdrageregeling uit

De eigen bijdrage voor de (voormalige) thuiszorg wordt momenteel vastgesteld en geïnd door het Centraal Administratiekantoor AWBZ(CAK). Het zorgkantoor stelt de eigen bijdrage voor de overige producten op het terrein van verpleging en verzorging, vast. Het overgrote deel van de eigen bijdragen heeft betrekking op de voormalige thuiszorg.

Het hoofdlijnenakkoord van het kabinet kondigt aan dat een aan de belastingdienst gelieerde instelling in de toekomst de zorgtoeslag en andere inkomensafhankelijke regelingen gaat uitvoeren. Het kabinet heeft daarom, in lijn hiermee, besloten het CAK nu al de volledige extramurale eigenbijdrageregeling voor de AWBZ te laten uitvoeren. De zorgkantoren leggen alleen nog de eigen bijdrage voor de PGB's op, op basis van inkomensgegevens die het CAK levert.

Onderzoek innen intramurale eigen bijdrage

Ik maak van de gelegenheid gebruik om u te informeren over de stand van zaken bij het uitvoeren van de huidige inkomensafhankelijke eigenbijdrageregeling voor de intramurale zorg.

De grondslag voor het vaststellen van deze bijdrage is sedert 1 januari 2003 gewijzigd. Hierdoor is het verzamelinkomen dat nodig is voor het vaststellen van een aanslag voor de inkomstenbelasting, danwel het belastbaar loon, de grondslag geworden om de eigen bijdrage AWBZ vast te stellen. Tevens is het vaststellen en het opleggen van de eigen bijdrage de taak geworden van de zorgkantoren.

Deze wijzigingen blijken tot problemen in de uitvoering te leiden. Ik heb het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) daarom op 3 oktober 2003 verzocht voorstellen te ontwikkelen om deze problemen aan te pakken. Ik vind, los hiervan, een extern onderzoek nodig naar de omvang en aard van de problemen en heb dat ook ingesteld. Over de uitkomsten daarvan informeer ik u in maart 2004.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp