



PerSaldo



Eigen regie maakt de zorg beter voor minder geld

1. Visie

Onder het motto 'Eigen regie maakt de zorg beter voor minder geld' kiezen wij als cliëntenorganisaties in de langdurige zorg voor een perspectief waarin ruimte, solidariteit en creativiteit het winnen van krampachtig beheersen in de verknipte wereld van regelingen, keurslijven en met elkaar concurrerende voorzieningen. Dat beleidsperspectief vinden wij belangrijker dan het toespitsen van het debat op het exacte bedrag van de blijkbaar onontkoombare bezuinigingen.

Mensen zijn meer dan hun zorgvraag. Mensen willen meedoen en wanneer – tijdelijk of langdurig - ondersteuning nodig is moet die gericht zijn op (het terugkrijgen van) zelfredzaamheid en – zo mogelijk - blijvende participatie. Dat sluit aan op de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie waarin gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken, maar appelleert aan volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn. Meedoen betekent daadwerkelijk meedoen aan het maatschappelijk leven door te werken, al dan niet betaald en door onderwijs te krijgen. Maar het meedoen is meer dan dat. Meedoen voor mensen die vaak levenslang leven met een beperking, houdt ook in, gelijkwaardige relaties kunnen opbouwen en onderhouden met partners, kinderen en persoonlijk netwerk op basis van vrijheid en wederkerigheid.

Daarvoor is het nodig dat de (langdurende) zorg deel uitmaakt van een integraal dienstverleningsconcept, waarin wonen, werken, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, mobiliteit en zorg hand in hand gaan. Wanneer die koers gevolgd wordt dan zijn wij als cliëntenorganisaties bereid mee te werken aan een bezuinigingstaakstelling op de AWBZ van ruim twee miljard. Dat bedrag verhoudt zich tot de opdracht aan de heroverwegingswerkgroepen, ervan uitgaande dat de macrotaakstelling in een volgend regeerakkoord ongeveer de helft is van de 35 miljard dat als basis diende voor de heroverwegingrapportages.

Wanneer wij het heroverwegingsrapport langdurige zorg beschouwen, dan komen we in sturing dicht bij de 'eigen regie' variant, maar – en dat geldt ook voor de overige drie varianten - dan zonder de invulling van de ombuigingen. Deze typeren wij als meer van hetzelfde met behoud van een stelsel waarin de zwaarste zorg loont, de burger met een beperkte zorgvraag tussen wal en schip terecht komt en de mantelzorg en ondersteuning in de directe omgeving het kind van de rekening worden. Tel uit je winst, maar wel kortzichtig.

Om de ruimte, solidariteit en creativiteit werkelijkheid te laten worden kiezen wij voor de eigen regie van de cliënt door:

- de relatie cliënt – zorgverlener ook in het systeem centraal te stellen.
- de indicatie integraal uit te voeren, ontkoppelen van één wet en verbinden met domeinen (leidt tot één loket).
- de indicatie voor zorg om te zetten in een persoonlijk budget. De cliënt kan vervolgens kiezen voor het zelfbeheer (huidige PGB) of het opdracht geven aan een te kiezen 'collectief' (coöperatie, zorgverzekeraar, bundeling cliëntenorganisaties) dat zorg inkoop (persoonsvolgend budget/trekkingsrecht).
- de onafhankelijke ondersteuning van alle cliënten, van jong tot oud, versterken en daar in ieder geval niet op te bezuinigen.
- niet te bezuinigen door aanspraken te schrappen of te beperken, maar cliënten de ruimte te bieden binnen de aanspraken creativiteit aan de dag te leggen door te substitueren.
- de uitvoeringsstructuur drastisch te vereenvoudigen en daarmee de (administratieve) lasten van het zorgveld – van cliënt tot zorgorganisatie - aanzienlijk te verminderen.
- de inkomensafhankelijke bijdrage te handhaven.
- de bezuiniging van 2,1 miljard te realiseren door de zorg anders te organiseren waarbij de zorgvraag het uitgangspunt wordt.

Met de hieronder geschetste variant voor heroverweging in de langdurige zorg steken wij onze nek uit. We houden niet angstvallig vast aan wat we hebben en proberen niet in strategietermen de schade zoveel mogelijk te beperken. Nee, wij kiezen voor een alternatief waarin wij kiezen voor behoud en vernieuwing van de langdurige zorg voor mensen, zónder de realiteit uit het oog te verliezen. Graag gaan we daarover – tijdens de formatie maar ook daarna - in gesprek. Niet alleen met de politiek maar ook met beleidsmakers en organisaties in de zorg en daarbuiten.

2. Van zorg naar participatie en gelijkwaardige maatschappelijke positie

De zorg staat onder druk. Stijgende uitgaven omdat we met meer mensen ouder worden, omdat de kwaliteitseisen zijn aangepast aan deze tijd en omdat de wetenschap bijdraagt aan betere maar ook duurdere zorg. Ontwikkelingen, die we toejuichen en soms onontkoombaar zijn, maar die – zeker in een tijd van financiële crisis - een te groot beslag leggen op de collectieve lasten. Deze context kleurt de verkiezingsprogramma's. De cliëntenorganisaties in de zorg leveren al enkele jaren een constructieve bijdrage aan het politieke en maatschappelijke debat en het toekomstig regeringsbeleid om te voorkomen dat de kostenbeheersing de kwaliteit overschaduwet, schraalhans keukenmeester wordt in de (langdurige) zorg en het verzekerd recht wordt aangetast. De cliëntenorganisaties denken dat met minder kosten – ruim twee miljard euro op een totaal van meer dan twintig miljard voor de langdurige zorg - de kwaliteit van de zorg op niveau kan blijven door de uitvoering drastisch te vereenvoudigen en de regie te leggen waar die hoort: bij de cliënt. Mensen met een beperking willen graag de regie over hun eigen leven behouden en hun plichten in de maatschappij vervullen. Ook mensen met een beperking willen aangesproken worden op hun mens zijn en willen en kúnnen meedoen in de samenleving. Zij kunnen, net als ieder ander, hun steentje bijdragen.

2.1 Meer vraaggestuurd

De langdurige zorg in Nederland is de laatste decennia positief veranderd. Van aanbod- naar vraagsturing. Van intramuraal naar extramuraal. Mensen zo lang mogelijk thuis houden in de vertrouwde omgeving en zorg op maat, is het devies. Minder wachtlijsten en de zekerheid van het verzekerde recht en keuzevrijheid. Een ontwikkeling die – al dan niet terecht - mede wordt gezien als aanjager van de kostenstijging.

2.2 "Penny wise, pound foolish"

Kostenstijgingen die zijn gepareerd met een inmiddels vertrouwd repertoire aan maatregelen, dat echter - naar ons oordeel - de grenzen heeft bereikt: de overheveling

van taken naar gemeenten met korting, het beperken en aanscherpen van de aanspraken, verfijning van de indicatiestelling en detaillering van bekostiging en verantwoording. Goed bedoeld en met het oog op een toekomstbestendige AWBZ, maar wel met het risico, dat de geschetste verbeteringen en positieve ontwikkelingen tot stilstand komen. Of nog erger dat de vernieuwing plaats maakt voor het 'verleden', waarbij in de langdurige zorg het accent weer komt te liggen op intramurale zorg. We zien dan het volgende gebeuren:

- het tussen wal en schip terechtkomen van burgers met een beperkte zorgvraag;
- het overbelasten van zorgnetwerken en mantelzorgers in de directe omgeving;
- toenemende druk op de kwaliteit van zorg;
- de grotere druk op eigen financiën;
- en wie weet wachtlijsten.

De heroverwegingsscenario's van de ambtelijke werkgroepen – waarover later in deze notitie meer - doen met voorstellen om begeleiding en lichte zorgvormen te schrappen het ergste vrezende. Overigens: voor je het weet is het resultaat daarvan –zeker op termijn - "*penny wise, pound foolish*" omdat zorgzwaarte loont.

2.3 Van zorg naar participatie

Ondertussen staat de ontwikkeling in de zorg niet stil. Meer en meer groeit het bewustzijn dat alleen zorg - als verzekerd recht - niet genoeg is om mensen met een beperking of chronische aandoening te helpen bij het geven van betekenis aan hun leven en het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit daarvan. Mensen zijn meer dan hun zorgvraag. Mensen willen meedoen en wanneer - tijdelijk of langdurig - ondersteuning nodig is, moet die gericht zijn op blijvende participatie en zelfredzaamheid. Gezondheid is – zo definieert de Wereldgezondheidsorganisatie het - een toestand van volledig lichamelijk, geestelijke en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken. Die definitie kadert de zorg in: in de kwaliteit van leven, het waarderen en respecteren van de identiteit, de mogelijkheden een bijdrage aan de maatschappij te leveren. Kortom, een visie die de basis moet zijn voor de inrichting van de langdurige zorg.

Deze benadering heeft alleen kans van slagen als er ruimte komt in de dagelijkse praktijk in de zorg om creativiteit aan de dag te leggen en de zorg deel te laten zijn van een integraal concept van dienstverlening. Ruimte die voorkomt dat eerder dan noodzakelijk zware zorg wordt ingezet en mensen zorgafhankelijk worden en we weten dat die afhankelijkheid bijna onomkeerbaar is. Deze benadering voorkomt ook dat de toenemende groep van mensen met een chronische ziekte en kwetsbare ouderen tot navenante stijging van de zorgvraag leidt.

2.4 Flankerend beleid

Het aantal mensen met chronische ziekte, en het aantal kwetsbare ouderen, zal in de komende jaren toenemen. Maar het is niet nodig dat de vraag naar langdurige zorg navenant omhoog gaat.

Er is veel mogelijk om blijvende beperkingen tegen te gaan en zelfredzaamheid van mensen te versterken. Door meer het accent te leggen op het stimuleren van gezond gedrag en preventie en zelfzorg waar mogelijk en verantwoord. Lichte vormen van zorg en ondersteuning kunnen voorkomen dat mensen sneller zwaardere zorg nodig hebben. Vroege signalering en vroeghulp kunnen voorkomen dat personen onnodig in gezondheid achteruit gaan. Voorzieningen die gericht zijn op herstel en reïntegratie zullen ertoe leiden dat mensen minder lang leven met beperkingen of er minder last van hebben. Ook wordt voorkomen dat bijvoorbeeld mensen met een psychiatrische problematiek weer terugvallen. Goed nazorg is daarom een *must*.

In deze benadering is ruimte om gebiedsgericht aan de slag te gaan; onder meer met brede eerstelijnszorg, zoals met inloopcentra voor ondersteuning en advies.

Op die manier kunnen gezondheidswinst, kwaliteit en kostenbesparing hand in hand gaan.

Enkele prioriteiten zijn:

- Versterking van de eerstelijnszorg, met bijvoorbeeld inloopcentra voor zorg en advies en uitbreiding van thuisverpleging.
- Versterking van het 'maatschappelijk steunsysteem'.

Mensen kunnen dan beter op eigen kracht verder en ze gaan meer meedoen in de samenleving.

Toepassing van nieuwe techniek verdient meer aandacht. Zorg-op-afstand moet vanzelfsprekend zijn. Mensen met beperkingen krijgen meer autonomie, de kwaliteit en veiligheid van zorg gaan omhoog, er is een slimmere inzet van schaars personeel mogelijk.

3. Keuze voor eigen regie

In termen van sturing is voor ons een eerste vereiste dat de cliënt daadwerkelijk de regie krijgt. En niet alleen omdat dat hij dan de eerste partij wordt, maar ook omdat integrale ondersteuning dan vorm kan krijgen vanuit het perspectief van de cliënt en niet wordt gedicteerd door de verknipte wereld van wetten en regelingen en met elkaar

concurrerende voorzieningen. Voordeel van het centraal stellen van de cliënt in het systeem is ook dat deregulering eindelijk meer dan een papieren tijger wordt. Met de cliënt als kleinste organisatie-eenheid in het systeem kan veel van de instrumentele ballast – zoals bestekken, aanbestedingen, contracteerruimtes, bekostigingspakketten, etc. - over boord worden gezet. Keuze voor eigen regie houdt ook in dat cliënten hun regie in handen kunnen leggen van een vertrouwenspersoon of onafhankelijke organisatie.

3.1 Alternatieve invulling

Toegepast op de vier scenario's van de ambtelijke werkgroep heroverweging langdurige zorg komen we daarmee wat betreft de sturing in de buurt van de variant 'eigen regie'. Daarin wordt een indicatie omgezet in een persoonlijk budget. De cliënt kan vervolgens zelf kiezen hoe hij de zorg wil inkopen en organiseren. Hiervoor kan hij kiezen voor het persoonsgebonden budget (PGB) zoals we dat nu al kennen en dat hij zelf kan beheren of voor een persoonsvolgend budget (PVB, bijvoorbeeld voucher) waarmee hij collectief zorg in kan kopen via bijvoorbeeld een inkoopcombinatie. In die formule ligt ook de aanname van de werkgroep heroverweging dat het huidige budget voor de naturazorg met 20% kan worden gekort, omdat daarmee de uitvoeringsstructuur wordt vereenvoudigd en zoals nu bij het PGB de zorg minder kost.

Een gedachte die aanspreekt, maar 20% over de hele linie is te veel om een kwalitatief verantwoord niveau van zorg in stand te houden. Wij gaan er ook van uit dat ten principale in dit model onderscheid tussen extra- en intramuraal niet aan de orde is, omdat scheiden van wonen en zorg uitgangspunt is, waardoor – met uitzondering voor de categorie waarvoor dat vanwege hun zorgvraag onmogelijk is - mensen zelf hun woonruimte kopen of huren. In termen van opbrengst boeken we een beperkt bedrag in gegeven de herverdeling van kosten tussen wonen en zorg. Mensen kunnen kiezen om in een wonen-zorgvariant te verblijven of te kiezen voor het ontvangen van zorg in eigen huis en omgeving.

De ambtelijke werkgroep stelt in de 'eigen regie variant' voor de eigen bijdrage te laten vervallen en dat beperkt de opbrengst nogal. Wij vinden het niet verstandig de inkomensafhankelijke eigen bijdrage te laten vervallen. Het inhouden van de bijdrage kan in een systematiek van een persoonlijk budget eenvoudig (inhouden bij de bron, CAK is hierdoor overbodig) worden uitgevoerd. Het inkomensafhankelijke karakter doet recht aan de solidariteitsgedachte en daarin past dat moet worden voorkomen dat voor de laagste inkomens en meest kwetsbare groepen een drempel tot zorg wordt opgeworpen.

3.2 Een breed pakket van oplossingen garandeert de keuzevrijheid

De waardering voor de 'eigen regie variant' houdt op waar het de voorgestelde bezuinigingen betreft, maar dat geldt ook voor de andere scenario's. Voorstellen om de aanspraken te schrappen of te beperken – of het nu gaat om begeleiding, of een drempel voor persoonlijke verzorging, of de laagste klassen in de zorgzwaarte, of IQ-maatregelen - zijn strijdig met de compensatiegedachte en participatiedoelstelling. Zoals eerder opgemerkt gaat het om het formuleren van kaders waarbinnen zelfredzaamheid en compensatie van beperkingen op maat kunnen worden ingezet. Uiteraard blijven er ook groepen mensen over die niet zelf de regie kunnen voeren, denk aan mensen met verstandelijke beperkingen of zware psychische problematiek. De zorg aan deze mensen dient gegarandeerd te worden. Een goed vangnet met voorzieningen, die de zorgbehoefte van deze mensen als uitgangspunt heeft, blijft voor deze mensen van groot belang en is onderdeel van deze variant. Sommigen zullen actief benaderd moeten worden, omdat zij zelf niet om zorg vragen. Er zijn mensen in een fase van hun ziekteproces waarin de energie ontbreekt om zorg te organiseren. Ook voor deze groep moet toegang tot zorg op laagdrempelige wijze gegarandeerd blijven.

4. Een realistisch kader met ruimte, solidariteit en creativiteit

Het geschetste beleidsperspectief waarin ruimte, solidariteit en creativiteit sleutelbegrippen zijn, willen we in een concreet, werkbaar en realistisch kader plaatsen met daarin de benodigde financiële opbrengst van 2,1 miljard voor de periode 2010-2015.

4.1 Cliëntondersteuning

Een stelsel waarin de cliënt eigen regie heeft, op basis van een persoonlijk budget, werkt alleen als er sprake is van onafhankelijke ondersteuning. Wij hebben niet de illusie dat alle cliënten zelfstandig in staat zijn om de weg te vinden in de – ook in de toekomst – ingewikkelde wereld van de zorg. Onafhankelijke cliëntondersteuning is dan een basisvoorziening waarvan iedereen, op individuele basis, gebruik moet kunnen maken. Daarbij gaat het ook om vraagverheldering en bemiddeling. De behoefte daaraan zal toenemen naarmate de complexiteit van de dienst- en zorgverlening groter wordt. Ook zal de behoefte ontstaan aan diverse vormen van dergelijke ondersteuning. In het kader van de cliëntondersteuning moet ook de groep cliënten, die niet zelf het initiatief kan nemen of zorg mijdt worden benoemd en toegang hebben tot een

basisvoorziening die als vangnet fungeert voor deze groep. Bewindvoerders, curatoren en mentoren moeten 'waarnemend' de noodzakelijke zorg kunnen arrangeren.

4.2 Indicatiestelling en integrale dienst- en zorgverlening

Voor de koers die de cliëntenorganisaties voorstaan is de vormgeving van de indicatiestelling essentieel. Voor het compensatiebeginsel en integrale ondersteuning met het oog op zelfredzaamheid en participatie volstaat niet het op basis van beperkingen vaststellen van een aanspraak of voorziening. Voor zelfredzaamheid en participatie is het in kaart brengen van de mogelijkheden en potenties noodzaak. Niet het opknippen van de vraag naar wetten, maar een integrale oplossing voor de cliënt moet centraal staan en die verdraagt zich niet met de afbakening van wetten. En zeker in complexe situaties zal de toepassing van meer dan één wet nodig zijn. Door de indicatiestelling te ontkoppelen van één wet en te verbinden met domeinen – bijvoorbeeld: zorg en dienstverlening, onderwijs en jeugd en werk en inkomen - is de indicatie leidend voor de van toepassing zijnde wetten. Het indicatiebesluit is de basis voor de toedeling over de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, waarbij de indicatie ook over de domeinen heen gekoppeld moet worden. Het indicatiebesluit moet een integraal pakket bevatten. Daarmee wordt ook bereikt dat één loket meer is dan een extra voordeur voor verschillende wetten. Het hanteren van de ICF als gemeenschappelijke taal helpt bij het integraal indiceren, zoals al in de hulpmiddelenzorg is gebleken. Dat vereist wel een uniforme aanpak van de indicatiestelling en daarmee ook een centrale aansturing. Maar dat laat onverlet dat de loketinfrastructuur het beste op lokaal niveau kan worden georganiseerd.

Overigens is slechts een beperkt deel van de vragen om ondersteuning complex en is een indicatiestelling op maat noodzakelijk. Het overgrote deel van de vragen is eenvoudig en enkelvoudig. Voor die categorie zal steeds meer het digitaal en op basis van profielen zelf indiceren volstaan en ziet het CIZ toe in termen van kwaliteit en rechtmatigheid.

Het – zoals hiervoor omschreven - integraal indiceren betekent voor de huidige indicatiestelling een heroriëntatie naar inhoud en organisatie. De indicatiesteller moet kennis hebben van regelgeving op een breed terrein en een integrale oplossing aanreiken met het oog op zelfredzaamheid en participatie. Daarmee is de indicatie ook veel meer complementair aan de kennis en kunde van de professional in de zorg- en dienstverlening. De competentiediscussie kan daarmee worden omgezet in complementair samenwerken.

Integraal indiceren is ook de poort tot het verbinden van zorg met andere domeinen, zoals onderwijs, wonen, werk en welzijn. Een verbinding die vanuit oogpunt van

participatie absoluut noodzakelijk is en die niet mag worden geblokkeerd door wetten of de bevoegdhedenverdeling binnen en tussen overheden of het nu ministeries zijn of rijk en gemeenten. Voorbeelden van niet op elkaar aansluitende zorg- en dienstverlening zijn er te over en de kosten die dat met zich meebrengt zijn niet gering. Het doorbreken van die grenzen zal ook bijdragen aan het doelmatiger inzetten van de 'kostbare collectieve' middelen.

4.3 Zorginkoop

De eigen regie van de cliënt bij de realisatie van de zorg kan op verschillende manieren worden vorm gegeven. Voor de één is een PGB ideaal en voor de ander is het lastig in eigen beheer afspraken te maken over prijs en kwaliteit van zorg. De laatste categorie moet die taak over kunnen dragen aan een persoon of onafhankelijke organisatie. Waar het een organisatie betreft is dat niet meer en niet minder dan een faciliteit voor de cliënt. Cliënten moeten zelf kunnen kiezen voor een collectiviteit, zoals bijvoorbeeld coöperaties, (gebundelde) cliëntenorganisaties of eventueel zorgverzekeraars indien gekozen wordt dat ook zij een rol krijgen in de langdurige zorg. Daar ligt ook de mogelijkheid voor de koppeling van mensen met complexe en/of gespecialiseerde zorgvragen met gespecialiseerde expertisecentra en het speciaal aandacht besteden aan de bij cliëntondersteuning genoemde mensen die afhankelijk zijn van anderen om de zorg te organiseren of behoren tot de groep die zorg mijdt.

5. Bezuinigingspakket

Voorstellen van de heroverwegingswerkgroep langdurige zorg om de aanspraken – of het nu gaat om begeleiding, of het oprekken van de gebruikelijke zorg, of de laagste klassen in de zorgzwaarte, of het verlagen van de IQ maatregelen voor (licht) verstandelijk gehandicapten - te schrappen of te beperken vinden wij onacceptabel. Dat volgt het spoor terug in plaats van naar de toekomst. Wij hebben een alternatief voorstel voor maatregelen. Als al deze maatregelen volledig worden uitgevoerd levert dat in de periode 2010-2015 een bedrag op van 2,1 miljard euro.

Ons pakket aan maatregelen kent drie pijlers:

1. Eigen regie
2. Het sterk vereenvoudigen van de organisatie van de zorg
3. Het afslanken van de uitvoeringsstructuur

5.1 Eigen regie

In het voorgaande hebben wij uitgebreid toegelicht hoe wij het stelsel voor de langdurige zorg willen omvormen.

5.2 Eenvoud loont

Voor de zorgverlening is – naar ons oordeel - de geschetste vereenvoudiging het antwoord op de klacht van de als maar toenemende administratieve lasten en bureaucratisering van het zorgvak. Een klacht ten nadele van het imago van de sector en met het oog op het aankomend personeelstekort een niet te onderschatten probleem. Wij denken dat het – door ook in systeemtermen de relatie tussen cliënt en zorgverlener te herstellen - mogelijk is de administratieve lasten voor de zorgorganisaties en de cliënt aanzienlijk te verminderen. Wanneer de al eerder genoemde instrumentele ballast overboord kan, zal naar ons oordeel met het huidige budget voor de naturazorg minimaal 10% meer zorg worden geleverd.

5.2 Afslanken van de uitvoering

In de uitvoeringsstructuur die voortvloeit uit onze visie staat de cliënt centraal. De cliënt kan zich laten ondersteunen bij de verheldering van de zorgvraag en – zo nodig - bij de zorginkoop. In termen van sturing verantwoordt de zorgverlener of zorgorganisatie zich bij de cliënt als zijn opdrachtgever. De cliënt, respectievelijk de inkooporganisatie verantwoordt zich tegenover de 'uitkerende' instantie. Dat zou het CAK - of misschien nog beter - de SVB kunnen zijn. Uiteraard blijft het huidige kwaliteitstoezicht van de staat op de zorgverlening in tact. Mensen die kiezen voor een PGB houden de verantwoordelijkheid zelf kwalitatief goede zorg in te kopen. Voor het financieel toezicht volstaat in deze optie het reguliere wettelijke regiem op maatschappelijke organisaties en ondernemingen. Daarnaast is de indicatiestelling onderdeel van de uitvoeringsstructuur, maar door die vorm te geven in een domeinbenadering, zoals eerder verwoord, is ook hier vermindering van de kosten denkbaar. Door niet te schrappen in de aanspraken blijft ook het niveau van de inkomsten uit eigen bijdragen op peil en door deze bij de bron – direct na de indicatiestelling - te verrekenen met het persoonlijk budget worden de uitvoeringskosten ook hierop beperkt.

Het uitdunnen van de uitvoeringsstructuur betekent dat de voor de NZA beschikbare middelen grotendeels vrijvallen en dat de eigen bijdragesystematiek ook voor het CAK kostendrukkend kan werken.

6. Besparingen in cijfers

Voor ons is van groot belang dat de kwaliteit van de zorg verbetert of minimaal gelijk blijft. Alleen door ons volledige pakket aan maatregelen uit te voeren kan dat. En alleen dan is op een aanvaardbare wijze een besparing van 2,1 miljard in te boeken. Het overzicht aan opbrengsten ziet er daarmee als volgt uit:

| | In mrd euro |
|--|-------------|
| Persoonlijk zorgbudget op gemiddeld 90% van ZIN | 1,6 |
| Vereenvoudigen uitvoeringsstructuur (Nza, zorgkantoren, CAK) | 0,1 |
| Scheiden van wonen en zorg en beperkte overheveling Zvw | 0,4 |
| | |
| Totaal | 2,1 |