

Bijlage K.3 Zorg

De zorguitgaven stijgen in het basispad van de Economische Verkenning 2011-2015 met reëel 4% per jaar. In dat basispad is gerekend met een sterke verhoging van de eigen betalingen zvw en awbz. Daardoor stijgen de collectief gefinancierde zorguitgaven met 3% per jaar.

De negen politieke partijen hebben niet gekozen voor die sterke verhoging van de eigen betalingen, zij hebben andere keuzes gemaakt om de groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven in te perken. In dit overzicht vergelijken we die keuzes, beginnend met de maatregelen op het gebied van de zvw: de manier waarop de curatieve zorg is georganiseerd, de omvang van het collectief verzekerde pakket, overige maatregelen, en tenslotte ook de eigen risico's zvw die de partijen wèl hebben gekozen. Daarna volgt een vrijwel identiek overzicht voor de awbz. Daaruit blijkt dat in deze verkiezingsprogramma's voor de eerste keer in de geschiedenis ook veel aandacht is besteed aan de langdurige zorg. We sluiten af met een overzicht van de effecten van al deze voorstellen op de zorgpremies, het EMU-saldo, de groei van de werkgelegenheid in de zorg en het resulterende groeipad voor de collectief gefinancierde zorguitgaven.

De manier waarop de curatieve zorg is georganiseerd

Belangrijke vraag bij de curatieve zorg is hoe partijen aankijken tegen de verdere ontwikkeling van de manier waarop de sector is georganiseerd. Dit betreft vele aspecten met vele nuances.

Wij beperken ons hier tot één enkele hoofdlijn, de vraag in hoe verre partijen verder willen, of juist niet, met geregleerde concurrentie in de zorg.

Alleen de SP kiest voor het volledig terugdraaien van de geregleerde concurrentie. Zij kiezen, cf. Variant A van Heroverwegingsrapport 11, Curatieve zorg, voor het omzetten van het huidige verzekerde recht op zorg in een voorzieningenstelsel. Daarbij past dat de huidige zorgverzekeraars vervangen worden door gebudgetteerde zorginkoopkantoren (zie tabel K.3.1).

De PVV wil niet verder met marktwerking maar kiest er voor het stelsel te behouden zoals het anno 2010 is.

De andere partijen willen het huidige stelsel in meer of mindere mate verder ontwikkelen in de richting van Variant B van de Heroverweging Curatieve zorg. De CDA, VVD, ChrU, D66 en de SGP kiezen voor een stelsel waarbij zorgverzekeraars volledig risicodragend worden en waarbij het vrij onderhandelbare B-segment in de ziekenhuiszorg verder wordt uitgebreid (het CDA tot 50% van de totale ziekenhuiszorg). Ook willen VVD en D66 de rol van de markt uitbreiden door zorgaanbieders de mogelijkheid te geven om privaat kapitaal aan te trekken, met medezeggenschap en winstuitkering. PvdA en GroenLinks zijn terughoudender met meer marktwerking in de zorg en kiezen voor een grotere rol van de overheid. Hoewel beide partijen zorgverzekeraars volledig risicodragend willen maken, wil GroenLinks het systeem van vrije prijzen in het B-segment van de ziekenhuiszorg vervangen door een systeem van maatstafconcurrentie, en de PvdA wil voorlopig geen verdere uitbreiding van het B-segment. De PvdA wil via tariefmaatregelen in het A-segment en een macrobudget voor de totale zorg de collectieve zorguitgaven bewaken.

Tabel K.3.1 Hoe verder met de geregleerde concurrentie in de curatieve zorg?										
	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP	
Meer (+) of minder (-) marktwerking?	+	0/+	--	++	0	0/+	+	++	+	
risicodragendheid zorgverzekeraars?	volledig	volledig	afschaffen	volledig	gelijk	volledig	volledig	volledig	volledig	
uitbreiding B-segment ziekenhuiszorg?	tot 50%	later	afschaffen	ja	nee	ja maar ^a	ja	ja	ja	
vrije deelname privaat kapitaal?	nee	nee	nee	ja	nee	nee	nee	ja	nee	

^a Met maatstafconcurrentie in plaats van vrij onderhandelbare prijzen.

Pakketmaatregelen curatieve zorg

Via een inperking van het basispakket kan bespaard worden op de collectieve zorguitgaven. Voor zorg die buiten het basispakket valt kan eventueel een aanvullende verzekering worden afgesloten, of anders komt deze zorg voor eigen rekening. Vrijwel alle pakketmaatregelen die de partijen treffen zijn terug te vinden in Heroverwegingsrapport 12, Curatieve zorg. De VVD wil het basispakket het meeste inperken. De VVD wil de dbc's in de ziekenhuiszorg met een geringe ziektelast, een aantal geneesmiddelen (maagzuurremmers, cholesterolverlagers en anticonceptiemiddelen) en hulpmiddelen behorende bij een geringe ziektelast, een deel van de paramedische zorg, lichte ggz-behandelingen, gebitsprothesen en mondzorg tussen 18-21 jaar schrappen uit het basispakket. De D66 kiest ook voor deze pakketmaatregelen maar schrappt niet

de dbc's met een lichte ziektelast en niet de bovengenoemde geneesmiddelen uit het basispakket. De ChrU wil een aantal dbc's in de ziekenhuiszorg met een geringe ziektelast, een deel van de paramedische zorg en bovengenoemde genees- en hulpmiddelen schrappen uit het verzekerde pakket. De SGP wil ook de genoemde genees- en hulpmiddelen schrappen plus een aantal lichte ggz- behandelingen en mondzorg tussen de 18-21 jaar. De PvdA wil de maagzuurremmers en cholesterolverlagers, een deel van de paramedische zorg en eenvoudige verbandmiddelen schrappen uit het pakket en de aanspraken in eerstelijnszorg in de GGZ aanscherpen. Het CDA wil mondzorg tussen de 18-21jaar, anticonceptie, eenvoudige mobiliteitsmiddelen en verstrekkingen die samenhangen met een lage ziektelast schrappen en de PVV wil een aantal lichte ggz-behandelingen schrappen. SP en GroenLinks willen geen veranderingen in het basispakket.

	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP
Aanpassing basispakket	- 0,5	- 0,7	0,0	- 2,3	- 0,3	0,0	- 1,6	- 1,1	- 1,0
Overige maatregelen ^b	- 1,6	-1,8	-1,0	- 0,9	- 0,7	-1,4	- 1,5	- 0,8	-1,1

^a Netto effect op het niveau in 2015 van de EMU-relevante zorguitgaven (= som van gecorrigeerde uitgaven en financieringsverschuivingen).
^b Inclusief de doelmatigheidswinst van stelselwijzigingen, exclusief een correctie voor overlap tussen maatregelen..

Overige maatregelen curatieve zorg

Naast het invoeren van eigen betalingen en het inperken van het pakket hebben alle partijen maatregelen ingezet die als belangrijkste doel hebben om de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Hoewel het belang van meer doelmatigheid in de zorg cruciaal is om de zorg toekomstbestendig te maken zijn er wel reserves te maken bij de kwantitatieve inschattingen van deze maatregelen. Deze 'overige maatregelen' zijn vaak notoir moeilijk te kwantificeren en de onzekerheid over de ingeschatte besparing is dan ook groot. Daarnaast kunnen deze maatregelen ook ten koste van de kwaliteit gaan in de zorg. We bespreken hieronder een aantal maatregelen die door veel partijen zijn ingezet, naast de eerder besproken verandering in de manier waarop de zorg is georganiseerd..

Alle partijen, behalve D66 en PVV, willen een stringenter pakketbeheer bij het toelaten van nieuwe behandelingen. Alle partijen, behalve de PVV, willen de governance structuur in ziekenhuizen verbeteren en de kwaliteit en transparantie in de zorg vergroten door middel van de oprichting van een landelijk kwaliteitsinstituut. Alle partijen, behalve VVD en D66, willen besparen door wettelijk de norminkomens van medische specialisten en meestal ook van topbestuurders in de zorg met 35 000 euro te verlagen. Alle partijen, behalve GroenLinks, willen een BTW compensatiefonds invoeren in de zorg waardoor het uitbesteden voor zorginstellingen aantrekkelijker wordt gemaakt. Bij de geneesmiddelen kiezen veel partijen, behalve CDA, PVV, en SGP om het preferentiebeleid bij geneesmiddelen uit te breiden door ook clusters van geneesmiddelen toe te laten die niet altijd 100% identiek zijn. Het CDA wil bij de geneesmiddelen een herijking van het geneesmiddelenvergoedingensysteem. Naast

bovengenoemde ombuigingen willen de SP en SGP ook extra geld uittrekken voor de curatieve zorg. De SP wil extra geld om meer zorg te kunnen verlenen. De SGP wil extra geld uittrekken voor meer marktconforme beloningen in de curatieve zorg.

Eigen betalingen zvw

In de Economische Verkenning 2011-2015 (EV) heeft het CPB de technische aanname gemaakt dat het eigen risico zvw wordt verhoogd van 165 euro per volwassene per jaar in 2010 naar 775 euro in 2015 om de groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven af te remmen. Geen van de partijen heeft voor deze aanpak gekozen.

Als het huidige eigen risico van 165 euro de komende jaren op de gebruikelijke wijze zou worden geïndexeerd dan komt het uit op 210 euro in 2015 (zie tabel K.3.3, kolom 2). De meeste partijen kiezen voor een eigen risico dat daar iets boven ligt. Alleen de PVV kiest voor het geïndexeerde eigen risico van 210 euro en de SP schaft het eigen risico helemaal af. Vijf partijen maken het eigen risico inkomensafhankelijk de laagste inkomens een eigen risico hebben van 150 tot 210 euro, de hoogste inkomens 500 tot 700 euro. Alleen Groen Links doet het voorzichtig aan met de hoge inkomens. Een inkomensafhankelijk eigen risico vereist een nogal complexe uitvoeringsorganisatie omdat zorgverzekeraars niet naar het inkomen van verzekerden mogen informeren. Een aparte publieke instantie moet dus de koppeling maken tussen de zorguitgaven en de inkomensgegevens van verzekerden. Het CPB rekent met 60 mln euro aan uitvoeringskosten.

Tabel K.3.3 Eigen risico's zvw (niveaus 2015, in prijzen 2010)											
	Basis pad	Zonder verhoging	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP
	euro per volwassene per jaar										
Eigen risico	775	210	230	200- 600	0	300	210	150- 300	200- 600	210- 400	150- 500
Idem, gemiddeld	775	210	230	340	0	300	210	230	340	350	285
Eigen betaling	416	160	171	222	0	200	160	171	222	166	197
	mld euro										
Eigen betaling ^a	5,5	2,1	2,3	2,9	0,0	2,7	2,1	2,3	2,9	2,2	2,6
Remgeld	0,7	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2

^a Exclusief specifieke eigen betalingen zoals voor de hotelkosten van ziekenhuizen

Bijna alle partijen kiezen voor een eigen risico “aan de voet”. Alleen D66 kiest voor een procentueel eigen risico van 25% van de zorguitgaven, dat wil zeggen dat van elke rekening slechts 25% meetelt voor het eigen risico. In dat geval wordt het maximum pas bij een hogere zorgbehoefte bereikt, en blijft de prikkel langer werken. Geen van de partijen kiest voor een “verschoven” eigen risico, zoals onlangs bepleit door enkele Rotterdamse hoogleraren.¹

¹ Van Kleef, R., W. van de Ven en R. van Vliet, Een effectiever eigen risico in de zorg, Economische Statistische Berichten, 27 juli 2007, blz. 459-461.

De eigen bijdragen per volwassene zijn veel kleiner dan het eigen risico: veel verzekerden maken het eigen risico niet vol. Naarmate het eigen risico hoger is geldt dat voor steeds meer mensen. De eigen betalingen variëren tussen de 160 en 220 euro per volwassene per jaar. Aangezien er in het jaar 2015 13,3 mln verzekerde volwassenen zijn liggen de macro opbrengsten van de eigen betalingen tussen de 2,1 en 2,9 mld euro. Dat is aanzienlijk lager dan de 5,5 mld euro bij een eigen risico van 775 euro. De VVD heeft als enige de huisarts opgenomen in het eigen risico. Dat leidt tot 0,2 mld euro extra eigen betalingen.

In de zvw worden de chronisch zieken, die het eigen risico doorgaans wèl volmaken, gecompenseerd voor het feit dat zij meer geld kwijt zijn dan niet-chronisch zieken. Naarmate het eigen risico hoger wordt neemt het bedrag van die compensatie exponentieel toe. Bij een eigen risico van 210 euro is de compensatie per chronisch zieke 54 euro, bij een eigen risico van 775 euro is dat opgelopen tot 427 euro. De kosten van die compensatie bedragen 0,1 mld euro bij een eigen risico van 201 euro en 0,9 mld bij 775 euro. De kosten worden omgeslagen over de hele bevolking in de vorm van een opslag op de nominale ziektekostenpremie. De VVD stelt overigens voor deze compensatie te schrappen.

De eigen betalingen remmen de vraag naar zorg. Ook dit drukt de collectieve zorguitgaven. Het remgeldeffect loopt op van 0,2 mld euro bij een eigen risico van 210 euro tot 0,7 mld euro bij een eigen risico van 775. Bij een procentueel eigen risico zoals dat van D66 is het remgeldeffect iets groter omdat in dit systeem meer verzekerden een prikkel hebben om de zorguitgaven te reduceren. Daar staat wel tegenover dat de kosten van de compensatie voor de chronisch zieken ook hoger liggen. Bij een eigen risico voor huisartskosten is het remgeldeffect ook iets groter dan gemiddeld.

Een aantal partijen stellen bovendien meer specifieke eigen betalingen voor bij de ggz, ziekenhuizen, mondzorg en fysiotherapie. Het CDA wil eigen betalingen introduceren bij de ggz en de mondzorg, en een eigen bijdrage van 5 euro per behandeling bij de fysiotherapie met in totaal een opbrengst van 0,2 mld euro. Ook de PVV wil eigen betalingen introduceren bij de ggz met een totale opbrengst van 0,3 mld euro. De ChrU wil eigen betalingen bij de ggz en een eigen bijdrage voor de hotelkosten van 5 euro per ligdag in ziekenhuizen met in totaal een opbrengst van 0,3 mld euro. De PvdA en GroenLinks willen alleen een eigen bijdrage voor de hotelkosten in ziekenhuizen van 5 euro per dag met een opbrengst van 0,1 mld euro. Ook bij deze maatregelen is gerekend met een remgeldeffect. Deze is bij de tweedelijns ggz relatief groot, bij ziekenhuiskosten zeer klein.

De manier waarop de langdurige zorg is georganiseerd

In de huidige opzet zijn er binnen de awbz onvoldoende prikkels aanwezig tot doelmatig handelen. Dit wordt onder meer veroorzaakt doordat uitvoerende organisaties (zorgkantoren, CIZ, zorgverzekeraars) weinig gestimuleerd worden om zorg scherp in te kopen of om de hoeveelheid geleverde zorg streng af te bakenen, maar ook doordat overlap bestaat met andere zorgdomeinen (wmo, zvw en jeugdzorg). Tegen deze achtergrond zijn in de Heroverweging Langdurige Zorg verschillende varianten geschetst voor een andere organisatie van de

langdurige zorg. Hierbij gaat het om alternatieven die de uitvoering van de langdurige zorg in grote mate verschuiven naar:

- de cliënt zelf (vouchers);
- de gemeenten (wmo);
- zorgverzekeraars (zvw) of
- een publiek zelfstandig bestuursorgaan (zbo).

Daarnaast zijn in de heroverweging een groot aantal pakketmaatregelen genoemd, die de AWBZ meer terugbrengen naar de kern, namelijk de zorg voor langdurig zieken. Politieke partijen hebben bij de voorbereiding van hun verkiezingsprogramma's ruimschoots geput uit ideeën van de werkgroep.

Tabel K.3.4 Stelselwijzigingen AWBZ uitgesplitst^a											
	mld euro, 2015	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP	
Extramuraal (incl. pgb's)											
Begeleiding	1,3	wmo	wmo	awbz	— ^b	awbz	wmo	zbo	wmo	wmo	
Dagbesteding	1,5	wmo	wmo	awbz	— ^b	awbz	wmo	zbo	wmo	wmo	
Verpleging	0,9	vouchers	wmo	awbz	zvw	awbz	awbz	zbo	wmo	wmo	
Persoonlijke verzorging	2,7	vouchers	wmo	awbz	zvw	awbz	awbz	zbo	wmo	wmo	
Revalidatie	0,9	zvw	zvw	awbz	zvw	awbz	awbz	zbo	zvw	awbz	
Intramuraal											
Verpleging en verzorging	9,8	vouchers	awbz	awbz	zvw	awbz	awbz	zbo	wmo	wmo	
Geestelijke gezondheidszorg	2,2	vouchers	awbz	awbz	zbo	awbz	awbz	zbo	zbo	zbo	
Gehandicaptenzorg	5,9	vouchers	awbz	awbz	zbo	awbz	awbz	zbo	zbo	zbo	

^a De tabel zoemt niet in op pakketmaatregelen, maar laat per partij zien waar de verschillende delen van de awbz terecht komen.

^b De VVD schrapt Begeleiding en Dagbesteding maar reserveert 50% voor weglek naar vooral de wmo,

Vrijwel alle partijen kiezen voor ingrijpende maatregelen, vooral bij de extramurale langdurige zorg (zie tabel K.3.4).²

Verschillende partijen hevelen een deel (CDA, GroenLinks) of alle (PvdA, D66, SPG) extramurale zorg over naar de gemeentelijke wmo. Daarmee wordt deze zorg omgezet in een voorziening en vervalt het verzekerde recht op zorg. Voor gemeenten ontstaan hierdoor meer mogelijkheden om maatwerk te leveren door rekening te houden met de eigen mogelijkheden van de cliënt. In combinatie met een sterke prikkel om scherp in te kopen kan hiervan doelmatigheidswinst worden verwacht. De VVD schrapt echter de functies begeleiding en dagbesteding uit de awbz en reserveert middelen voor weglek naar de wmo, terwijl de overige extramurale zorg overgaat naar de zvw, waarmee de inkoop van zorg in handen van zorgverzekeraars komt. Het CPB verwacht geen doelmatigheidswinst van overheveling naar de

² In deze Keuzes in Kaart zijn bij de voorgestelde stelselwijzigingen awbz de financieringsverschuivingen *binnen* de collectieve sector (van awbz naar wmo enz.) niet geboekt, alleen de doelmatigheidseffecten van die stelselwijziging.

zvw, behalve voor revalidatiezorg. De reden is dat langdurige zorg niet past binnen het stramien van de zvw. Hierbinnen lijkt het namelijk niet goed mogelijk om enerzijds verzekeraars te compenseren voor meerjarige risico's en anderzijds prikkels te behouden om het langdurig zorggebruik te beperken. De SP en de PVV laten het huidige stelsel volledig intact.

Het CDA voert voor een deel van de extramurale zorg en alle intramurale zorg een vouchersysteem in. Cliënten ontvangen op basis van de indicatiestelling een voucher die recht geeft op 90% van de huidige zorgkosten, in plaats van het recht op zorg in natura. Hiermee dienen zij zelf hun zorg in te kopen, waarbij de mogelijke meerkosten voor rekening van de cliënt zijn. Tegelijkertijd verlaagt het CDA de eigen betalingen om zo tegemoet te komen in de zorgkosten die cliënten nu gedeeltelijk voor eigen rekening nemen. Omdat in deze systematiek cliënten direct geconfronteerd worden met de zorgkosten ontstaat een sterke prikkel om zorg kritisch in te kopen, zowel in termen van prijs als hoeveelheid. Daarom is hier een doelmatigheidswinst van 5% geraamd.

In tegenstelling tot de huidige pgb's kunnen deze vouchers alleen worden aangewend voor gekwalificeerde zorg, waar een remmend effect van uit gaat. Ook de VVD beperkt voor delen van de zorg het gebruik van pgb's tot gekwalificeerde zorg.

De ChristenUnie kiest ervoor alle zorg, zowel extra- als intramuraal, als voorziening over te hevelen naar een landelijke zbo. Ook hierbij vervalt het verzekerde recht op zorg en ontstaan meer mogelijkheden tot maatwerk. Tevens heeft de zbo een sterkere inkoopprikkel dan de huidige zorgkantoren waarvan de budgetten minder hard begrensd zijn, zodat ook hier een doelmatigheidswinst verwacht kan worden. De VVD, D66 en de SGP brengen de meest complexe intramurale zorg (ggz en ghz) ook onder bij een landelijke zbo, maar hevelen de intramurale verzorging en verpleging over naar de zvw (VVD) of de wmo (D66, SGP). Groenlinks en de PvdA behouden voor de intramurale zorg de huidige awbz. Vier partijen hevelen revalidatie over naar de zvw (CDA, PvdA, VVD en D66), waar het gezien het kortdurende karakter goed past.

Pakketmaatregelen langdurige zorg

Naast deze stelselwijzigingen beperken de partijen met verschillende maatregelen de zorgaanspraken. Veel partijen kiezen ervoor om voor nieuwe cliënten minder complexe zorg niet langer intramuraal aan te bieden, maar alleen nog extramuraal. Dit geldt zowel voor de geestelijke gezondheidszorg (CDA, PvdA, VVD, GroenLinks, D66, SGP) als voor ouderenzorg (CDA, VVD, GroenLinks, ChrU, D66). Daarnaast wordt door verschillende partijen gekort op de extramurale begeleiding (VVD, ChrU, D66, SGP) en verzorging (CDA, ChrU, D66, SGP) en schrapt de VVD de gehandicaptenzorg voor cliënten met een IQ boven de 70, waarbij geld is gereserveerd voor weglek naar andere regelingen. Afgezien van deze IQ-maatregel wordt door geen enkele partij bezuinigd op zorg die intramuraal aangeboden blijft worden. Wel gaat bij de meeste partijen de eigen bijdrage omhoog.

Tabel K.3.5	Aanpassing stelsel, basispakket en overige maatregelen awbz, excl. eigen betalingen (mld euro)^a									
	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP	
Doelmatigheidswinst aanpassing stelsel	- 1,0	- 0,4	0,0	- 0,5	0,0	- 0,2	- 1,2	- 1,2	- 1,3	
Aanpassing basispakket	- 0,6	- 0,6	0,0	- 2,1	0,0	- 0,5	- 0,9	- 1,9	- 1,6	
Overige maatregelen	- 0,3	- 0,1	- 0,1	- 0,3	0,6	1,2	0,0	- 0,3	0,0	

^a Netto effect op het niveau in 2015 van de EMU-relevante zorguitgaven (= som van gecorrigeerde uitgaven en financieringsverschuivingen).

Overige maatregelen langdurige zorg

Vrijwel alle partijen (CDA, PvdA, VVD, GroenLinks, ChrU, D66 SPG) kiezen voor het scheiden van de kosten van wonen en zorg. Dit impliceert dat zorginstellingen huur en servicekosten direct bij de cliënt in rekening brengen. Hierdoor ontstaat een sterkere prikkel om rekening te houden met de woonwensen van cliënten, wat op termijn tot efficiencyverbeteringen en een meer gedifferentieerd woonaanbod zal leiden. Cliënten worden in de meeste gevallen via een verlaging van de eigen bijdrage geheel of gedeeltelijk gecompenseerd voor deze extra kosten. Een uitzondering is de VVD, die de scheiding van wonen en zorg aangrijpt om de intramurale eigen bijdrage te verhogen, maar wel de eigen bijdrage verhoging uit de Economische Verkenning 2011-2015 teruggedraait.

Slechts enkele partijen trekken extra middelen uit voor intensiveringen in de langdurige zorg. De PVV stelt ¾ mld euro beschikbaar voor 10 000 extra verplegers en verzorgers en verhoging van hun salaris. Daarnaast trekt alleen Groenlinks fors extra geld uit, 1,2 mld euro. Ook dit is bedoeld voor hogere lonen voor verzorgend en verplegend personeel en verbetering van hun loopbaanmogelijkheden. Daarnaast is extra geld beschikbaar voor kleinschalige voorzieningen in de wijk, verbetering van thuiszorg en voor de wmo. Ook de ChristenUnie en de SGP maken extra middelen vrij, al is de omvang kleiner. De ChristenUnie stimuleert hiermee de informele zorg, hospices en opvanghuizen, terwijl de SGP de lonen van verzorgend personeel verhoogt en hulp bij ongewenste zwangerschap en de palliatieve zorg stimuleert.

Eigen betalingen awbz

De eigen betalingen in de awbz liggen bij de partijen tussen de 1,9 mld en de 3,2 mld euro. De meeste partijen nemen de geïndexeerde eigen betalingen van het huidige systeem over. Deze hebben in 2015 een omvang van 1,9 mld euro. Alleen GroenLinks, ChrU en PVV nemen de eigen betalingen uit de Economische Verkenningen 2011-2015 over van 2,9 mld euro. Het CDA voert een voucher systeem in waarin impliciet een eigen betaling van 1,0 mld euro is verwerkt, doordat de cliënten een deel van de zorgkosten zelf moeten betalen. De geïndexeerde eigen betaling vervalt daarbij. Daarnaast wil het CDA de verhoging met 0,8 mld euro van de eigen bijdragen awbz uit de Economische Verkenning 2011-2015 handhaven.

Tabel K.3.6 Eigen betalingen awbz (niveaus 2015, in prijzen 2010)

	Basis pad	Zonder verhoging	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP
	mld euro										
Eigen betalingen ^a	2,9	1,9	1,8	2,2	1,9	2,9	2,7	2,6	2,6	2,3	1,8
Remgeld	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3
Korting op wmo-budget	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0

^a Inclusief het effect van pakketbeperking op de af te dragen eigen betalingen

Alle partijen met uitzondering van de SP en de PVV willen een scheiding tussen de kosten van wonen en zorg aanbrengen. De woon- en servicekosten worden voortaan door de gebruikers zelf betaald. De meeste partijen compenseren deze kosten volledig door een verlaging van de eigen betalingen en doordat de bewoners in aanmerking gaan komen voor huurtoeslag. Alleen GroenLinks, D66 en VVD bieden een onvolledige compensatie waardoor de eigen betalingen impliciet toenemen met respectievelijk 0,1, 0,4 en 1,3 mld euro. Verder voeren Groenlinks, ChristenUnie, D66 en PvdA een vermogenstoets in. De opbrengsten hiervan liggen tussen de 0,1 mld en 0,4 mld euro. Ten slotte geldt voor alle partijen behalve de SP en de PVV, dat ze een deel van de intramurale zorg voortaan extramuraal aanbieden, waardoor de eigen bijdragen dalen met 0,1 tot 0,3 mld euro.

Groenlinks, ChristenUnie, CDA, VVD en PVV nemen de korting op het wmo budget voor gemeenten van 0,2 mld euro over uit de Economische Verkenningen 2011-2015. De gedachte daarachter is dat de gemeenten in lijn met de verhoging van de eigen betalingen awbz, ook de eigen betalingen wmo zullen optrekken.

Effect op EMU-saldo, werkgelegenheid zorg en groeipad collectieve zorguitgaven

Voor de bepaling van het effect op het EMU-saldo is het ook van belang te weten wat er gebeurd met de zorgpremies. Het is gebruikelijk om in de zvw te rekenen met “lastendeckende premies”. Dat wil zeggen dat elke verandering van de collectief gefinancierde uitgaven leidt tot een even grote verandering van de zvw-premies. De zvw-premies, ook de premies die zorgverzekeraars in rekening brengen, zijn onderdeel van de EMU-relevante lasten. Overigens leiden veranderingen van de eigen betalingen tot een even grote verandering van de nominale premies die gezinnen betalen. Elke andere verandering van de collectief gefinancierde zvw-uitgaven leidt tot een even grote verandering van de “macropremielast” die in een vaste verhouding wordt verdeeld over de nominale premies voor gezinnen en de inkomensafhankelijke premies voor bedrijven (de iab). Door het systeem van de lastendeckende premies hebben veranderingen bij de zvw geen effect op het EMU-saldo.

Voor de awbz is het gebruik om bij middellange termijn analyses te rekenen met constante premies. Elke verandering in de collectief gefinancierde awbz-uitgaven leidt tot een verandering van het exploitatiesaldo van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dit is een onderdeel van EMU-saldo.

Tabel K.3.7 Effect op EMU-saldo, werkgelegenheid en groeipad collectieve zorguitgaven 2011-2015										
	Basispad	CDA	PvdA	SP	VVD	PVV	GL	ChrU	D66	SGP
	mld euro, verschil met basispad									
Collectieve uitgaven zorg ^a	- 0,3	0,3	6,3	- 3,1	3,1	2,8	- 2,1	- 0,9	- 0,3	
ZVW-premies	1,5	0,9	5,1	0,4	2,8	2,5	0,2	2,1	3,4 ^b	
EMU-saldo (+ = verbetering)	1,8	0,6	- 1,2	3,5	- 0,3	- 0,3	2,3	3,0	3,7	
	totale groei 2011-2015, 1000 arbeidsjaren									
Werkgelegenheidsgroei zorg	150	140	135	165	100	160	165	120	110	115
	gemiddelde groeivoet 2011-2015 in %									
Collectieve uitgaven zorg ^a	3	3	3	5	2	4	4	2¼	2¾	3

^a Netto effect op de EMU-relevante zorguitgaven (= som van gecorrigeerde uitgaven en financieringsverschuivingen). Dit totaal bedrag kan afwijken van de optellingen van deelbedragen genoemd in de voorgaande tabellen, o.a. vanwege overlap tussen maatregelen.

^b Grotendeels ter dekking van een vermindering van de rijksbijdrage voor kinderpremies met 2 mld euro.

De werkgelegenheid in de zorg stijgt in het basispad van de Economische Verkenning 2011-2015 van 925 000 arbeidsjaren in 2010 naar 1 075 000 arbeidsjaren in 2015, een toename met 150 000. Veel maatregelen die partijen nemen hebben gevolgen voor de werkgelegenheid in de zorg. Dat geldt bijvoorbeeld niet voor maatregelen op het gebied van geneesmiddelen of inkomensmaatregelen maar wel voor nagenoeg alle andere maatregelen.

Om de werkgelegenheidseffecten af te leiden is gerekend met 50 000 euro per voltijdsbaan voor zeer arbeidsintensieve zorg en 75 000 euro als kosten van materiaal ook een rol spelen. Bij maatregelen die het collectief gefinancierde pakket inperken zal de collectief gefinancierde werkgelegenheid deels vervangen worden door privaat gefinancierde werkgelegenheid. Bij de curatieve zorg is gerekend met 85% vervanging, bij de langdurige zorg met 15%, soms 50% vervanging. Bij de langdurige zorg is het immers niet mogelijk om de zorg aanvullend privaat te verzekeren. Bovendien zal veel vervangende langdurige zorg verleend worden door mantelzorgers. Het werk van mantelzorgers wordt niet meegeteld in de werkgelegenheidsstatistieken. Bij SP, PVV en GroenLinks neemt de werkgelegenheid 10 000 à 15 000 dzd meer toe dan in het basispad. Bij de andere partijen neemt de werkgelegenheid minder toe, variërend van -10 000 bij het CDA tot -50 000 bij de VVD.

In het basispad groeien de collectieve zorguitgaven in de periode 2011-2015 met gemiddeld 3% per jaar. De andere invulling die CDA, PvdA en SGP geven aan het zorgbeleid leidt voor deze partijen tot een nagenoeg onveranderd groeipad voor de collectieve zorguitgaven. Drie partijen komen uit op een hoger groeipad, PVV en GroenLinks 4%, SP 5%. En drie partijen komen uit op een lager groeipad, D66 2¾%, ChrU 2¼% en VVD 1¾%.