

CPB DOCUMENT

No 54

maart 2004

**Momentopname van de AWBZ
Een analyse van de sterke en zwakke punten**

Rudy Douven, Esther Mot, Kees Folmer

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

Telefoon (070) 338 33 80
Telefax (070) 338 33 50
Internet www.cpb.nl

ISBN 90-5833-164-4

Korte samenvatting

Dit rapport geeft een analyse van de werking van de onlangs gemoderniseerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Omdat de regelgeving en de gedachtevorming sterk in beweging is, betreft het een momentopname. Er wordt een beschrijving gegeven van de gemoderniseerde AWBZ. Voor de verschillende betrokken partijen wordt bekeken welke prikkels ze ondervinden. Vervolgens wordt geanalyseerd in hoeverre die prikkels voldoende zijn om de doelstellingen van het beleid te bereiken. Door de modernisering is de AWBZ meer vraaggericht geworden en heeft de doelmatigheid een impuls gekregen. Echter, de beheersbaarheid van de groei van de macrokosten is verslechterd en de prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit schieten op een aantal punten nog tekort. Op grond van deze analyse worden mogelijke oplossingsrichtingen aangestipt. Een volledige analyse van voor- en nadelen van de oplossingsrichtingen vergt vervolgonderzoek.

Steekwoorden: AWBZ, langdurige zorg, beleidsdoelen, economische prikkels, concurrentie

Abstract in English

In this report, an analysis is given of the modernised Dutch system for long term care. This system is regulated with the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). Since the organisation of this system is going through many changes, this document can be seen as a snapshot of the current situation. The modernised AWBZ is described and the incentives of the different actors in the AWBZ are analysed. Using this information, the feasibility of reaching the policy goals with the current incentives is analysed. The modernisation has strengthened the position of the patients and efficiency has been improved. However, controlling the development of the macro-economic costs became more difficult. And the incentives for efficiency and quality of care are still not sufficient. Possible ways to improve the organisation of the AWBZ are cursorily explored. For an exhaustive analysis further research is needed.

Key words: long term care, insurance, policy goals, economic incentives, competition

Inhoud

Ten geleide	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Achtergrond van de probleemanalyse	13
1.2 Doel en karakter van de AWBZ	13
1.3 Modernisering van de AWBZ	15
1.4 Doel en opzet van de probleemanalyse	16
1.5 Opbouw van deze notitie	17
2 Doelstellingen van het beleid	19
3 De nieuwe AWBZ in grote lijnen	23
3.1 Gebruik van AWBZ-zorg	23
3.2 Omschrijving in functies en indicatiestelling	29
3.3 Een persoonsgebonden budget of zorg in natura?	30
3.4 Financiering zorgaanbieders	32
3.5 Financiering van zorgkantoren	34
3.6 Eigen bijdragen	35
3.7 Raakvlakken met andere sectoren en regelingen	39
4 Actoren in de AWBZ	43
4.1 De zorgvragers	43
4.2 Regionale indicatie organen (RIO's)	47
4.3 Zorgkantoren	51
4.4 De zorgaanbieders	53
4.5 De verzekeraars	56
5 In hoeverre kunnen met de huidige AWBZ de doelstellingen worden bereikt?	57
5.1 Doelmatigheid	57
5.2 Beheerste ontwikkeling van de macrokosten	61
5.3 Afstemming met aanpalende terreinen	65
5.4 Tijdige beschikbaarheid van zorg	67
5.5 Kwaliteit	69

6	Langdurige zorg in de Europese Unie	73
6.1	Inleiding	73
6.2	Financiering langdurige zorg binnen de EU	74
6.3	Nederland binnen de EU	75
7	Conclusie	77
7.1	Welke kenmerken van de huidige markt kunnen concurrentie in de weg staan?	77
7.2	In hoeverre zijn de prikkels in de AWBZ voldoende?	79
7.3	Sterke en zwakke punten van de huidige AWBZ	82
8	Discussie	83
8.1	Inleiding	83
8.2	Mogelijke oplossingsrichtingen	83
	Bijlage A: Langdurige zorg in de EU	93
	Bijlage B: Verhouding eigen bijdragen	101
	Literatuur	103

Ten geleide

De afgelopen jaren zijn veel inspanningen gedaan om de AWBZ-zorg te verbeteren. De kosten voor de AWBZ zijn in samenhang daarmee aanzienlijk gestegen. Er zijn veel inspanningen geweest om de wachtlijsten weg te werken. Daarnaast is geprobeerd de werkdruk voor het personeel te verminderen en de kwaliteit van de diensten te verbeteren. Vanaf april 2003 gelden de regels van de gemoderniseerde AWBZ waarin de vrager naar zorg meer keuzevrijheid krijgt en zelf meer verantwoordelijkheid kan dragen, indien gewenst. Persoonsgebonden budgetten spelen in de gemoderniseerde AWBZ een grotere rol. Dit kan ook leiden tot kostenstijgingen. Vanaf 1 januari 2004 zijn de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd om de macrobetaalbaarheid van de zorgkosten te verbeteren. Het kabinet denkt na over een nieuw sturingsconcept voor de diensten die nu onder de AWBZ vallen. Het besluit om een deel van de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2006 over te hevelen naar de nieuwe basisverzekering is al genomen.

De AWBZ is dus volop in beweging. Begin 2003 publiceerde het CPB een onderzoek naar de stelselherziening in het tweede compartiment (CPB document nr. 28). Dit leidde tot de vraag of een dergelijke stelselherziening in de AWBZ zou kunnen helpen om de problemen op te lossen. Gezien de grote verschillen tussen de AWBZ en het tweede compartiment is deze vraag niet eenvoudig te beantwoorden. In dit document wordt verslag gedaan van een vooronderzoek waarin sterke en zwakke punten van de huidige AWBZ zijn geanalyseerd. Omdat de AWBZ zo sterk in beweging is, moeten het beleid en de toestand die in dit document worden beschreven, als een momentopname worden gezien. De bevindingen van het onderzoek zullen mee richting kunnen geven aan volgende veranderingen.

Aan dit vooronderzoek hebben vele personen en organisaties meegewerkt door middel van een interview en/of deelname aan een workshop waarin is gediscussieerd over de AWBZ. Onze dank gaat uit naar al deze medewerkers. Een speciaal woord van dank is op zijn plaats voor onze mede-modelbouwers van het SCP, die de AWBZ-sector in het Zorgmodel hebben gemodelleerd en hun modellen hebben aangepast aan de gemoderniseerde AWBZ. Wij mochten gebruik maken van hun grote kennis van de AWBZ en de mantelzorg.

F.J.H. Don
directeur

Samenvatting

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), ook wel het eerste compartiment van het stelsel van verzekeringen voor ziektekosten genoemd, is een verplichte verzekering die de gehele bevolking verzekert tegen bijzondere ziektekosten. De AWBZ wordt uit inkomensafhankelijke premies gefinancierd binnen de eerste twee schijven van de loon- en inkomstenbelasting. Momenteel dekt de AWBZ de uitgaven voor ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en een deel van de preventieve zorg. Besloten is bij de stelselherziening in de curatieve zorg een deel van de GGZ over te hevelen naar de nieuwe basisverzekering voor het tweede compartiment.

In het vorige decennium kenmerkte de AWBZ zich door aanbodsturing, waarbij strakke budgettering gepaard ging met wachtlijsten en weinig klantgerichtheid. Recent hebben zich enkele belangrijke ontwikkelingen voorgedaan die het karakter van de AWBZ ingrijpend hebben gewijzigd. Het 'recht op zorg' zorgde er voor dat budgettaire beperkingen grotendeels verdwenen en dat er sinds 2000 extra gelden voor de AWBZ-zorg beschikbaar kwamen om wachtlijsten weg te werken. De modernisering van de AWBZ, sinds april 2003, was een volgende stap in de ombouw van een aanbod- naar een meer vraaggestuurd stelsel. Door de modernisering zijn persoonsgebonden budgetten (PGB's) een grotere rol gaan spelen, waardoor zorgvragers meer invloed krijgen op de zorg. Ook is de zorg nu ingedeeld in functies die de zorg moet vervullen (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging), in plaats van specifieke producten van zorginstellingen. Dit is bedoeld om het aanbod flexibeler te maken.

Mensen die gebruik willen maken van AWBZ-zorg moeten eerst contact opnemen met een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), waar wordt vastgesteld of ze in aanmerking komen voor een indicatie. De indicatie geeft aan voor welke functie(s) zij in aanmerking komen en in welke mate (met behulp van klassen). RIO's vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor de meeste functies (zoals huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging) kunnen zorgvragers kiezen uit een PGB of zorg in natura, maar voor behandeling en verblijf zijn ze aangewezen op zorg in natura. Per regio krijgt één zorgverzekeraar een concessie om de AWBZ uit te voeren. Deze zorgverzekeraar treedt op als zorgkantoor. Zorgkantoren zijn niet risicodragend over de kosten van AWBZ-zorg, alleen over de beheerskosten. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van de zorg in natura.

Het Ministerie van VWS is bezig met het ontwikkelen van een nieuwe visie op de AWBZ. De AWBZ is daarmee voortdurend in beweging. Dit vooronderzoek dient daarom gezien te worden als een momentopname. De analyse poogt meer helderheid te brengen in de problemen die spelen in de huidige AWBZ, en kan dienen als basis voor vervolgonderzoek naar oplossingsrichtingen voor problemen in de AWBZ.

De grotere rol voor PGB's en het bestrijden van de wachtlijsten dragen bij aan een verbetering van enkele belangrijke doelstellingen van de AWBZ, namelijk vraaggerichtheid en toegankelijkheid. PGB's zijn ook bevorderlijk voor de doelmatigheid. Daarnaast leidt de invoering van de functiegerichte indicering van de zorg tot meer flexibiliteit. Door deze wijzigingen in de AWBZ zijn echter niet alle problemen opgelost. Sterker nog, door de recente ontwikkelingen zijn ook weer nieuwe problemen ontstaan. De erkenning van het recht op zorg, de vraagsturing en de grotere rol van PGB's hebben de beheersbaarheid van de groei van de macrokosten verslechterd. Het gebruik van PGB's kan er toe leiden dat zorg die voorheen mantelzorg was, in de toekomst uit de AWBZ gefinancierd zal worden. Voor een deel heeft het probleem van de kosten te maken met factoren als vergrijzing, individualisering, teruglopende wachtlijsten en latente vraag. Voor een deel heeft het echter ook te maken met de prikkelstructuur in de AWBZ, die voor een deel nog gestoeld is op het oude budgetteringssysteem, en minder geschikt lijkt als sturingsmechanisme voor de nieuwe opzet.

Voor een doelmatige zorgverlening verlangt vraagsturing immers een andere prikkelstructuur dan aanbodsturing. In de huidige opzet zijn de prikkels voor doelmatige zorginkoop door zorgkantoren zwak, evenals de prikkels voor het verbeteren van de medisch inhoudelijke kwaliteit. Het zorgkantoor heeft in financieel opzicht zelfs een perverse prikkel, omdat de beheerskosten gebudgetteerd zijn en de kosten van de zorg vergoed worden. Bij de regionale indicatieorganen (RIO's) bestaat het risico dat tijdige indicaties en klanttevredenheid prioriteit krijgen boven doelmatigheid. Ook is de huidige structuur onoverzichtelijk. Voor de verzekerde is het bijvoorbeeld onduidelijk welke taken en verantwoordelijkheden horen bij het zorgkantoor en welke bij zijn eigen verzekeraar. Op bepaalde aspecten waren de oude aanbodprikkels wel effectief. Zo lijken er, vooral in de intramurale zorg, door de strakke budgettering nauwelijks meer doelmatigheidswinsten te behalen in de directe persoonlijke dienstverlening. Doelmatigheidswinsten zouden dan gevonden moeten worden in een striktere indicatie of een betere organisatie van de zorg als geheel. Wellicht kan de doelmatigheid worden verbeterd door meer zorg extramuraal te geven. Daar waar de zorg extramuraal kan plaatsvinden, is een zwak punt dat er geen duidelijke regisseur is die AWBZ-zorg, wonen en dienstverlening op elkaar afstemt.

Er zijn nog steeds tekorten in het aanbod van zorg, vooral wat betreft verpleeghuiszorg. Dit maakt het voor het inkopende zorgkantoor moeilijk om eisen te stellen aan kwaliteit en doelmatigheid bij de zorgaanbieders. Het huidige stelsel bevat weinig prikkels om het intramurale aanbod te vergroten. Hoe dit zich ontwikkelt, zal ook samenhangen met de wijze waarop het nieuwe financieringsstelsel zal worden vormgegeven. Mocht toegankelijkheid een probleem blijven dan kan ook worden overwogen om het verbod op winst bij aanbieders los te laten.

Naast pogingen om de doelmatigheid te verbeteren zijn er in een vraaggestuurd stelsel slechts twee andere instrumenten voor de overheid om de kosten in de hand te houden, namelijk het

verhogen van de eigen bijdragen en het opleggen van pakketbeperkingen. Zo heeft de overheid, als reactie op de kostenstijgingen, per 1 januari 2004 de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd en het pakket voor psychotherapie verkleind. Deze maatregelen zullen naar verwachting niet alleen leiden tot een verschuiving van de financiering naar vragers, maar ook tot een afname van de vraag naar zorg. Het is echter niet duidelijk in hoeverre het bij deze afname om niet-noodzakelijke zorg gaat. De vraag is daarom in hoeverre beide instrumenten echte oplossingen vormen voor de stijgende kosten in de AWBZ. Een financieringsverschuiving naar de zorgvragers kan de toegankelijkheid van de zorg verminderen.

Er zijn belemmerende factoren voor het introduceren van meer concurrentie tussen zorgaanbieders in de AWBZ. Zo lijkt de neiging tot samenwerken tussen zorgaanbieders diep geworteld te zijn in de AWBZ, wat de laatste tijd nog versterkt is door de grotere nadruk op ketenzorg. In de afgelopen periode heeft zich een proces van fusies en concentraties van het zorgaanbod in de AWBZ voorgedaan waardoor concurrentie moeilijker van de grond kan komen. Ook kan onvoldoende transparantie leiden tot problemen, zoals onvoldoende kwaliteit van de zorg.

Het toetredingsbeleid voor extramurale zorg is versoepeld. Zo wordt er niet meer naar de capaciteit gekeken bij het beoordelen van een aanvraag om toelating. Intramurale instellingen dienen voor toelating ook het traject Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) te doorlopen, wat de toetreding van aanbieders voor intramurale zorg kan vertragen. Een praktisch probleem is dat het moeilijk is om bouwgrond te vinden.

Een van de vragen die dit onderzoek hebben gestimuleerd, is in hoeverre de problemen in de AWBZ kunnen worden opgelost door de voorzieningen op te nemen in de nieuwe basisverzekering. Wat betreft een deel van de GGZ is hier al toe besloten. Meedraaien in de stelselherziening zal de prikkels voor de doelmatigheid vergroten, omdat de huidige rol van de zorgkantoren dan wordt overgenomen door risicodragende en concurrerende verzekeraars. Voorwaarde is dan natuurlijk wel dat er inderdaad doelmatigheid te winnen valt, en wel op een wijze die zich leent voor een stimulerende rol van zorgverzekeraars. Curatieve zorg, zoals delen van de GGZ en de thuiszorg, leent zich hier goed voor. Maar zorgverzekeraars lijken bijvoorbeeld niet de aangewezen partij om AWBZ-zorg, wonen en dienstverlening af te stemmen. Daarnaast is de vraag in hoeverre ze zich zullen inspannen voor potentieel onaantrekkelijke klanten als mensen die verpleeghuiszorg nodig hebben en gehandicapten. Zorg met belangrijke externe effecten, zoals verslavingszorg, lijkt ook minder geschikt te zijn voor de basisverzekering, hoewel de verslavingszorg wel deel uitmaakt van de plannen voor overheveling van de GGZ.

Bij overheveling van bijvoorbeeld verpleeghuiszorg en zorg voor gehandicapten dreigt kwaliteitsverslechtering of risicoselectie. Een voorwaarde voor een succesvolle overheveling is

in ieder geval dat de overgehevelde zorg in het tweede compartiment op een passende wijze in het systeem van risicoverevening verwerkt kan worden. Een ander criterium waar op gelet moet worden is of na de overheveling niet op andere plaatsen, door nieuwe schotvorming, problemen ontstaan.

Ook voor die delen van de AWBZ die niet worden overgeheveld naar het tweede compartiment heeft het zin na te gaan of prikkels kunnen worden verbeterd. Mogelijk zijn doelmatigheidswinsten te behalen door een betere organisatie van de zorg, bijvoorbeeld verdere extramuralisering van verzorgingshuiszorg, en een betere afstemming met andere terreinen zoals wonen en dienstverlening. Hierbij dient bekeken te worden welke partijen het meest geschikt zijn om de organisatie van de zorg op zich te nemen. Bijvoorbeeld delen van de AWBZ waar de lokale component een belangrijke rol speelt, kunnen wellicht beter niet worden uitgevoerd door een verzekeraar maar beter door een lokale of regionale organisatie. Men kan hierbij denken aan de gemeente of een samenwerkingsverband van kleinere gemeenten. Ook valt te overwegen om bij de indicatiestelling meer aandacht te geven aan doelmatigheid. Bij zorginkoop binnen de AWBZ kan gedacht worden aan een publiek zorgkantoor dat wordt geprikkeld via zwakkere vormen van concurrentie, zoals benchmarking of maatstafconcurrentie.

Een eerste verkenning van de organisatie van langdurige zorg in het buitenland wijst uit de positie van het Nederlandse zorgkantoor bijzonder is. In andere landen zijn de financiële en de organisatorische verantwoordelijkheid niet zo sterk gedeeld. Waar de lokale overheid verantwoordelijk is voor indicatie en uitvoering, ligt daar ook de verantwoordelijkheid voor de financiële stabiliteit. In Nederland is het zorgkantoor wel verantwoordelijk voor het doelmatig inkopen van voldoende zorg van goede kwaliteit, maar ondervindt geen financiële gevolgen als bijvoorbeeld de doelmatigheid te kort schiet.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van de probleemanalyse

Het kabinet Balkende II heeft besloten dat per 1 januari 2006 een stelselherziening in de curatieve zorg plaats vindt. Zoals bekend brengt deze met zich mee dat concurrerende verzekeraars een regierol gaan spelen in de curatieve sector en dat ook aanbieders meer met elkaar gaan concurreren. Dit alles onder voorwaarden van acceptatieplicht, verzekeringsplicht, verbod op premiedifferentiatie op grond van persoonlijke kenmerken en het functioneren van een risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars. Een vergroting van de doelmatigheid is een belangrijke doelstelling van deze stelselherziening.¹ Nu de uitgaven van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de afgelopen jaren sterk zijn gestegen, is er veel belangstelling voor mogelijkheden om de doelmatigheid in de AWBZ te vergroten. Naar aanleiding van het CPB-rapport 'Zorg voor concurrentie' over de curatieve sector is de vraag opgekomen hoe een soortgelijke analyse voor de AWBZ zou uitvallen. Voor de AWBZ zou een soortgelijke stelselherziening vooral betekenen dat verzekeraars daar een heel andere rol gaan spelen, namelijk dat zij risicodragend worden (ondersteund door een risicovereveningssysteem) en gaan concurreren met elkaar. Een stelselherziening in de AWBZ zou ook kunnen leiden tot een andere wijze van indicatiestelling. Gezien de grote verschillen tussen de AWBZ-gefinancierde zorg en de curatieve sector is het niet mogelijk de vraag zonder nader onderzoek te beantwoorden. Om na te gaan welke problemen er spelen in de AWBZ is een vooronderzoek uitgevoerd. Dit document schetst de resultaten van deze analyse. Om te beginnen wordt kort ingegaan op het karakter van de AWBZ, en de modernisering die onlangs heeft plaats gevonden.

1.2 Doel en karakter van de AWBZ

Het tweede compartiment van het stelsel van verzekeringen voor ziektekosten in Nederland (de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering) omvat de curatieve sector, de op genezing gerichte activiteiten. Ruwweg wordt dit wel de 'cure' genoemd. De meer verzorgende activiteiten in het eerste compartiment (de AWBZ) worden ook wel de 'care' genoemd.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij om geneeskundige risico's die niet via het ziekenfonds of normale ziektekostenverzekering gedekt zijn, zoals een verblijf in een inrichting, instellingen voor gehandicapten, ziekenhuiszorg langer dan een jaar

¹ Onlangs heeft het CPB een uitgebreid onderzoek afgerond naar de stelselherziening in de curatieve zorg (CPB, 2003). Dit onderzoek ging in op de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de kans op succes zo groot mogelijk te maken, mogelijke bijwerkingen van de herziening en manieren om die zoveel mogelijk tegen te gaan.

en dergelijke (SER,1999). Verzekerden zijn alle ingezetenen, ongeacht hun leeftijd of nationaliteit. De premie voor de AWBZ is afhankelijk van het inkomen. Via deze wijze van financieren wordt dus zowel inkomens- als risicosolidariteit opgelegd.² De criteria die in het verleden gehanteerd zijn bij de samenstelling van het AWBZ-pakket zijn niet altijd helder. Zo heeft de verzekering voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen er tijdelijk deel van uitgemaakt.³

De huidige AWBZ omvat de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en een deel van de preventie (bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma). Omdat de preventie zowel qua doelstelling als qua aansturing afwijkt van de andere onderdelen van de AWBZ, gaan we daar in dit rapport verder niet op in. De ouderenzorg bestaat voornamelijk uit zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Echter, extramurale en transmurale zorg gaat een steeds grotere rol spelen. De thuiszorg kan zowel gericht zijn op mensen die zonder hulp niet meer zelfstandig kunnen wonen (veelal ouderen), als op mensen die tijdelijke hulp nodig hebben, bijvoorbeeld omdat zij herstellen na een ziekenhuisopname. Sommige delen van de huidige AWBZ zijn op genezing gericht en sluiten daarom beter aan bij de curatieve sector. Het kabinet is voornemens om de op genezing gerichte GGZ ten tijde van de stelselherziening over te hevelen naar het tweede compartiment (de nieuwe basisverzekering).⁴

De care wijkt op het punt van informatie-asymmetrie tussen zorgvrager en zorgaanbieder duidelijk af van de cure. Het gaat in de care om veelal langdurige zorg, zoals verzorgingshuiszorg en gehandicaptenzorg. In de AWBZ-zorg zijn naast medisch-inhoudelijke kwaliteit zaken als klantvriendelijkheid, privacy en autonomie van groot belang (Timmermans *et al*, 2002). Dergelijke aspecten zijn voor de zorgvragers makkelijker te beoordelen dan veel curatieve zorg waar het in sterkere mate om de medisch-inhoudelijke kwaliteit gaat.⁵ Niet alle vragers kunnen de kwaliteit van de care goed beoordelen, bijvoorbeeld dementerenden of mensen met een verstandelijke handicap. Hier kunnen vaak familieleden of andere vertegenwoordigers de zorg beoordelen, wat echter weer complicaties kan introduceren als de partijen niet precies dezelfde belangen hebben. De grotere ruimte voor eigen wensen en het langduriger karakter van de zorg betekenen ook dat de eigenschappen van de vrager (zoals opleidingsniveau, inkomen etc) in de care een andere rol spelen bij het invullen van de vraag dan in de cure.

² De inkomenssolidariteit wordt echter beperkt doordat AWBZ-premie alleen over de beide eerste belastingschijven wordt geheven (dus tot ongeveer 28 000 euro).

³ In de woorden van VWS is er 'ruimhartig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de aanspraken met een algemene maatregel van bestuur uit te breiden' (VWS, 2003d).

⁴ De overige op genezing gerichte zorg in de AWBZ wordt in beginsel ook overgeheveld. Het kabinet wil zich nog nader bezinnen alvorens hierover een beslissing te nemen (VWS, 2003i).

⁵ Dat neemt niet weg dat het niveau van de medisch-inhoudelijke kwaliteit ook in de care op dit ogenblik moeilijk vast te stellen is.

Een ander verschil met het tweede compartiment is dat de benodigde zorg in de AWBZ in beginsel niet volgt uit de diagnosestelling van de behandelende arts.⁶ Er zijn afzonderlijke Regionale Indicatie Organen (RIO's) die tot taak hebben een onafhankelijke en objectieve indicatie te stellen. Dit betekent dat aanbodgeïnduceerde vraag in de AWBZ waarschijnlijk een minder grote rol speelt dan in de curatieve sector.

In de AWBZ functioneren momenteel geen risicodragende concurrerende verzekeraars. De uitvoering van de AWBZ is wel bij de zorgverzekeraars ondergebracht, maar zij lopen hierover geen financieel risico (alleen over de beheerskosten).⁷ Bovendien besteden verzekeraars deze taak uit aan zorgkantoren. Per regio is er één zorgkantoor dat van de betrokken verzekeraars een mandaat krijgt om de AWBZ uit te voeren. Er is dus geen concurrentie tussen verzekeraars of tussen zorgkantoren. Volgens de analyse in Vraag Aan Bod (VWS, 2001) zou het eindmodel moeten zijn dat de AWBZ in de nieuwe basisverzekering wordt opgenomen en dus wel wordt aangestuurd door risicodragende concurrerende verzekeraars.⁸ Sinds Vraag Aan Bod zijn echter weer nieuwe ideeën over de AWBZ ontwikkeld. In hoofdstuk 7 wordt kort ingegaan op de huidige visie van VWS, die op dit ogenblik nog in ontwikkeling is.

1.3 Modernisering van de AWBZ

Per 1 april 2003 is de AWBZ ingrijpend gemoderniseerd. Hoofdstuk 3 gaat daar uitgebreid op in. In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken in november 2003 beschreven.⁹ De modernisering is gericht op het vergroten van de rol van de vrager (meer keuzevrijheid en zeggenschap). De belangrijkste verandering is dat de benodigde zorg wordt benoemd in termen van functies die de zorg moet vervullen, zoals huishoudelijke verzorging en verpleging, en niet langer in termen van producten van zorginstellingen. De bedoeling van deze oriëntatie op functies is dat schotten in de AWBZ verdwijnen, doordat instellingen meerdere functies kunnen leveren, en dat het aanbod toeneemt. In het verlengde hiervan gaat het persoonsgebonden budget (PGB) een grotere rol spelen. Voor de meeste functies¹⁰ kunnen verzekerden kiezen tussen een PGB en zorg in natura (ZIN). Een verzekerde met een PGB mag zelf zijn zorgaanbieder uitkiezen en draagt ook financiële verantwoordelijkheid. Bij de keuze voor ZIN wendt de verzekerde zich tot het zorgkantoor dat de zorg voor haar of hem inkoop.

In de oude AWBZ stond aanbodregulering centraal. Hoewel dit redelijk succesvol bleek vanuit het oogpunt van kostenbeheersing, leidde dit tot onbeheersbaarheid op een ander punt: wachtlijsten en lange wachttijden. Dit probleem leidde niet alleen tot roep om meer vraagsturing, maar bracht ook discussies op gang over het verzekeringskarakter van de AWBZ.

⁶ Hier geldt een uitzondering voor de GGZ.

⁷ De risicoloze uitvoering heeft te maken met het oorspronkelijke doel van de AWBZ: een volksverzekering voor op de markt onverzekerbare risico's.

⁸ Dit hoeft niet automatisch te betekenen dat verzekeraars over alle onderdelen van de AWBZ risico lopen.

⁹ Gezien de vele en snelle veranderingen in de AWBZ is het nodig aan te geven op welk tijdstip de beschrijving betrekking heeft.

¹⁰ Niet voor behandeling en verblijf.

In het kader van de 'boter bij de vis' benadering is extra geld beschikbaar gesteld om wachtlijsten te bestrijden.¹¹ Reductie van wachtlijsten bleek niet louter een kwestie van verruiming van de budgetten, onder meer door het manifest worden van latente vraag.¹² Ook zijn er stappen gezet voor het verbeteren van de doelmatigheid in de care.¹³

De modernisering van de AWBZ is te kort geleden ingevoerd om nu al de gevolgen te kunnen beoordelen. Vanuit praktisch oogpunt kan dit een reden zijn om op dit moment geen verdere veranderingen door te voeren. De vraag blijft echter bestaan in hoeverre de huidige AWBZ de doelstellingen van het zorgbeleid kan realiseren. Deze kwestie komt aan de orde in hoofdstuk 5.

1.4 Doel en opzet van de probleemanalyse

Er zijn twee centrale vragen over de organisatie van de AWBZ:

1. Voor welke delen van de AWBZ is het gewenst om deze mee te nemen in de stelselherziening zoals die voor de curatieve sector is voorzien?
2. Welke verbetering in aansturing is mogelijk voor die delen van de AWBZ die niet geschikt zijn om mee te nemen in de stelselherziening?

Het doel van deze probleemanalyse is een veldverkenning uit te voeren om te bezien in hoeverre bovenstaande onderzoeksvragen nu reeds te beantwoorden zijn en voor welke aspecten nader onderzoek noodzakelijk is. In de probleemanalyse komen daartoe de volgende vragen aan de orde:

1. Hoe is de AWBZ op dit ogenblik georganiseerd?
2. Welke prikkels zijn er voor de verschillende actoren in de AWBZ?
3. In hoeverre zijn de doelstellingen van het beleid te behalen met de huidige opzet en prikkels?

De probleemanalyse betreft dus een analyse van de huidige toestand in de (gemoderniseerde) AWBZ en de sterke en zwakke punten van de huidige organisatie. Aan de hand van deze analyse wordt in Hoofdstuk 7 nagegaan in hoeverre de centrale vragen al te beantwoorden zijn. Het blijkt dat deze slechts deels te beantwoorden zijn zonder vervolgonderzoek. De analyse is uitgevoerd door middel van literatuuronderzoek en gesprekken met betrokkenen bij de AWBZ, zoals beleidsmakers, onderzoekers, organisaties in het zorgveld en uitvoerders. Er zijn interviews geweest bij het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), het ministerie van VWS,

¹¹ Dat wil zeggen dat voor extra productie ook extra werd betaald, bovenop het reguliere budget.

¹² Hiermee wordt bedoeld dat er mensen zijn die wel behoefte hebben aan AWBZ-zorg en daar ook voor in aanmerking komen, maar het vanwege de lange wachtlijsten niet aanvragen.

¹³ Bij het CTZ is een nieuwe afdeling opgericht die zich bezig houdt met doelmatigheid. Een kernactiviteit is de doelmatige zorginkoop door zorgkantoren bij zorginstellingen.

Zorgverzekeraars Nederland, het College Voor Zorgverzekeringen, het College Toezicht Zorgverzekeringen, het College Tarieven Gezondheidszorg, het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en een zorgkantoor. Verder is er een workshop gehouden met betrokkenen van bovenstaande organisaties om te discussiëren over de AWBZ, en is commentaar gevraagd op een concept van dit document.

1.5 Opbouw van deze notitie

Hoofdstuk 2 gaat in op de doelstellingen van het zorgbeleid. Als we willen weten wat de optimale organisatie voor de AWBZ is, moeten we eerst weten wat de overheid wil bereiken met de gezondheidszorg. Hoofdstuk 3 bespreekt de huidige AWBZ in grote lijnen. Hoofdstuk 4 beschrijft de verschillende actoren in de AWBZ en de prikkels die zij ondervinden. In hoofdstuk 5 gaan we na in hoeverre de doelstellingen bereikt kunnen worden bij de huidige organisatie van de AWBZ. In hoofdstuk 6 wordt beschreven hoe de langdurige zorg in andere landen in de Europese Unie is geregeld. In hoofdstuk 7 worden de conclusies gegeven en in hoofdstuk 8 vindt een eerste discussie over oplossingsrichtingen plaats.

2 Doelstellingen van het beleid

Om na te gaan of de AWBZ goed is georganiseerd moeten we weten welke doelen men wil bereiken met het zorgbeleid. In de Zorgnota 2003 worden de doelstellingen voor de gezondheidszorg als volgt omschreven: “Ons beleid is er op gericht dat mensen noodzakelijke zorg van goede kwaliteit krijgen binnen een redelijke termijn en tegen een betaalbare prijs.” (p. 12)

Het beleid kent dus 3 hoofddoelstellingen:

1. Toegankelijkheid;
2. Kwaliteit;
3. Betaalbaarheid.

Deze zijn op te splitsen in een aantal subdoelstellingen (zie tabel 2.1). Toegankelijkheid wil zeggen dat de zorg voor iedereen beschikbaar moet zijn op het juiste tijdstip en op de juiste plaats (geografische beschikbaarheid, tijdigheid). Kwaliteit heeft zowel betrekking op medisch inhoudelijke aspecten als op de aansluiting op de wensen van zorgvragers. Om deze beide dimensies van kwaliteit te waarborgen is voldoende innovatie nodig. Deze komt aan de orde bij het criterium betaalbaarheid. Betaalbaarheid wordt zowel op microniveau als op macroniveau nagestreefd.¹⁴ Het microniveau heeft te maken met een doelmatige werking van markten. Deze doelmatigheid kent drie aspecten: technische doelmatigheid (geen verspilling, benutting van schaalvoordelen en synergie-effecten), allocatieve doelmatigheid (de markt voorziet optimaal in de door de zorgvrager gewenste prijskwaliteit verhouding) en dynamische doelmatigheid (voldoende product- en procesinnovaties). Macrobetalbaarheid heeft te maken met een beheerste ontwikkeling van de macrokosten die er toe moet leiden dat de zorg ook op individueel niveau betaalbaar blijft. Voor een doelmatige werking van het zorgstelsel als geheel is het niet alleen belangrijk dat de verschillende onderdelen van de zorg goed op elkaar zijn afgestemd maar ook dat de zorg is afgestemd op belangrijke terreinen buiten de zorg. Voor de AWBZ is de afstemming met de curatieve zorg belangrijk, maar ook die met wonen en dienstverlening.

Tabel 2.1 Hoofddoelstellingen onderverdeeld in subdoelstellingen

Hoofddoelstellingen	Subdoelstellingen
Toegankelijkheid	Geografische beschikbaarheid, tijdigheid
Kwaliteit	Medisch inhoudelijke kwaliteit, vraaggerichtheid/keuzevrijheid
Betalbaarheid	Doelmatigheid zorgmarkten, beheerste ontwikkeling macrokosten, Afstemming AWBZ en aanpalende terreinen

¹⁴ Aalbers et al (2003)

Zoals aangegeven is de AWBZ kort geleden ingrijpend gemoderniseerd. Bij deze modernisering lag de nadruk op doelen als keuzevrijheid voor zorgvragers, flexibiliteit in het aanbod van zorg, grotere vraaggerichtheid van het stelsel en meer mogelijkheid voor eigen invulling en verantwoordelijkheid. In termen van de bovenstaande subdoelstellingen kunnen we zeggen dat de subdoelstelling vraaggerichtheid/keuzevrijheid veel aandacht krijgt bij de modernisering en daarnaast via de ontschotting ook de subdoelstellingen die met toegankelijkheid en doelmatigheid te maken hebben.

Een doelmatige besteding van middelen en beheerste ontwikkeling van de macrokosten werden als randvoorwaarde gezien bij het bereiken van de andere doelstellingen (zie bijvoorbeeld Projectbeschrijving modernisering van de AWBZ, juli 2001). De modernisering van de AWBZ was dus vooral gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit waarbij de betaalbaarheid niet achteruit mocht gaan. Dit is geen eenvoudige opgave. Verbetering van de toegankelijkheid (b.v. verminderen van wachtlijsten) zal vaak gepaard gaan met toename van de kosten. In de curatieve sector zijn er mogelijkheden om de kwaliteit te verhogen zonder dat de kosten stijgen. Het is niet duidelijk in hoeverre hier in de care mogelijkheden voor bestaan.

In hoofdstuk 5 gaan we na in hoeverre met de huidige opzet van de AWBZ de verschillende doelen zijn te bereiken. Daarbij krijgen niet alle doelstellingen evenveel aandacht. De subdoelstellingen die met betaalbaarheid te maken hebben (doelmatigheid en macrokosten) krijgen relatief veel aandacht, zowel gezien onze economische invalshoek als ook omdat zich op dit punt problemen voordoen in de AWBZ.¹⁵ De afgelopen jaren zijn de kosten van de AWBZ sterk gestegen. Dit hangt waarschijnlijk vooral samen met pogingen om de wachttijd te verlagen en met het manifest worden van latente vraag. Ook verbetering van de kwaliteit van de zorg kan een rol hebben gespeeld. In Hoofdstuk 3 wordt uitgebreid ingegaan op mogelijke oorzaken. Het is de vraag in hoeverre deze stijging zich zal voortzetten de komende jaren. De ministeries van VWS en Financiën gingen in hun rapportage voor de kabinetsformatie uit van een flinke toename in de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid door het erkennen van het recht op zorg. Naar schatting gaat het om een bedrag tussen 2,5 en 3,5 miljard euro in 2007 ten opzichte van basisscenario van het CPB, waarin wachtlijstbestrijding en latente vraag niet zijn opgenomen.¹⁶ Een belangrijk deel van deze extra uitgaven slaat naar verwachting neer in de AWBZ. Dit doet zich voor op een ogenblik dat het door de macro-economische situatie toch al moeilijk is om de doelstellingen voor het EMU-saldo te halen.¹⁷

Het kabinet Balkenende II neemt dan ook een pakket van maatregelen om de collectief gefinancierde zorgkosten te beheersen. Naast maatregelen voor de ZFW wordt onder andere voor de hele zorgsector uitgegaan van een zeer gematigde loonkostenontwikkeling voor 2004

¹⁵ Dit wil uiteraard niet zeggen dat de andere doelstellingen als onbelangrijk worden beschouwd.

¹⁶ Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën (2003)

¹⁷ Voor de EU-lidstaten geldt conform het verdrag van Maastricht dat het begrotingstekort niet groter mag zijn dan 3% BBP. Op grond van de afspraken in het Pact voor Groei en Stabiliteit wordt verder vereist dat er een middellange-termijn-doelstelling is van "close to balance or in surplus".

en 2005. De eigen bijdragen in de AWBZ worden aanzienlijk verhoogd en het pakket verkleind (minder behandelingen psychotherapie). Daarnaast is een intensivering in de AWBZ voorzien die oploopt tot ongeveer 1 miljard euro in 2007. Gezien het feitelijk afschaffen van de aanbodregulering in de zorg is het mogelijk dat de zorguitgaven het BKZ alsnog overschrijden. In dat geval zal het kabinet aanvullende maatregelen nemen, zoals een verdere beperking van het verzekerde pakket, verdere verhoging van eigen betalingen, en (in het uiterste geval) het herintroduceren van budgetplafonds voor (onderdelen van) de AWBZ. Door de grote aandacht voor de doelstelling van betaalbaarheid kan de doelstelling van toegankelijkheid weer in het gedrang komen.

Bovenstaande is een illustratie van het algemene probleem dat het bevorderen van een van de doelstellingen regelmatig een verslechtering van een of meer andere doelstellingen met zich meebrengt. Zo is het moeilijk om de toegankelijkheid te bevorderen zonder de macro-betaalbaarheid te verminderen. We kunnen dan ook twee soorten beleidsopties onderscheiden:

1. Er worden een of meer doelstellingen bevorderd zonder andere te verslechteren;
2. Er worden een of meer doelstellingen bevorderd ten koste van andere.

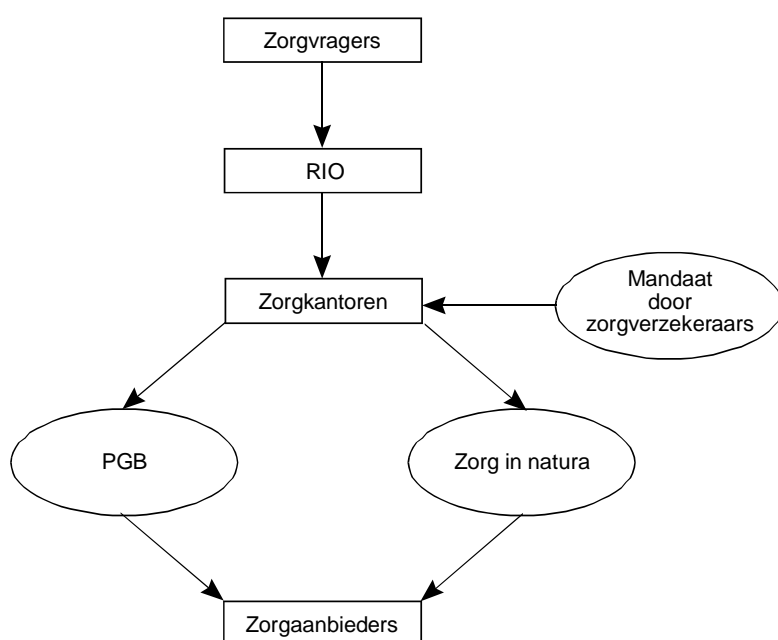
Het eerste type beleidsopties kan zonder verdere discussie worden gerealiseerd. Bij het tweede type moet er een politieke beslissing komen: welke doelstellingen moeten in welke periode welk gewicht hebben.

Na de overgang van aanbodregulering naar vraagsturing acht de overheid zich alleen verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de AWBZ op macroniveau. De overheid is in de nieuwe opzet niet direct verantwoordelijk voor het functioneren van individuele instellingen of de toestand in afzonderlijke regio's. Die zaken zijn de verantwoordelijkheid van RIO's, instellingen, zorgkantoren en cliënten zelf. De overheid dient er voor te zorgen dat het systeem goed functioneert en dat de uitkomsten op macroniveau in orde zijn.

3 De nieuwe AWBZ in grote lijnen

Figuur 3.1 schetst het traject dat zorgvragers in de AWBZ dienen te doorlopen. Bij een zorgvraag dient men eerst aan te kloppen bij een RIO, het regionale indicatieorgaan.¹⁸ Het RIO beoordeelt of de vrager recht heeft op zorg. Wanneer het RIO tot een zorgindicatie besluit gaat de vrager hiermee naar het zorgkantoor. Zorgkantoren krijgen van de betrokken verzekeraars een mandaat om het indicatiebesluit uit te voeren. De patiënt bepaalt of de indicatie via een PGB dan wel via zorg in natura wordt verstrekt. Bij een PGB ontvangt de zorgvrager een budget en kiest met behulp van dit budget zelf zijn zorgaanbieder. Bij zorg in natura regelt het zorgkantoor de zorgaanbieder en de financiële afhandeling van de zorgvraag.

Figuur 3.1 Traject dat zorgvrager dient te doorlopen



3.1 Gebruik van AWBZ-zorg

Wie vraagt zorg?

De zorgvragers in de AWBZ hebben te maken met verschillende soorten tijdelijke of permanente beperkingen waardoor ze zich zonder hulp niet kunnen redden in het dagelijkse leven. De beperkingen kunnen te maken hebben met ouderdom, revalidatie, en een verstandelijke of lichamelijke handicap. Daarnaast zijn er mensen die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg voor psychische problemen. Voor de AWBZ hanteren we de volgende sectorale indeling (VWS, 2003g):

¹⁸ Naast het RIO is er ook het LCIG (Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg) dat tot 1 januari 2004 indiceert voor gehandicapten zorg. Er zijn ook uitzonderingen. In de geestelijke gezondheidszorg loopt een deel van de indicaties via de huisarts. Zie 3.2.

Verpleging en verzorging

Tabel 3.1 geeft enkele kengetallen voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg, samen de sector Verpleging en verzorging. De gegevens hebben betrekking op de periode 1999-2001; omdat het gaat om een globale indruk zijn ze afgerond. Het aantal bewoners van verzorgingshuizen is ongeveer 100 000; daarnaast doen 27 000 cliënten een beroep op dagverzorging in een verzorgingshuis en 19 000 mensen op extramurale zorg. Intramurale verpleeghuiszorg kregen bijna 57 000 mensen, en dagbehandeling ongeveer 10 000 personen. De niet-intramurale zorg speelt dus een niet te verwaarlozen rol. In de thuiszorg worden jaarlijks ongeveer 70 miljoen uren aan zorg verleend aan 500 000 cliënten.

Tabel 3.1 Enkele kengetallen van sector Verpleging Verzorging en Ouderen, 1999 – 2001

Verzorgingshuis, aantal bewoners per jaar	104 000
Dagverzorging in verzorgingshuis, aantal cliënten per jaar	27 000
Verzorgingshuis, extramurale zorg, aantal cliënten per jaar	19 000
Verpleeghuis, aantal bewoners per jaar	57 000
Verpleeghuis, personen met dagbehandeling per jaar	10 000
Thuiszorg (in 1000 uren per jaar)	70 000
Thuiszorg (in 1000 personen per jaar)	500

Bron: CBS (2002); Zorgnota 2003; Landelijke Vereniging Thuiszorg

Recent heeft het SCP onderzoek gedaan naar kenmerken van mensen in de sector verpleging en verzorging.¹⁹ Zoals verwacht blijken er veel ouderen onder de aanvragers te zijn. De gemiddelde leeftijd is 72 jaar en het gaat in 71% van de gevallen om vrouwen. Relatief veel aanvragers zijn alleenwonend, vaak omdat hun partner is overleden. De leeftijd is gemiddeld het hoogst voor tijdelijke opnamen (83 jaar) en het laagst voor huishoudelijke verzorging thuis (63 jaar).

De reden voor de aanvraag is in ongeveer een kwart van de gevallen dat men door ouderdom te maken heeft met verminderde zelfredzaamheid. Nog eens een kwart vraagt nazorg na opname in een ziekenhuis of verpleeghuis. Bij 13% is sprake van een langdurige ziekte.

Het is opvallend dat 60% helemaal geen hulp krijgt op het ogenblik van de eerste aanvraag. Blijkbaar beschikt men op dat ogenblik niet over informele hulp of is die weggevallen. Op het moment van de eerste aanvraag ontvangt 17% reeds informele of particuliere hulp. Een ander deel krijgt hulp van welzijnswerk (7%) of (para)medische hulp (14%), eventueel gecombineerd met andere (lichtere) vormen van hulp.

Gehandicaptenzorg

Schattingen van het aantal mensen met lichamelijke beperkingen liggen rond de 1,5 miljoen, waarvan het overgrote deel zelfstandig wonend is (Woittiez *et al*, 2002). Tabel 3.2 geeft enkele intramurale kengetallen voor de sector Gehandicaptenzorg. In de beschouwde periode maakt

¹⁹ Van Campen en Van Gameren (2003).

jaarlijks een kleine 80 000 mensen gebruik van verschillende soorten instellingen in de sector gehandicaptenzorg. De uitgaven van de genoemde intramurale voorzieningen vormen samen ongeveer 90% van de totale uitgaven voor de sector gehandicaptenzorg (Woittiez *et al.*, 2003).

Tabel 3.2 Aantal cliënten per jaar per type instelling in de sector Gehandicaptenzorg, 1999 – 2001

Algemene instellingen verstandelijke gehandicaptenzorg	34 000
Gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk gehandicapten	19 000
Kleine woonvormen en gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten	2 500
Dagopvang voor gehandicapten	23 000

Bron: CBS (2002).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Tabel 3.3 presenteert enkele gegevens over capaciteit en productie in de GGZ. Volgens het brancherapport van VWS voor de GGZ zijn er in het afgelopen jaar per 1 000 Nederlanders ongeveer 235 mensen met een psychische stoornis.²⁰ Deze aandoeningen omvatten een breed scala van klachten, zoals angststoornissen, depressies en problemen met alcohol en drugs. Van dit aantal riepen 64 de hulp in van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarvan stroomden 36 door naar de ambulante GGZ en 6 naar de semi-murale en intramurale GGZ. De gegevens impliceren dat ongeveer 675 000 mensen een beroep deden op hulp van de GGZ.

Tabel 3.3 Capaciteit en productie in de GGZ (2000)

Aantal toegelaten bedden in instellingen	28 646
Aantal deeltijdplaatsen	4 659
Aantal toegelaten plaatsen in regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	6 611
Aantal verpleegdagen in instellingen met intramurale functie (x 1000)	7 964
Poliklinische verrichtingen in psychiatrische ziekenhuizen (x 1000)	4 656
Afgesproken productie (x1000) in de GGZ voor volwassenen en ouderen	
Face to face-contact	3 462
Deeltijdbehandelingen	989
Verzorgings- en verpleegdagen	8 499
Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	2 148

Bron: VWS (2002) en CTG(2002).

Ontwikkeling van gebruik, vraag en uitgaven in de AWBZ

Een indicator voor het gebruik van de AWBZ-zorg is het aantal afgegeven indicaties.²¹ In tabel 3.4 staan het aantal afgegeven indicaties voor verpleging en verzorging door RIO's en het aantal afgegeven indicaties voor gehandicaptenzorg door het Landelijk Centrum voor Indicietelling Gezondheidszorg.²² Bij verpleging en verzorging, de grootste component van

²⁰ VWS (2002), p. 44

²¹ Dit is geen perfecte indicatie van het volume, omdat het gemiddeld aantal uren per indicatie en de 'kwaliteit' daarvan van jaar tot jaar kan veranderen.

²² Cijfers voor de sector GGZ ontbreken omdat niet voor alle functies een indicatiestelling van het RIO nodig is.

de AWBZ-zorg, is de volumestijging in de afgelopen jaren aanzienlijk geweest met een jaarlijkse gemiddelde groei tussen 1998-2002 van boven de 10%. Bij het LCIG, dat pas in 2001 is opgericht, is het aantal indicaties meer dan verdubbeld in een jaar tijd.

Tabel 3.4 **Aantal afgegeven indicaties (RIO en LCIG)**

	1998	1999	2000	2001	2002
Aantal indicaties (Verpleging en verzorging, via RIO)	400 700	430 000	485 000	548 000	600 000
% toename		7,3	12,8	13,0	9,5
Aantal indicaties (gehandicaptenzorg, via LCIG)				24 000	51 000
% toename					112

Bron: HHM (2003), LCIG(2003).

Het is lastig om precies aan te geven wat de redenen zijn achter deze volumegroei. De volgende redenen spelen echter wel een rol:

- Registratie-effecten. In het verleden werd ook wel zorg verleend zonder een indicatie te stellen of bestond een indicatie uit meerdere aanvragen van zorg. Dit effect van onderschatting speelde vooral in het verleden, inmiddels leidt één aanvraag tot één indicatie (HHM, 2003).
- Demografie. Door een toename van de bevolking en de vergrijzing neemt de vraag toe. Een eerste grove schatting van dit effect levert een stijging in de orde van 1 à 2% op (zie ook Folmer et al., 2001).
- Individualisering. De vanzelfsprekendheid dat de zorg in het gezin of de familie gegeven kan worden neemt af. Er zal daardoor eerder professionele hulp worden gezocht (VWS, 2000).
- Veranderende zorgvraag. Door sociaal en culturele ontwikkelingen verandert de vraag naar zorg. Waar in het verleden mensen direct naar het verpleeghuis of verzorgingshuis gingen roepen mensen nu eerst thuiszorg in. Hierdoor zal vaker een hernieuwde zorgvraag ontstaan waardoor per saldo het aantal indicatiebesluiten toeneemt. Deze reden geeft al aan dat een toename in het aantal indicatiebesluiten niet tot een even zelfde toename van het aantal daarbij betrokken personen hoeft te leiden.
- Wachten en latente vraag. Het aantal wachtende mensen voor verpleging en verzorging liep in de periode mei 2000 tot november 2002 terug (VWS, 2002, tabel 17). Door het teruglopen van de wachtlijsten kan latente vraag zichtbaar worden.

Het SCP heeft ramingen gemaakt van de ontwikkeling van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging tot 2020 (met medewerking van RIVM, Van den Berg Jeths et al., 2004; zie ook Timmermans en Woittiez, 2004). Bij het ramen van de vraag in aantallen personen is ook rekening gehouden met het aantal wachtenden in 2002, omdat deze ook vraag

uitoefenen naar AWBZ-zorg. Het SCP spreekt van erkende vraag om de vraag inclusief wachtenden aan te duiden. Voor de groei van deze erkende vraag kunnen verschillende veronderstellingen worden gemaakt. Wij beschrijven hier de resultaten van de veronderstelling dat de erkende vraag groeit in hetzelfde tempo als de vraag zoals die afgeleid kan worden uit kenmerken van vragers, maar ook uit factoren als eigen bijdragen en keuzen om geen formele hulp aan te vragen.²³ De ontwikkeling van het aantal gebruikers van AWBZ-zorg is door het SCP afgeleid uit structurele factoren die de vraag bepalen, namelijk demografie, sociaal-economische kenmerken, gezondheid, woonmogelijkheden, en de aanwezigheid van informele en particuliere hulp. Volgens de raming van het SCP is de jaarlijkse toename van de vraag naar verpleging en verzorging bescheiden tot 2020 en ook in 2004 en 2005. In de beide laatste jaren neemt de vraag in aantallen vragers met ongeveer 1% per jaar toe. Dit is dus een bescheiden toename. Wel geldt dat de vraag naar relatief dure zorgvormen meer toeneemt. De vraag naar verpleeghuiszorg neemt in 2004 en 2005 samen met ongeveer 4% toe, terwijl het gebruik van zorg aan huis in de betreffende periode maar met ongeveer 1,5% in totaal toeneemt. Factoren die een matigende invloed hebben op de groei van het gebruik zijn volgens de analyse van het SCP o.a.: de verjonging van de oudere bevolking door de instroom van de eerste helft van de geboortegolf; de toename van het opleidingsniveau van ouderen; de veronderstelde toename van het inkomen van ouderen; het geringere aantal beperkingen bij de toekomstige oudere bevolking, en de veronderstelling dat het aanbod van informele hulp niet zal afnemen. Door al deze matigende invloeden neemt het aantal vragers tussen 2004 en 2020 slechts met 19% toe, ondanks de vergrijzing. Hierbij geldt ook weer dat de vraag naar verpleeghuiszorg het meest toeneemt. Het volume van de gevraagde zorg zal dus met meer dan 19% toenemen. De groei in de vraag is bescheiden omdat deze is gebaseerd op de determinanten van het gebruik zoals het SCP die onderscheidt. Als de vraagraming wordt gebaseerd op de ontwikkeling van de potentiële vraag is de groei veel hoger (29% groei van het aantal vragers tussen 2004 en 2020). Hierbij wordt de potentiële vraag gedefinieerd als “degenen bij wie van een objectieve behoefte sprake is en die gebruik maken van hulp door anderen (informeel, zelf betaald of AWBZ-gefinancierd)”. Deze potentiële vraag groeit volgens het SCP aanmerkelijk sneller dan het gebruik omdat steeds meer oplossingen voor verzorgingsproblemen worden gezocht in de informele en particuliere sfeer en in de aanpassing van de woonomgeving. Door stijging van de inkomens wordt AWBZ-gefinancierde zorg met zijn inkomensafhankelijke eigen bijdragen minder aantrekkelijk en worden andere oplossingen makkelijker te financieren. De analyse van het SCP geeft veel inzicht in factoren die de vraag naar AWBZ-zorg kunnen beïnvloeden. Het SCP moet bij het maken van een raming een inschatting maken van de ontwikkeling van exogene factoren. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een model dat gebaseerd is op bestaande verbanden. In de toekomst kunnen daar veranderingen in optreden. De raming is dus met onzekerheidsmarges omgeven, zoals iedere raming. De onzekerheid over de toekomst van de AWBZ blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het potentiële aantal vragers veel

²³ De groei ligt dan lager dan als naar de ontwikkeling van de potentiële zorgbehoefte wordt gekeken.

harder groeit dan het geraamde aantal vragers. Het is mogelijk dat uiteindelijk toch een groter deel van het potentiële aantal vragers een beroep zal doen op AWBZ-zorg, bijvoorbeeld omdat het aanbod van informele zorg terugloopt of de inkomens minder toenemen dan verwacht.

Een derde indicator die de ontwikkeling in de AWBZ beschrijft zijn de uitgaven. In tabel 3.5 staan twee verschillende reeksen cijfers van de AWBZ uitgaven. De eerste rij in de tabel geeft de CBS-cijfers voor de uitgaven aan welzijnszorg. Aangezien dit cijfer exclusief eigen betalingen is, is in de tweede rij het totaal aan eigen betalingen opgenomen. Het totaal aan eigen betalingen in de AWBZ is redelijk gelijk gebleven. De derde rij geeft het totaal van de uitgaven aan welzijnszorg en eigen bijdragen, en vormt de eerste reeks cijfers voor de AWBZ uitgaven. De cijfers komen redelijk overeen met de tweede reeks cijfers voor de AWBZ uitgaven, namelijk de CVZ cijfers in de achtste rij van de tabel. De verschillen tussen beide cijfers zijn te verklaren door onder meer definitieverschillen. Voor beide reeksen van de AWBZ uitgaven zijn in de vierde rij en negende rij de procentuele toenames gegeven. In de periode 2000-2002 is de groei van de uitgaven gemiddeld meer dan 10% per jaar. Het maken van een volume prijs split blijft een lastige onderneming. Bij de CBS-cijfers is deze split in rij vijf en zes gemaakt op basis van outputmeting oftewel productie-indicatoren. Bij de CVZ cijfers is deze splitsing in rij tien, elf en twaalf, gemaakt op basis van inputmeting. Voor de prijsontwikkeling wordt dan veelal een weging van de loonontwikkeling en de prijsontwikkeling van de particuliere consumptie gebruikt. Het CVZ deelt niet altijd het gehele bedrag toe naar prijs of volume. Het ongesplitste gedeelte is terug te vinden in de laatste regel van tabel 3.5.²⁴

Tabel 3.5	Waarde, volume en prijsontwikkelingen in de AWBZ				
	1998	1999	2000	2001	2002
Welzijnszorg (CBS-cijfers, in miljarden euros)	11,0	11,9	13,2	14,8	16,7
Eigen betalingen (CVZ-cijfers, in miljarden euros)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7
Welzijnszorg + Eigen Betalingen (in miljarden euros)	12,4	13,4	14,7	16,3	18,3
% toename (totaal: welzijnszorg + eigen betalingen)		7,7	10,0	10,6	11,9
% toename prijs		2,8	5,3	4,6	5,2
% toename volume		5,0	4,7	6,0	6,7
AWBZ (CVZ-cijfers, in miljarden euros)	13,0	13,5	14,7	16,2	18,5
% toename (AWBZ)		3,8	8,9	10,3	14,4
% toename prijs		2,4	2,8	3,3	4,4
% toename volume		1,5	2,2	5,9	9,6
% toename ongesplitst		-0,1	3,9	1,1	0,4

Bron: CVZ, CBS (2003)

²⁴ In het ongesplitste gedeelte zijn ook bijstellingen verwerkt. Dit zijn uitgaven die op een later tijdstip bekend worden en ook niet worden toegedeeld naar volume of prijs.

Concluderend zien we gedurende de periode 1998-2002 een gemiddelde jaarlijkse stijging van de AWBZ uitgaven van ongeveer 10%. De opsplitsing tussen prijs en volume laat zien dat beide componenten een belangrijk aandeel hebben in de stijging van de uitgaven. In beide berekeningen zien we ook een toename van het volume in de periode 1998-2002. Een meer gedegen verklaring van de sterke groei in het aantal indicaties en AWBZ-uitgaven is echter gewenst: in hoeverre gaat het om pure toename van de hoeveelheid zorg, om kwaliteitsverbetering en om prijsstijging? En wat is het verband tussen de toename van de hoeveelheid zorg, wachtlijsten en latente vraag? Om vast te stellen wat nu precies bereikt is met het extra geld voor de AWBZ is meer inzicht in de cijfers nodig.

3.2 Omschrijving in functies en indicatiestelling

Vanaf 1 april 2003 zijn de zorgaanspraken niet meer tot in productdetail beschreven maar veel minder gedetailleerd via functies. Dit om de keuzemogelijkheden voor de klant te vergroten en zo het aanbod beter te laten aansluiten op de vraag. Bij deze nieuwe indeling maakt men gebruik van een onderverdeling in zeven functies:

1. Huishoudelijke verzorging
2. Persoonlijke verzorging
3. Verpleging
4. Ondersteunende begeleiding
5. Activerende begeleiding
6. Behandeling
7. Verblijf

Het RIO bepaalt niet alleen de functie, maar ook de hoeveelheid zorg (bijvoorbeeld 1 tot 2 uur per week) en de duur (bijvoorbeeld 1 jaar). Per indicatiestelling zijn meerdere functies mogelijk. In het nieuwe besluit is niet langer de urgentie (mate van uitstelbaarheid) opgenomen. Het is de taak van het zorgkantoor om te bezien wat er moet gebeuren indien de zorg niet direct leverbaar is.

De nieuwe wijze van indiceren brengt een inhoudelijke en een organisatorische verandering met zich mee. Bestaande indicaties moeten worden vertaald naar functiegroepen. Het neemt enige tijd voordat het nieuwe systeem voldoende is ingeburgerd. De betrokken partijen zien het jaar 2003 daarom als een overgangsjaar.

De indicatiestelling dient objectief, onafhankelijk en integraal te zijn. Objectief wil zeggen dat het indicatieproces transparant verloopt en het onderzoek volgens een vaste opzet plaatsvindt.²⁵ Met integraal wordt bedoeld dat gekeken moet worden naar verschillende gebieden waarop de

²⁵ Protocol indicatiestelling AWBZ-zorg, 23 januari 2003.

zorgvrager problemen kan ondervinden, en naast de AWBZ naar andere regelingen en voorzieningen die kunnen bijdragen aan de oplossing van de problemen. Het protocol voor de gemoderniseerde AWBZ legt er de nadruk op dat de indicatiestelling voor de AWBZ-zorg in een breder maatschappelijk perspectief moet worden geplaatst. In het onderzoek van het RIO naar de zorgbehoefte moet worden gekeken naar:

- De vraag;
- De ziekte of beperkingen;
- Persoonlijke situatie van de vrager (waaronder informele zorg);
- Mogelijke remedies voor ziekten of beperking (waaronder behandeling, aangepast verblijf of algemene voorzieningen).

Verder moet de indicatiestelling onafhankelijk zijn van andere factoren dan de zorgbehoefte, zoals belangen van aanbieders of verzekeraars. Door de aanspraken niet meer te definiëren in termen van instellingen maar in termen van functies is het mogelijk de zorg meer integraal te leveren, wat de schottenproblematiek in de AWBZ kan verkleinen.

Buiten de GGZ wordt iedere indicatiestelling gedaan door het RIO. Indien nodig zijn overgangsregelingen van kracht. Zo indiceert het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) tot 1 januari 2004 onder verantwoordelijkheid van de RIO's. Vanaf die datum fungeert het LCIG als adviesorgaan zodat de kennis die daar aanwezig is optimaal benut kan blijven. In de GGZ stelt de huisarts of een GGZ-hulpverlener (op verwijzing van de huisarts) een deel van de indicaties: indicaties voor behandeling zonder verblijf en indicaties voor behandeling met verblijf tot de duur van een jaar (met eventueel bijbehorende functies). Deze wijze van indicatiestelling sluit aan bij de voorgenomen overheveling van de curatieve GGZ naar de basisverzekering. De overige indicaties in de GGZ worden op dit ogenblik door het RIO gesteld. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing in de GGZ.²⁶

3.3 Een persoonsgebonden budget of zorg in natura?

Na de indicatiestelling komt het aanbod van zorg in beeld. Het vergroten van de rol van de vrager moet leiden tot een meer divers aanbod en zo tot meer keuzevrijheid voor de cliënt. Hierin past de mogelijkheid om bij een gegeven indicatie te kiezen tussen twee manieren om het aanbod in te vullen: een persoonsgebonden budget en zorg in natura. In beide gevallen is sprake van eigen bijdragen. Hierop gaat paragraaf 3.6 apart in.

Het PGB bestond ook al in de oude AWBZ, maar de rol was zeer bescheiden. Om het gebruik te stimuleren zijn de regelingen vereenvoudigd en verbreed. Een PGB voor behandeling en langdurig verblijf is niet mogelijk. Bewoners van instellingen kunnen geen gebruik maken

²⁶ Indicatiestelling GGZ in 2003, brief van de plv. projectdirecteur modernisering AWBZ, 20 december 2002.

van deze financieringsvorm, omdat de betreffende instelling de benodigde zorg levert. Voor een tijdelijk verblijf (logeeropvang, maximaal twee dagen per week) kan wel een PGB worden aangevraagd. Wanneer een indicatiestelling op meerdere functies betrekking heeft, is het mogelijk een aantal daarvan te financieren via een PGB en de overige als ZIN te ontvangen. Binnen één bepaalde functie is combinatie van beide mogelijkheden niet toegestaan.

De PGB-regeling kent een forfaitair bedrag (1.5% van het budget) dat vrij besteed kan worden.²⁷ Uit Timmermans et al (2002) blijkt dat veel mensen daar gebruik van maken. Bij een PGB kan iedereen op eigen voorwaarden een zorgverlener kiezen. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de zorg kwalitatief verantwoord is. Daartoe is het nodig in een zorgovereenkomst vast te leggen welke zorg nodig is en wat het tarief (per uur) is. Bij deze zorgovereenkomst is de zorgvrager in sommige gevallen, afhankelijk van type zorgverlener en aantal uren zorg, zelf verplicht om te zorgen voor inhouding en afdracht van loonbelasting en sociale premies. De Sociale verzekeringsbank (SVB) fungeert als toezichthouder en verleent desgewenst administratieve ondersteuning.

Het belang van financiering via PGB's is inmiddels toegenomen. Tabel 3.6 illustreert dit.

Tabel 3.6 PGB's: gebruik en financiering			
	1996	2002	2003(per 1 juli)
Budgethouders, oude stijl	5 400	48 000	52 000
Budgethouders, nieuwe stijl			4 300
Totaal	5 400	48 000	56 500
Totale budget (mln. euro)	39	412	700
% Van financiering AWBZ	1,0	2,6	4,0

Zorg in natura wordt geleverd via bemiddeling van het zorgkantoor. Het gevraagde volume volgt uit de indicatiestelling. In de praktijk kan dit afwijken van de feitelijk geleverde zorg, zeker zolang sprake is van onvoldoende aanbod. Bij zorg in natura kan de klant veel minder invloed uitoefenen dan bij een PGB op de zorgverlener en op het tijdstip en de wijze waarop de zorg daadwerkelijk wordt aangeboden.

In ieder verzorgingstraject is er een punt waarop verzorging aan huis zoveel duurder wordt dan opname in een instelling, dat thuis blijven binnen de AWBZ geen optie meer is. Voor PGB's zijn dergelijke omslagpunten al vastgelegd. Bij de levering van ZIN is het punt afhankelijk van de manier waarop de zorgverlening is georganiseerd. Wonen de klanten bijvoorbeeld dicht bij elkaar dan zullen de kosten lager zijn dan wanneer de zorgverlener veel tijd kwijt is met reizen. Hier zijn dus verschillen tussen zorgaanbieders. Voor de bepaling van omslagpunten bij ZIN zal een definitieve oplossing worden bedacht in het kader van het nog te ontwikkelen functiegerichte financieringsstelsel.

²⁷ Zoals aan tuinonderhoud, klusjes, telefoonkosten, reiskosten/vervoer, vergoedingen/cadeautjes, boodschappendienst/tafeltje-dek-je, enzovoorts.

3.4 Financiering zorgaanbieders

De situatie onder aanbodsturing

In de oude AWBZ kregen de toegelaten aanbieders ieder rechtstreeks een budget, waarna het zorgkantoor en de aanbieder onderhandelden over de te leveren zorg. Dit budget was onder meer afhankelijk van het aantal bedden, de kosten van gedane investeringen, de kosten van inventaris en loonkosten. Door deze instellingsbudgettering was in feite nauwelijks sprake van zorginkoop (MDW, 2000). Deze regeling voldeed als instrument voor kostenbeheersing; zij leidde tegelijkertijd tot toenemende spanningen tussen vraag en aanbod. Daarom introduceerde de overheid het boter bij de vis principe: extra productie afspraken om wachtlijsten weg te werken werden additioneel gefinancierd. In feite was dit een stap richting vraagsturing.

De laatste jaren is voor een aantal vormen van zorg hard gewerkt aan een systeem dat is gebaseerd op prijzen per product, gebaseerd op kostprijsberekeningen.²⁸ Deze prijzen zijn per instelling gekoppeld aan een breed scala van producten, onderscheiden naar zorgzwaarte en zorgintensiteit. Bij de overgang naar een functiegericht financieringssysteem moet een koppeling plaatsvinden tussen de indeling in producten en die in functies. De berekende kostprijzen zijn dan een uitgangspunt voor de prijsstelling van de diverse aanbieders.

Overgang naar functiegerichte tarieven

Bij de overgang naar de nieuwe functiegerichte financiering zullen er tijdelijk twee verschillende indelingen naast elkaar bestaan. Het CTG pleit er daarom voor om een conversietabel tussen producten en functies te hanteren. Verder rijzen er een aantal specifieke problemen. Voor de sector gehandicaptenzorg is net een nieuw bekostigingsstelsel ontwikkeld dat is gebaseerd op instellingspecifieke producten. Het CTG (2002) voorziet hier aansluitingsproblemen. VWS gaat er vanuit dat deze problemen kunnen worden opgelost door productprijzen en functietarieven te combineren in de nieuwe financiering (zie hieronder). De GGZ-sector ontwikkelt producttyperingen die zowel aansluiten bij de DBC systematiek, in afwachting van de voorgenomen overheveling van grote delen van de GGZ naar de cure, als bij de functiegerichte financiering.

Invoeringstraject VWS

Functiegerichte bekostiging staat niet los van vraagsturing. Niet alleen aan de voorkant van de zorgketen (aanspraken en indicatie) maar ook aan zijde van de bekostiging moeten de betreffende partijen ruimte hebben om te anticiperen op de vraag en te onderhandelen over prijs en volume. VWS ziet de invoering van de functiegerichte bekostiging als volgt voor zich. Enerzijds wordt onderhandeld over een tarief dat is gekoppeld aan de functie waarop aanspraak bestaat terwijl aan de andere kant dit tarief weer is opgebouwd uit verschillende onderdelen

²⁸ Prestatiegerichte productbekostiging bij V&V en thuiszorg, vraaggestuurde bekostiging in de gehandicaptenzorg, en DBC's in de GGZ.

waarover apart kan worden onderhandeld, het 'bouwstenenmodel' (brief staatssecretaris aan Tweede Kamer, 24 juli 2003). Het ministerie stuurt dan alleen nog op het niveau van functies, maar in de onderhandelingen tussen inkopers van zorg en aanbieders kunnen de producten een belangrijke rol spelen. Hierin kan tot uitdrukking komen om welk type zorg het gaat (b.v. niet planbare zorg op afroep) en om welke doelgroep het gaat (b.v. mensen met complexe psychiatrische problematiek). Aan de hand van de producten wordt dus duidelijk wat er nu precies geleverd wordt voor een bepaalde prijs. Aanbieders kunnen zich profileren via de producten die ze aanbieden. De invoering van het systeem is gepland in twee fasen. Eerst verschuift de bekostiging van landelijk en sectoraal gedefinieerde producten naar AWBZ-breed gedefinieerde producten. In 2004 wordt voor het extramurale deel deze overstap gemaakt. De productprijzen zijn gemaximeerd om budgettaire neutraliteit te garanderen. Het CTG werkt een tariefstructuur uit. Per 1 januari 2004 treedt een beleidsregel extramurale zorgproducten in werking, die regelt dat extramurale zorg voortaan volledig op basis van nacalculatie wordt bekostigd. In de tweede tranche komt de overgang op landelijk gedefinieerde functies. Voor de extramurale zorg vangt deze fase in 2005 aan. Het functietarief is dan opgebouwd uit een basistarief waarop gemaximeerde opslagpercentages mogelijk zijn voor specifieke zorg (b.v. niet planbare zorg).

Bekostiging ZIN

Zodra de functiegerichte tarieven bekend zijn bij zorg in natura, rijst de volgende vraag: vindt de bekostiging plaats op basis van feitelijk geleverde zorg of op basis van geïndiceerde zorg? Een bekostiging op basis van feitelijk geleverde zorg heeft voordelen. Zo geeft dit de aanbieder een prikkel om de productieafspraken na te komen. Het nadeel is dat de gevolgen voor registratie en verantwoording aanzienlijk zijn. Het is bijvoorbeeld dan noodzakelijk per klant per dag de geleverde zorg te registreren. Een bekostiging op basis van geïndiceerde zorg heeft ook voordelen. Het beperkt de noodzakelijke registraties en controles kunnen dan bijvoorbeeld achteraf steekproefsgewijs plaatsvinden. Zo zou men per zorgaanbieder de totaal geleverde en geïndiceerde zorg achteraf (bijvoorbeeld per kwartaal) grofweg kunnen controleren door het totale gerealiseerde zorgvolume te vergelijken met de afspraken. Er zijn hier ook nadelen aan verbonden. In de praktijk blijkt minder te worden geproduceerd dan er wordt geïndiceerd. Om deze discrepantie te traceren is inzicht in de geleverde zorg per klant nodig. En ander nadeel is dat de eigen bijdragen gebaseerd dienen te worden op indicatiegegevens in plaats van op feitelijk geleverde zorg.

Tariefverschillen tussen ZIN en het PGB

Zoals gezegd kan de verzekerde na de indicatiestelling kiezen voor de levering van ZIN door bemiddeling van het zorgkantoor of besluiten zelf zorg in te kopen op basis van een PGB. Voor de PGB's worden inmiddels functietarieven gehanteerd. Voor zorg in natura gold in 2003 nog de oude/bestaande bekostigingssystematiek waarbij uitgegaan wordt van productdefinities. Er is

nog onzekerheid over hoe de functiegerichte bekostiging bij zorg in natura er precies gaat uitzien. In die gevallen waar de productdefinitie vergelijkbaar is met de functiegerichte indicering verschillen de tarieven tussen ZIN en het PGB. Het bedrag dat een verzekerde meekrijgt bij een PGB ligt ongeveer op 75% van het ZIN tarief.²⁹ De reden dat VWS gekozen heeft voor dit percentage is dat het aandeel van PGB's (ten opzichte van ZIN) relatief klein is en dat instellingen daardoor geen overhead in rekening hoeven te brengen.³⁰ In 4.1 wordt verder ingegaan op dit tariefverschil.

3.5 Financiering van zorgkantoren

Ziekenfondsen, die een of meerdere zorgkantoren exploiteren krijgen een budget voor hun beheerskosten van het CVZ. Dit budget dient ter dekking van de kosten die zorgkantoren maken voor de uitvoering van hun taken. De toedeling van budgetten vindt plaats aan de hand van vooraf bepaalde parameters, zoals het geraamde aantal inwoners, houders van een persoonsgebonden budget en intramurale bijdrageplichtigen in een regio in het betreffende budgetjaar. Verder bestaat het budget uit vaste bedragen per WZV-regio en per zorgkantoorhouder. Op het beheerskostenbudget is vanaf 2003 nacalculatie van toepassing. Dit gebeurt op basis van de werkelijke aantallen inwoners, houders van een persoonsgebonden budget en intramurale bijdrageplichtigen. Vanaf 2001 monitort het CVZ de ontwikkeling van de werkelijke beheerskosten AWBZ (CVZ, 2002). De resultaten van deze monitors zijn voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om achteraf de besteedbare middelen beheerskosten AWBZ over 2001 en 2002 te verhogen. Deze extra middelen zijn door het CVZ verdeeld over de ziekenfondsen. Ook na deze extra middelen kan een zorgkantoor winst of verlies maken op zijn beheerskosten. Het verschil tussen de werkelijke uitgaven aan beheerskosten en het budget beheerskosten vloeit formeel door naar de reserves van de Ziekenfondswet. Er vindt dus een vermenging plaats van beheerskosten ZFW en beheerskosten AWBZ. Een zorgkantoor, dat namens een bepaald ziekenfonds optreedt, beïnvloedt dus de reserves van dat ziekenfonds. Dit geeft het zorgkantoor dus een financiële prikkel om de beheerskosten laag te houden. Er zijn voorbereidingen gaande om de resultaten op de beheerskosten in een afzonderlijke egaliseringsreserve zorgkantoren te laten neerslaan (CTZ, 2002).

²⁹ Bijvoorbeeld de functie verzorging is goed te vergelijken met de productdefinitie verzorging. Voor de functie 4-7 uur verzorging geldt nu het bedrag dat overeenkomt met 75% van de kosten behorende bij de productdefinitie 5,5 uur verzorging (dus het midden van de klasse).

³⁰ Mondelinge communicatie met VWS.

3.6 Eigen bijdragen

De regelingen voor de eigen bijdrage zijn verschillend voor zorg aan huis (extramurale zorg) en zorg in een AWBZ instelling (intramurale zorg).³¹ Daarom behandelen we ze hier apart.

Eigen bijdrage voor de extramurale AWBZ-zorg

Het indicatieorgaan besluit welke zorgfuncties de verzekerde nodig heeft. De verzekerde moet een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage is per 1 januari 2004 verhoogd, van 4,60 euro per uur in 2003 naar 11,80 euro per uur in 2004. Voor de totale som aan eigen bijdragen geldt echter een maximum dat gebaseerd is op het inkomen. Het nieuwe maximum aan eigen bijdrage bedraagt per vier weken 15% van het inkomen minus 140 euro, en kent een ondergrens van 16 euro en een bovengrens van 528,20 euro per vier weken. De eigen bijdrage voor het PGB is gelijk aan de eigen bijdrage voor zorg in natura. Wanneer sprake is van een PGB wordt de eigen bijdrage in mindering gebracht op de vastgestelde bruto waarde van het PGB. De eigen bijdrageplicht vangt aan op het moment van daadwerkelijke levering van de zorg. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) zal vanaf 1 januari 2004 alle extramurale bijdragen gaan innen. Het kabinet heeft fiscale maatregelen genomen om het koopkrachtverlies door de hogere eigen bijdrage voor mensen met lage inkomens deels te repareren. Deze mensen kunnen ook een beroep doen op de bijzondere bijstand.

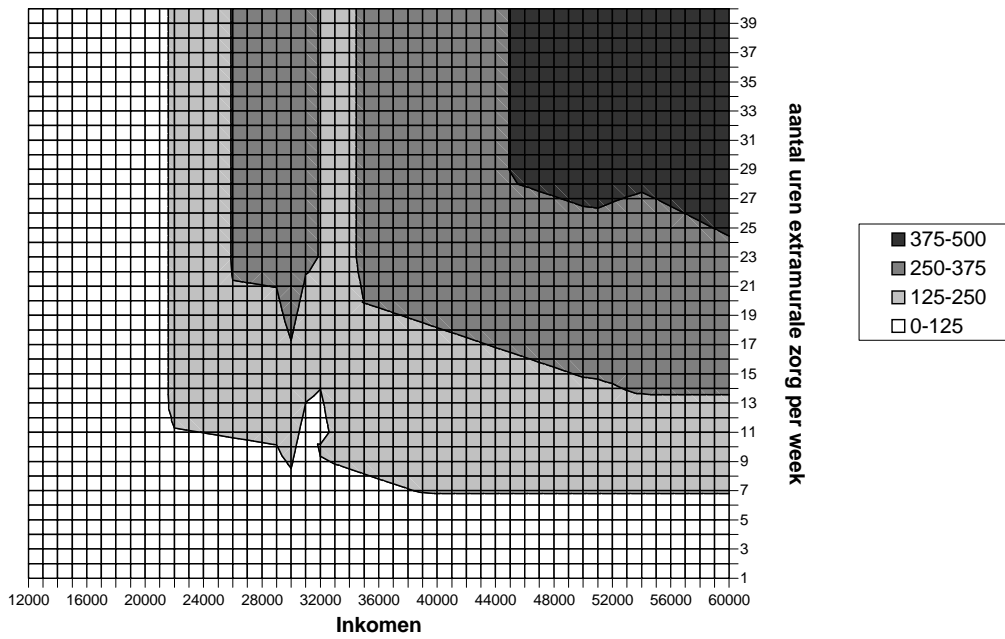
Veranderingen in de extramurale eigen bijdrage

Per 1 januari 2004 is het systeem van eigen bijdragen veranderd. De overgang van het oude naar het nieuwe systeem pakt voor verschillende gebruikers verschillend uit, afhankelijk van aantal uren zorg, inkomen, leefvorm en leeftijd. Zo was in 2003 de maximum eigen bijdrage gebaseerd op inkomensklassen (verzekerden met een inkomen binnen dezelfde inkomensklasse betalen dan evenveel), terwijl in 2004 het maximum aan eigen bijdrage een vast percentage van het inkomen bedraagt.³² Een andere verandering is dat de maximale extramurale eigen bijdrage voor alleenstaanden, gehuwden, 65+'ers en 65-'ers in 2004 is gelijkgetrokken. Om voornamelijk de lagere inkomens te ontzien zijn compenserende maatregelen voorzien via de bijzondere bijstand of via de fiscale weg. Voor sommige mensen wordt de extramurale eigen bijdrage, ook na de fiscale compensatie, twee of bijna drie keer zo hoog als voorheen. Dit geldt voornamelijk voor mensen met relatief weinig uren zorg per week en/of een hoog inkomen, waarbij het voor de laagste inkomens in absolute termen overigens om een vrij bescheiden bedrag gaat. Het komt ook voor dat mensen een lagere eigen bijdrage gaan betalen. Dit zijn voornamelijk mensen met veel uren zorg.

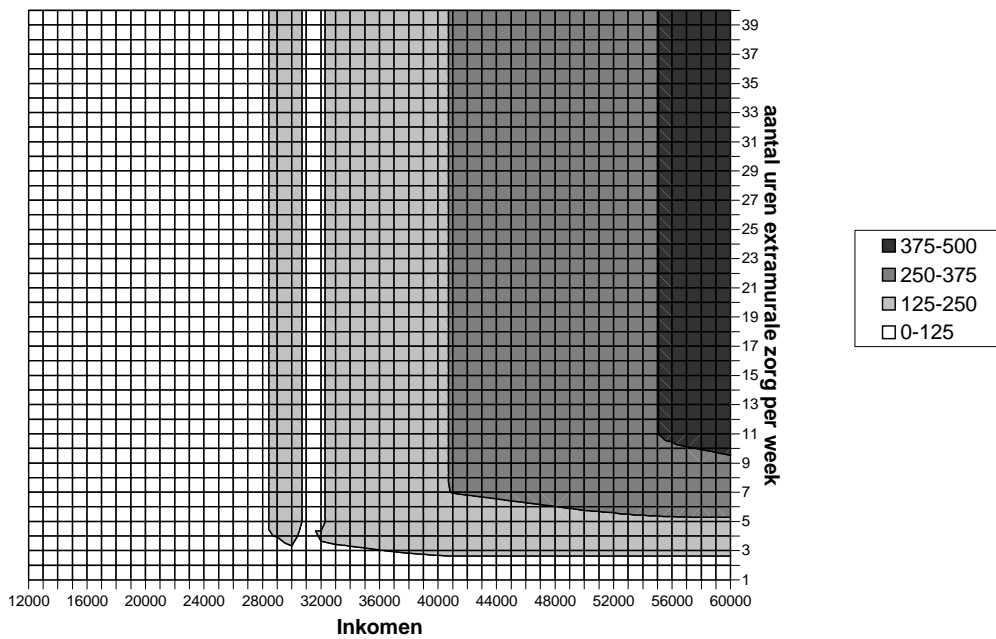
³¹ De sectie is gebaseerd op VWS (2003b) en mondelinge communicatie met VWS.

³² Verzekerden die voor 1 januari 2004 bovenin in een inkomensklasse zaten, waren in het oude eigen-bijdrage-systeem (ten opzichte van het nieuwe systeem) dus relatief gunstiger af .

Figuur 3.2 Extramurale eigen bijdrage (in euros) per vier weken in 2003, voor alleenstaande 65+ers, na fiscale compensatie.



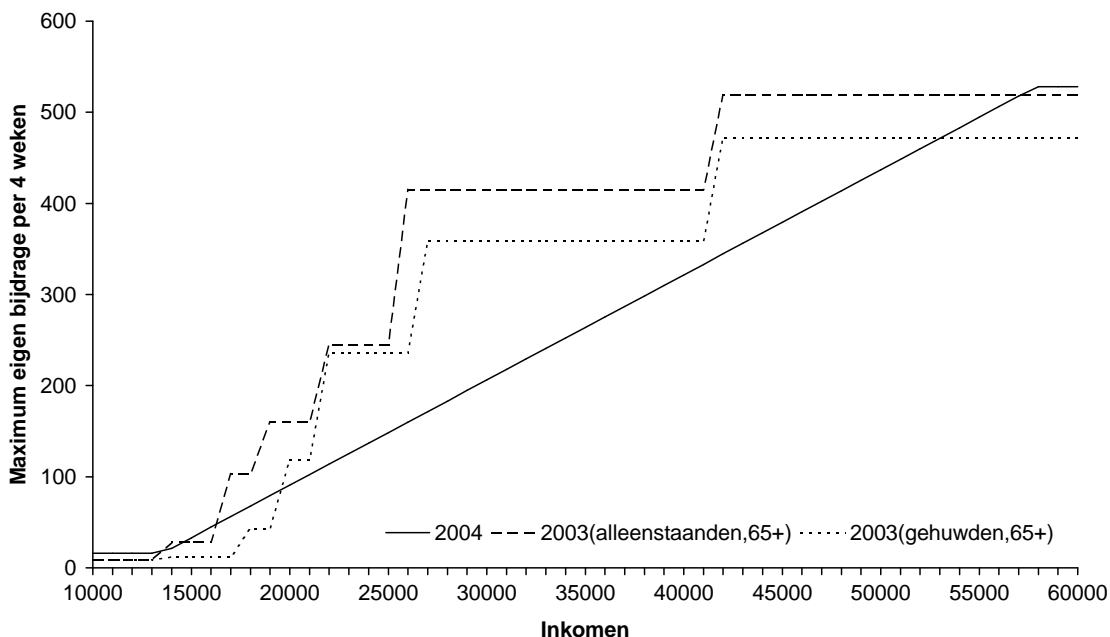
Figuur 3.3 Extramurale eigen bijdrage (in euros) per vier weken in 2004, voor alleenstaande 65+ers, na fiscale compensatie.



Als voorbeeld worden in de figuren 3.2 en 3.3 de extramurale eigen bijdragen in klassen in 2003 en 2004 per vier weken gegeven, waarbij rekening is gehouden met de fiscale compensatie.³³ Daarbij dient bedacht te worden dat in de praktijk waarschijnlijk niet iedereen die in aanmerking komt, ook daadwerkelijk een beroep zal doen op fiscale compensatie (of op bijzondere bijstand). De figuren gelden voor alleenstaanden van 65 jaar of ouder die vier weken lang een bepaald aantal uren extramurale hulp krijgen. In beide figuren is, voor verschillende inkomens en aantal uren zorgbehoefte per week, te zien hoe hoog de jaarlijkse eigen bijdrage is in 2003 en 2004. Wanneer we de twee figuren vergelijken valt op dat er zowel alleenstaanden zijn die een hogere eigen bijdrage gaan betalen in 2004, als mensen die een lagere eigen bijdrage gaan betalen in 2004.³⁴ Het gevraagde aantal uren zorg heeft hier een grote invloed op. Bijvoorbeeld alleenstaanden met weinig uren zorg per week gaan vaker een hogere eigen bijdrage betalen, terwijl alleenstaanden met een jaarinkomen tussen de 20 000 en 50 000 euro, met relatief veel uren zorg aan huis, minder aan eigen bijdragen gaan betalen.

Veranderingen binnen dezelfde klasse zijn niet te zien in de figuur. Daarom wordt in bijlage B een figuur gegeven van de verhouding tussen de nieuwe en de oude extramurale eigen bijdrage, na fiscale compensatie, voor alleenstaande 65+'ers.

Figuur 3.4 Verandering maximum extramurale eigen bijdrage in 2004 ten opzichte van 2003.



³³ Bij de berekeningen van de fiscale compensatie wordt rekening gehouden met de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkoming in de buitengewone uitgavenregeling. Het programma om de fiscale compensatie te berekenen is door VWS aan ons ter beschikking gesteld, en geeft een globale indicatie van het effect, omdat bijvoorbeeld geen informatie over andere aftrekposten beschikbaar is.

³⁴ Twee voorbeelden. Een alleenstaande 65+'er met een inkomen van 16000 euro en vier uur zorg per week betaalde, na fiscale compensatie, in 2003 een eigen bijdrage van 14 euro en in 2004 een bijdrage van 26 euro per vier weken. Een alleenstaande 65+'er met inkomen 18000 euro en 8 uur zorg per week, na fiscale compensatie, in 2003 een eigen bijdrage van 62 euro en in 2004 een bijdrage van 35 euro per vier weken.

Dat er mensen zijn die minder gaan betalen, komt doordat het nieuwe maximum aan eigen bijdrage onder het oude maximum kan liggen. In figuur 3.4 is het wettelijk vastgestelde maximum aan eigen bijdrage weergegeven voor 2003 en 2004, voor alleenstaande en gehuwde 65+'ers. De figuur laat zien dat voor de inkomens tussen 20 000 en 50 000 euro het oude maximum hoger ligt dan het nieuwe maximum. Ook laat de figuur zien dat het maximum aan eigen bijdrage in 2003 verschilde per categorie, terwijl in 2004 het maximum is gelijkgetrokken voor alle categorieën. Hierdoor kunnen de gevolgen per categorie ook verschillend uitpakken.

Mogelijke gedragseffecten die het gevolg zijn van hogere eigen bijdragen, worden besproken in paragraaf 4.1.

Eigen bijdrage voor de intramurale AWBZ-zorg

Mensen die in een instelling verblijven, dienen maandelijks een eigen bijdrage te betalen. De algemene regel is dat in de eerste zes maanden van een verblijf de lage intramurale eigen bijdrage wordt betaald; daarna is de hoge intramurale eigen bijdrage verplicht. De lage eigen bijdrage is per 1 januari 2004 vastgesteld op 12,5% van het verzamelinkomen (het belastbare inkomen van box 1, 2 en 3 samen). De lage eigen bijdrage is minimaal 130,60 euro en maximaal 685,40 euro per maand. De hoge eigen bijdrage is maximaal 1700 euro per maand, echter niet meer dan het besteedbare inkomen minus zakgeld, ziektekostenpremies en bepaalde vrijlatingbedragen. Het vaststellen en het opleggen van de intramurale eigen bijdragen is een taak voor het zorgkantoor. De intramurale eigen bijdragen zijn aangepast als gevolg van de verhoging van de extramurale bijdrage. Men wil hiermee een prikkel tot intramuralisering om financiële redenen wegnemen.

Verwachte collectieve opbrengsten van de verandering in de eigen bijdrage

Door de verandering in de eigen bijdrage verwacht het Ministerie van VWS dat de collectief gefinancierde zorgkosten met 180 miljoen euro zullen afnemen. Hierbij is echter nog geen rekening gehouden met compenserende maatregelen, zoals de fiscale tegemoetkoming waar in de figuren 3.2 en 3.3 wel rekening mee is gehouden. Mensen met een laag inkomen kunnen er ook voor kiezen een beroep te doen op de bijzondere bijstand bij de gemeente. Voor het effect hiervan kunnen geen berekeningen worden gemaakt, omdat het van de gemeente afhangt of en hoeveel bijzondere bijstand er wordt verstrekt. Een andere mogelijkheid is om teruggave van belasting aan te vragen. Er zijn twee fiscale regelingen die een rol spelen: de buitengewone uitgavenregeling (BU) en de tegemoetkoming in de buitengewone uitgavenregeling (TBU). Chronisch zieken en mensen met een laag inkomen kunnen met deze regelingen een tegemoetkoming krijgen bij hoge zorgkosten. Voor de reeds bestaande BU-regeling heeft het Ministerie van Financiën in 2004 80 miljoen euro extra uitgetrokken, in de verwachting dat er meer gebruik van gemaakt zal worden. De nieuwe TBU-regeling is gericht op mensen die geen belastingen en premies betalen en daarom geen recht hebben op teruggave onder de BU. Onder

de TBU kan dit wel. Hier is 89 miljoen euro voor uitgetrokken (VWS, 2003j). Deze bedragen hebben echter niet alleen betrekking op de compensatie van de hogere eigen bijdrage. Ook de pakketverkleining is bijvoorbeeld van invloed op deze bedragen, en ook de ziektekostenpremie zelf speelt een rol in de bijzondere ziektekosten. Het bedrag dat dient om de verhoging van de eigen bijdrage deels te compenseren zal dus minder zijn dan 169 miljoen euro. Verder zal waarschijnlijk niet iedereen die in aanmerking komt, ook daadwerkelijk een beroep doen op fiscale compensatie of op bijzondere bijstand.

3.7 Raakvlakken met andere sectoren en regelingen

De AWBZ staat niet los van de curatieve sector. Zo leidt de voortgaande verkorting van de verpleegduur in ziekenhuizen er toe dat er meer behoefte ontstaat aan zorg thuis of in verpleeghuizen of revalidatieklinieken. Als deze zorg niet beschikbaar is, kan dat leiden tot ‘verkeerde bed’-problematiek voor ziekenhuizen. De afgelopen jaren zijn regelmatig suggesties gedaan om delen van de AWBZ die beter bij de curatieve zorg zouden aansluiten, over te hevelen naar het tweede compartiment. Het huidige kabinet (Balkenende II) heeft besloten tot zo’n overheveling. In het hoofdlijnenakkoord is vastgelegd: “Bij de stelselherziening zal in beginsel alle op genezing gerichte zorg van de AWBZ worden overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg.” VWS heeft 3 argumenten voor de overheveling:³⁵

1. Men wil van de AWBZ weer een verzekering voor langdurige continue zorg maken;
2. Overheveling leidt tot meer samenhang in de curatieve zorg en kan op termijn leiden tot doelmatigheidswinst door uitvoering door risicodragende zorgverzekeraars;
3. De AWBZ kan worden vereenvoudigd als curatief gerichte delen met een uitzonderingspositie (zoals delen van de GGZ) er uit worden verwijderd.

Ondertussen is een nadere invulling aan de overheveling gegeven. Per 1 januari 2006 zal het curatieve deel van de GGZ uit de huidige AWBZ verdwijnen. Dit is geoperationaliseerd als alle extramurale GGZ en de intramurale GGZ korter dan een jaar.³⁶ De indeling sluit dan aan bij die in de curatieve sector, waar ook alle extramurale zorg uit de basisverzekering vergoed zal worden en de intramurale zorg gedurende het eerste jaar.

De huidige AWBZ kent niet alleen een aantal duidelijke links met de curatieve sector, maar ook met de terreinen huisvesting en dienstverlening. Bijvoorbeeld, door woningaanpassingen hebben ouderen met beperkingen of gehandicapten meer mogelijkheden om zelfstandig te wonen. Ook zaken als maaltijden aan huis en alarmeringssystemen kunnen hieraan bijdragen.

³⁵ VWS (2003i).

³⁶ Deze operationalisatie zal waarschijnlijk niet precies aansluiten bij de curatief gerichte zorg. Bijvoorbeeld, door extramuralisatie van de GGZ wordt ook langdurig benodigde zorg steeds meer extramuraal en transmuraal gegeven.

Bij extramuralisering van de zorg kunnen zich problemen voordoen. Het gevaar bestaat dat mensen wel de benodigde AWBZ-zorg thuis kunnen krijgen, maar niet de bijbehorende voorzieningen op het terrein van wonen en dienstverlening. In het kader van de extramuralisering zijn er daarom allerlei activiteiten gaande om een samenhangend pakket van wonen, zorg en dienstverlening mogelijk te maken. Enerzijds spoort dit met de expliciete doelstelling van het sociale beleid in de EU: de inrichting van de langdurige zorg moet mensen zo lang als verantwoord is in hun eigen omgeving laten functioneren (zie ook hoofdstuk 6). Aan de andere kant is dit in overeenstemming met de voorkeur van de meeste personen; bovendien verwacht men dat deze tendens kan bijdragen aan het oplossen van wachtlijsten voor de functie 'verblijf'. Door deze tendens is steeds meer behoefte aan woningen die geschikt zijn voor ouderen. Iets soortgelijks geldt voor gehandicapte gebruikers van extramurale AWBZ-zorg. In het kader van de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG) is het van belang voorzieningen te treffen om zelfstandig te kunnen wonen. Hierbij gaat het om zaken als woningaanpassingen en vervoer. In dit verband is het ook van belang dat men een beroep kan doen op allerlei dienstverlening, zoals alarmering en maaltijdvoorziening. De huidige opvatting in het beleid is dat dergelijke dienstverlening in beginsel niet vanuit de AWBZ gefinancierd dient te worden. In de visie op de AWBZ die momenteel wordt ontwikkeld, zouden een aantal oude en nieuwe verantwoordelijkheden voor de gemeente samengebracht moeten worden in een 'Wet maatschappelijke zorg'. Deze wet omvat de huidige WVG en Welzijnswet en een vangnet voor niet-medisch georiënteerde zaken die men uit de AWBZ wil halen (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging, zie verder hoofdstuk 7 voor de visie van VWS). Voor de korte termijn heeft VWS het CVZ verzocht een algemene subsidieregeling te ontwikkelen om dienstverlening buiten de muren van de instellingen te stimuleren. Deze regeling zou 1 januari 2004 in werking moeten treden³⁷. Ze is bedoeld voor instellingen die hun intramurale capaciteit extramuraliseren of voor initiatieven voor uitbreiding van capaciteit. Dit laatste komt dan ten goede aan extramurale vormen van wonen met zorg en diensten, bedoeld voor verblijfsgeïndiceerden.

Bij de extramuralisering hebben zich een aantal knelpunten voorgedaan die o.a. te maken hebben met de financiering van zorginfrastructuur (zoals zorggerelateerde ruimten in woonzorgcomplexen), de financiering van dienstverlening (extramurale dienstverlening van verzorgingshuizen) en ruimtelijke ordening (zoals onvoldoende of te dure bouwgrond). VWS probeert die knelpunten zoveel mogelijk op te lossen. Volgens LVT(2003) is een aantal knelpunten inmiddels opgelost; overblijvende punten zijn bijvoorbeeld het opwaarderen van bestaande woningen (het zogenaamde opplusbeleid) en personenalarmering.

Er kan nog een andere link gelegd worden tussen AWBZ-zorg en huisvesting. Er zijn uitgebreide discussies geweest over het scheiden van wonen en zorg in de intramurale zorg. Hiermee wordt bedoeld dat de huisvesting en de zorg afzonderlijk geleverd of afzonderlijk

³⁷ Tussenrapportage modernisering AWBZ.

bekostigd worden.³⁸ Mogelijke doelstellingen zijn een sterkere positie voor de patiënt³⁹ en een geringere financiële belasting van de AWBZ. Patiënten zorgen immers in beginsel zelf voor huisvesting. Dit zal wel tot hogere uitgaven voor huursubsidie leiden en bovendien kan de huisvesting duurder worden, omdat de kwaliteitseisen buiten de AWBZ hoger zijn dan daarbinnen.⁴⁰ Als de kosten van wonen uit de algemene middelen worden betaald in plaats van uit de AWBZ, neemt de heffingsgrondslag toe. De ontvlechting tussen wonen en zorg stuitte voor bestaande intramurale zorg op vele problemen. Extramuralisering van de zorg is wel op gang gekomen.

³⁸ Singelenberg (2002).

³⁹ De sterkere positie zou bereikt kunnen worden door meer onafhankelijkheid, meer privacy en meer mogelijkheden op het gebied van wonen.

⁴⁰ SER (1999).

4 Actoren in de AWBZ

In dit hoofdstuk beschrijven we kort de rol van de verschillende actoren in de AWBZ. Hierbij gaan we nader in op de prikkels die actoren ondervinden, hun verantwoordelijkheid en het te verwachten gedrag. Grofweg onderscheidt de AWBZ de volgende actoren: zorgvragers, indicatiestellers, zorgkantoren, zorgaanbieders en verzekeraars.

4.1 De zorgvragers

Keuze tussen PGB en Zorg in natura

Zoals aangegeven in paragraaf 3.3 heeft de vrager de keus tussen een PGB en ZIN zolang geen sprake is van de indicaties 'behandeling' of 'verblijf'. Hier gaan we in op de vraag: Waarom kiest iemand voor een PGB?

De belangrijkste reden voor een PGB is de wens om de benodigde zorg naar eigen inzicht in te richten. In een enquête gaven twee van de drie budgethouders aan dat ze al voor de aanvraag van het PGB wisten op welke manier ze hulp zouden inschakelen. Een tweede reden heeft te maken met de verwachting of ervaringen met het reguliere circuit.⁴¹ Zo gaf in dezelfde enquête 15% aan dat ze ontevreden waren over de zorg die men ontving. In sectie 5.2 wordt verder ingegaan op de mogelijke gevolgen van een keuze voor informele zorg boven formele zorg, door bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie. Een andere reden kan zijn dat men verwacht dat er lange wachtlijsten zijn voor formele zorg. Zo gaf in de enquête 6% als reden voor een PGB aan dat ze de wachtlijst wilden omzeilen. Andere genoemde redenen waren de familie die aandrong op een PGB (6%). Het grote voordeel van een PGB is dat cliënten zelf kunnen kiezen *welke* zorg zij inkopen, bij *wie*, en *hoe* en *wanneer* zij de zorg verleend willen hebben (Timmermans *et. al.*, 2002). Ook kan een rol spelen dat het eenvoudiger is om het PGB uit eigen middelen aan te vullen om de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen, of dat het mogelijk is de eigen bijdrage te 'neutraliseren' door minder zorg in te kopen. Het PGB heeft voor de vrager dus een aantal duidelijke voordelen boven ZIN.

Een nadeel is dat het meer werk en meer verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Het lijkt dus bij uitstek geschikt voor cliënten die weten wat ze willen en voldoende informatie kunnen achterhalen om een adequate aanbieder te selecteren.⁴² Cliënten die tevreden zijn met de reguliere ZIN, PGB's te lastig vinden of zelf moeilijk keuzes kunnen maken, kunnen kiezen voor ZIN. Een verder mogelijk nadeel van PGB's is dat budgethouders het budget kunnen aanwenden voor andere zaken dan aan de geïndiceerde zorg. Controle achteraf is dus noodzakelijk. Dit gebeurt door de Sociale verzekeringsbank (SVB), die, zoals uitgelegd in

⁴¹ De genoemde percentages in de alinea zijn afkomstig van Van den Berg (mondellinge communicatie).

⁴² Uitspraak van een indicatiesteller: "Het PGB is alleen geschikt voor mensen die er inzicht in hebben en goedgebekt zijn" (Vrij Nederland, 19 juli, 2003).

sectie 3.3, op verzoek van de patiënt ook ondersteuning biedt bij financiële en administratieve aspecten.

Kwetsbare groepen en risico's

Omdat bij een PGB een zorgvrager zelf de verantwoordelijkheid neemt over de inkoop van zorg, lijkt deze financieringsvorm voor kwetsbare groepen minder geschikt. Te denken valt aan verstandelijke gehandicapten of mensen met vergeetachtigheid (b.v. beginnende dementie), of mensen met een laag inkomen die daar moeilijk mee uit kunnen komen. In een dergelijke situatie is het wel mogelijk dat familie of zaakwaarnemers optreden namens de zorgvrager en voor een PGB kiezen.⁴³ In andere gevallen is er voor deze groepen ZIN. Een risico dat kan ontstaan is dat deze kwetsbare groepen toch voor een PGB kiezen en daardoor alsnog in de problemen komen.⁴⁴ Het is niet duidelijk in hoeverre dit werkelijk een probleem vormt.

De vraag naar zorg en doelmatigheidsprikkel

Het grootste deel van de AWBZ-zorg wordt in natura geleverd. Hoewel voor vijf van de zeven functies de mogelijkheid van een PGB bestaat kiest het merendeel voor zorg in natura.⁴⁵ Een meer doelmatige zorgverlening moet bij ZIN voornamelijk uitgaan van het zorgkantoor (zie 4.3) en de zorgaanbieder.

Zorgvragers die kiezen voor een PGB willen zo goed mogelijk uitkomen met het verstrekte budget. Voor 1.5% van het PGB hoeft de zorgvrager geen verantwoording af te leggen. Houdt de zorgvrager meer over dan 1.5% van zijn PGB dan dient dit volledig te worden teruggegeven aan het zorgkantoor. De zorgvrager heeft daardoor in principe een financiële prikkel om 98,5% van het budget uit te geven.⁴⁶ In 2002 bleek echter dat van de € 503 miljoen dedoor RIO's werd toegekend maar uiteindelijk € 412 miljoen werd besteed. De precieze reden voor deze onderbesteding is onduidelijk. Soms duurt het lang voor een geschikte aanbieder wordt gevonden of wordt door een gebrek aan aanbod deze helemaal niet gevonden. Ook komt het voor dat budgethouders gedeeltes van hun budget sparen voor mogelijke mindere tijden later in het jaar, met als gevolg dat het budget uiteindelijk niet wordt opgemaakt.⁴⁷ Mogelijk speelt ook de 10% maatregel een rol. Budgethouders mogen van het niet bestede budget aan het einde van het kalenderjaar een gedeelte meenemen naar het nieuwe jaar, namelijk maximaal 10% van het toegekende budget voor het nieuwe jaar.

⁴³ Een mogelijk gevaar is hier wel dat de belangen van de zaakwaarnemer anders kunnen liggen dan die van de zorgvrager.

⁴⁴ Deze 'verkeerde' keuze wordt momenteel aangewakkerd door een tekort aan zorgaanbod. De keuze voor een zorgvrager is vaak een wachtlijst, bij zorg in natura, of zorg zelf in te kopen met een PGB. Hoe langer de wachtlijst hoe aantrekkelijker het alternatief van een PGB zal klinken.

⁴⁵ Hoewel het aantal PGB's hard groeit, gaat het maar om een klein gedeelte van het totale budget in de AWBZ. Ter vergelijking, in 2003 werd voor 750 miljoen euro aan PGB's toegekend, waarvan ongeveer de helft voor verpleging en verzorging, terwijl in 2003 aan de thuiszorg 2,8 miljard euro werd besteed (CVZ,2003c).

⁴⁶ Er is wel een prikkel, om gegeven het budget zo veel mogelijk kwaliteit te verkrijgen. De relationele afstand speelt hier wellicht ook een rol. De zorgvrager zal bij de partner of buurvrouw wellicht andere kwaliteitsnormen hanteren dan bij een onbekende zorgaanbieder.

⁴⁷ In de praktijk reageren budgethouders soms teleurgesteld wanneer blijkt dat het budget weer moet worden teruggegeven.

Als de vrager niet tevreden is over de prijs/kwaliteit verhouding, kan zij/hij stemmen met de voeten. Het stemmen met de voeten werkt natuurlijk beter bij een PGB dan bij ZIN. Overigens kan stemmen wel moeilijk zijn wanneer er voor een gespecialiseerde dienst maar weinig aanbieders zijn, of als de capaciteit van het aanbod tekort schiet. Naarmate de dienst minder gespecialiseerd is, zal de vrager meer mogelijkheden hebben. Zo komen voor de functie huishoudelijke verzorging allerlei soorten “aanbieders” in aanmerking: partner, familieleden, burens/kennissen, zelfstandigen, commerciële instellingen en de reguliere thuiszorg. Voor verpleging is het scala beperkter, maar ook daar kunnen in ieder geval zelfstandigen, commerciële instellingen en de reguliere thuiszorg zorg bieden. De functionele opzet en de rol van PGB's vergroot dus de keuzevrijheid van de zorgvrager en kan zo leiden tot nieuwe initiatieven. Zo is een initiatief bekend waar ouders de budgetten bij elkaar legden en zo een tehuis voor hun gehandicapte kinderen oprichtten.⁴⁸ Het bestaan van de PGB-regeling kan ook nieuwe vormen van aanbod uitlokken, bijvoorbeeld omdat personeelsleden van reguliere instellingen deels voor zichzelf beginnen. Ze kunnen dan wellicht goedkoper zorg bieden, omdat ze niet met hoge overheadkosten te maken hebben. Deze initiatieven kunnen reguliere instellingen weer prikkelen om zorg ook doelmatiger aan te bieden. Dergelijke kruisbestuivingen kunnen dus op termijn ook leiden tot voordeel bij het inkopen van ZIN door zorgkantoren.⁴⁹

Er zijn aanwijzingen dat PGB's inderdaad doelmatiger zijn dan ZIN, zoals blijkt uit Timmermans *et. al* (2002), die onderzoek citeren van Woldringh en Ramakers (1998), en Woldringh *et. al* (1998). Als aspecten van doelmatigheid noemt dit onderzoek 'geen dubbele uitvoering', 'taken blijven niet liggen', 'geen onduidelijkheid in taakvoering' etc. In hoeverre de onderzoekers rekening hebben gehouden met selectie-effecten (bijvoorbeeld selectie van een bepaald type cliënt) is niet duidelijk. Meulenbeek *et. al* (1999) berekenen een potentiële doelmatigheidswinst van 20-30% door toepassing van PGB's in de thuiszorg. Dit volgt door gehanteerde particuliere tarieven voor thuiszorg te vergelijken met CTG-tarieven; de laatste blijken 30 tot 50% hoger te liggen. De onderzoekers geven wel aan dat de vergelijkbaarheid van de tarieven wordt bemoeilijkt door verschillen in productdefinities. Mogelijk speelt een verschil in kwaliteit een rol, maar de onderzoekers vinden geen aanwijzingen dat reguliere instellingen een 'moeilijker' klantenbestand hebben dan particuliere aanbieders. Verder is denkbaar dat grote reguliere instellingen met een groot werkgebied meer overhead hebben. Ook kunnen er verschillen zijn in de CAO die geldt voor het personeel. Een andere mogelijke verklaring voor de tariefverschillen geeft Van den Berg (2000); thuiszorginstellingen zien de financiering uit PGB's en de bijbehorende productie als een extraatje en berekenen daarom alleen de variabele kosten door.

⁴⁸ Rapport MDW-werkgroep AWBZ (2000).

⁴⁹ Een geïnterviewde noemde als voorbeeld een nieuw initiatief in de thuiszorg. Aanvankelijk richtte dit initiatief zich alleen op PGB's maar de organisatie bleek dermate goed te werken dat zorgkantoren de thuiszorginstelling ook vroegen om zorg in natura te leveren.

Als PGB's een grote vlucht nemen, is het niet meer haalbaar om alleen variabele kosten in rekening te brengen. Wel is het denkbaar dat PGB's leiden tot een andere structuur van de markt in de vorm van verdergaande extramuralisering en op die wijze de doelmatigheid bevorderen.

Moral hazard en eigen betalingen

Moral hazard is het verschijnsel dat vragers en aanbieders bewust of onbewust rekening houden met het feit dat door de verzekering het prijsmechanisme is uitgeschakeld. Zij kunnen en zullen daardoor vaak anders handelen dan wanneer er wel een reële prijs betaald zou moeten worden (Lapré et al. 2001). Wanneer zorgvragers een zwaardere indicatie vragen of/ en van aanbieders krijgen, dan feitelijk nodig is, spreekt men wel van moral hazard.

Omdat in de AWBZ sprake is van eigen bijdragen, die in veel gevallen lager zijn dan de reële kostprijzen, kan de neiging bestaan voor een vrager om meer zorg te vragen dan in overeenstemming is met de behoefte. Omdat de eigen bijdrage inkomensafhankelijk zijn zal dit eerder voorkomen bij lage inkomens. Voor het manifest worden van een zwaardere zorgvraag dan feitelijk nodig is dient de indicatiesteller echter wel mee te werken.⁵⁰ Uit een studie van Schrijvers *et. al* (2001) volgt dat bij een zorgvraag het RIO vaak indiceert conform de aanvraag. In genoemde studie was 90% van de indicatiebesluiten positief en werd vrijwel altijd binnen de zorgvorm geïndiceerd. Verder blijkt dat in sommige gevallen   n telefoontje (of schriftelijk verzoek) voldoende kan zijn voor een positieve indicatie, waarna de gewenste zorgvraag op gang wordt gebracht. Dit kan enerzijds wijzen op weinig informatie-asymmetrie tussen vrager en indicatiesteller: de vrager kan de eigen behoefte redelijk goed schatten. Anderzijds ligt hier ook een mogelijkheid voor de zorgvrager om meer zorg te vragen, en te krijgen, dan feitelijk nodig is (zie ook kader: Een toename in snelheid van indiceren door RIO's).⁵¹

Bij een PGB krijgt de vrager het netto PGB (PGB minus eigen bijdrage) uitgekeerd en hoeft de vrager zich ook alleen maar te verantwoorden over de uitgave van het netto PGB. Hierdoor bestaat het risico dat de vrager niet zijn volledige geïndiceerde zorg consumeert, maar slechts een gedeelte daarvan; namelijk het gedeelte dat overeenkomt met het netto PGB. De vrager ruilt dan zijn eigen bijdrage in voor minder zorg.

⁵⁰ De informatie-asymmetrie speelt in de care een kleinere rol speelt dan in de cure, waar de patiënt veelal een arts nodig heeft om er achter te komen wat er aan de hand is en wat daar aan gedaan kan worden (zie ook 1.2).

⁵¹ Met betrekking tot PGB-aanvragen in de GGZ, stelt Van der Goot (2003) dat het vaak moeilijk is om in te schatten hoeveel uur zorg per week iemand nodig heeft, dat aanvragers soms niet schromen om forse aantallen uren te vragen en ook dat een hulpverlener er persoonlijk belang bij kan hebben om langer dan nodig is door te gaan met het bieden van zorg. Zo'n hulpverlener kan de patiënt dan aanmoedigen om een PGB aan te vragen.

Mogelijke gedragseffecten door een verhoging van de eigen bijdrage

De verhoging van de eigen bijdrage voor veel vragers kan leiden tot een aantal gedragseffecten.⁵² Dit kan het “moral hazard” gedrag van vragers beperken, immers vragers zullen bij hogere eigen bijdragen minder de neiging hebben om meer te vragen dan feitelijk nodig is.⁵³ De tegenhanger hiervan is echter dat mensen ook kunnen besluiten om geen of minder zorg te vragen dan feitelijk nodig is.

Een tweede gedragseffect dat kan optreden is dat vragers gaan switchen van zorg in natura naar PGB's. Een mogelijke reden is dat bij een PGB de eigen bijdragen reeds zijn verdisconteerd, het zogenoemde netto-PGB. Hoewel het netto-PGB mogelijk te laag is om de volledige geïndiceerde zorg mee te bekostigen, kan de vrager wel besluiten om slechts een gedeelte van de geïndiceerde zorg te consumeren. In vergelijking met zorg in natura substitueert de vrager zijn eigen bijdrage voor minder zorg.

Een derde mogelijk gedragseffect is dat vragers buiten de AWBZ om zorg gaan vragen. De nieuwe eigen bijdrage (11,80 euro per uur) kan voor vragers dermate hoog zijn dat, informele, zwarte of zelfs formele zorg, buiten de AWBZ om, aantrekkelijkere alternatieven worden. De vrager kan daarnaast als voordeel zien dat de administratieve lasten, behorende bij reguliere AWBZ-zorg, worden vermeden. Deze optie zal eerder een rol spelen voor hogere inkomens die voornamelijk goedkopere zorg (zoals huishoudelijke zorg) vragen, vooral in gevallen waar zij de volledige 11,80 euro per uur dienen te betalen.

Deze gedragseffecten remmen de vraag naar AWBZ-zorg. Men kan zich afvragen of een verhoging van de extramurale eigen bijdrage zal leiden tot een verschuiving van de vraag naar intramurale zorg. Op basis van een pure vergelijking van de intramurale en extramurale eigen bijdrage zou hier geen reden voor zijn. Het is echter wel mogelijk dat vragers van AWBZ-zorg niet precies op de hoogte zijn van de verschillende eigen bijdragen of bang zijn dat ze zich zelfstandig wonend niet meer zullen redden na de verhoging van de eigen bijdragen. Bij intramurale zorg ligt de verantwoordelijkheid voor het 'huishoudbudget' voor onderdak, hulp, verwarming, voedsel etc grotendeels bij de instelling.⁵⁴

4.2 Regionale indicatie organen (RIO's)

Taken RIO's

Een RIO is een organisatie die zich bezig houdt met het stellen van de indicatie van zorgvragers. Bij de indicatie dient het RIO aan te geven aan welke functies vragers behoefte hebben en in welke zwaarte. Bij de indicatiestelling kan een RIO meerdere routes volgen

⁵² Dit geldt natuurlijk ook voor de *verlaging* van de eigen bijdrage die voor andere vragers optreedt.

⁵³ Theoretisch zou moral hazard sowieso een geringe rol spelen als het indicatieproces goed verloopt.

⁵⁴ Mensen die intramurale zorg vragen, komen hier alleen daadwerkelijk voor in aanmerking als ze een indicatie krijgen, maar het is mogelijk dat ze volgens de regels in aanmerking komen voor 'zwaardere' zorg dan die ze in de oude situatie gevraagd zouden hebben.

Een toename in snelheid van indiceren door RIO's

Bij het doorlopen van het indicatieproces onderscheiden RIO's vier routes:

1. De directe route

Het indicatiebesluit vindt plaats op de dag van aanmelding. Hierbij neemt de indicatieadviseur bij de telefonische aanvraag direct een indicatiebesluit.

2. De korte route

Het indicatiebesluit vindt binnen twee weken plaats. Indiciestelling vindt zowel telefonisch als schriftelijk plaats.

3. De standaardroute

Het indicatiebesluit vindt binnen twee tot zes weken plaats. Indicatieadviseurs bezoeken de vrager aan huis.

4. De uitgebreide procedure

Het indicatiebesluit vindt binnen twee tot zes weken plaats. Naast een persoonlijk vraaggesprek vindt er aanvullend onderzoek plaats via overleg met een multidisciplinair team of externe expert.

De gekozen route hangt samen met de zorgvraag. De korte route is doorgaans verbonden met een aanvraag voor een enkele AWBZ-functie of één WVG-voorziening (exclusief bouwkundige woningaanpassing), met name waar de gevraagde en/of verwachte duur van het zorggebruik korter is dan drie maanden.

Het aantal indicaties neemt jaarlijks aanzienlijk toe. In 1998 lag dit op 400 000, in 2001 op 548 000 en in 2002 wordt de productie geschat op 600 000. Dit is een toename van gemiddeld 10% per jaar (CII,2003). Opmerkelijk is ook dat de verdeling van de wijze van afhandeling in de afgelopen jaren sterk is gewijzigd (zie onderstaande tabel).

Verdeling van routes van afhandeling^a

	1998	2001	2002
	toename in %		
De directe route	5	9	9
De korte route	7	28	37
De standaardroute	59	47	40
De uitgebreide route	29	16	14
	100	100	100

^a De cijfers zijn overgenomen uit CII(2003).

Wat opvalt, is dat sneller indiceren toeneemt. In 1998 verliep 12% van de afhandelingen via een directe of korte route; in 2002 is dit percentage inmiddels opgelopen tot 46%. Enerzijds drukt een snelle indicatie de kosten, immers er is minder tijd (en dus kosten) gemoeid met de afhandeling van de vraag. Anderzijds is een gevaar van snel indiceren dat de indicatie wordt verricht op basis van minder informatie en dat indicatieadviseurs eerder de neiging hebben om mee te gaan in wat de zorgvragers willen. Dit laatste aspect wordt mogelijk versterkt door het feit dat zorgvragers tegen de beslissing van het RIO in beroep kunnen gaan als ze dat willen. Het meegaan in wat zorgvragers willen wordt mede versterkt doordat RIO's geen direct belang hebben bij doelmatig indiceren. Er zijn meer feiten die hierop kunnen duiden. Zo zijn de meeste indicatiebesluiten positief en vrijwel altijd conform de aanvraag. Ook is 82% van de zorgvragers redelijk tot zeer tevreden was over de behandeling door RIO's (Schrijvers et. al, 2001). Harde gegevens over de vraag naar zwaardere indicaties dan conform de behoefte, en in hoeverre indicatiestellers hierin ook daadwerkelijk meegaan, ontbreken echter. Het is dus niet duidelijk in hoeverre bovengenoemde feiten te maken hebben met moral hazard, de informatie-asymmetrie tussen zorgvrager en indicatiesteller, met een verlangen naar snelheid van indiceren, veranderende zorgvraag, of nog andere factoren.

(zie kader: Een toename in snelheid van indiceren door RIO's). Indicaties dienen objectief, onafhankelijk en integraal te zijn (zie ook 3.1). De indicatiestelling is een cruciaal onderdeel; het is immers de basis voor het hele proces van zorgverstrekking en – financiering. Een ruimere indicatie leidt bij een gegeven behoefte tot hogere kosten.

Verantwoordelijkheidsstructuur en financiering

Ongeveer 72% van de RIO's opereert als een stichting, de rest functioneert als een (inter)gemeentelijke dienst. Formeel zijn de betreffende gemeenten verantwoordelijk voor instelling en instandhouding. Ze zijn dus ook verantwoordelijk voor het functioneren van de indicatiestellers en hun financiering. De gemeenten hebben wel een beperkt financieel belang bij de wijze van indicatie stellen. Zo zullen ze er op toezien dat de WVG niet te veel wordt belast, omdat ze een overschot vrij mogen besteden en tekorten zelf moeten opbrengen. Hoewel in sommige gemeenten de indicatiestelling voor gehandicaptenzorg nog steeds is losgekoppeld van de RIO's⁵⁵, zullen in de nabije toekomst de RIO's ook alle indicatiebesluiten voor gehandicapten uitvoeren. Daardoor zal een meer integrale indicatiestelling mogelijk zijn.

Het College implementatie indicatiebeleid heeft een advies uitgebracht over de indicatiestelling in de AWBZ (CII, 2003). In dit advies stelt het college vast dat de verhouding tussen het Rijk en de gemeenten niet goed geregeld is bij de indicatiestelling. De centrale overheid is verantwoordelijk voor de inhoudelijke aansturing van de RIO's, terwijl de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering. Gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de financiering van de RIO's, maar hebben weinig invloed op de kosten die gemaakt moeten worden om de taak van de RIO's goed uit te voeren. Volgens de staatssecretaris is het inefficiënt dat iedere gemeente afzonderlijk beslist over de gang van zaken bij het RIO, terwijl er nauwelijks sprake is van beleidsvrijheid op lokaal niveau (VWS, 2003c). Om de huidige spanning tussen de centrale beleidsverantwoordelijkheid van de overheid en het decentraal financieren van RIO's en uitvoeren van het werk weg te nemen is het voornemen van de overheid om RIO's (weer) centraal te gaan aansturen (VWS, 2003d).

Snelle indicatie voor RIO belangrijker dan doelmatigheid

Aangezien financiële prikkels voor indicatiestellers losgekoppeld zijn van de precieze manier van indicatiestellen hebben RIO's geen direct belang bij een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Ze hebben wel belang bij een snelle indicatie (zie kader: Een toename in snelheid van indiceren door RIO's). Een manier om snel te indiceren is meegaan in wat de zorgvragers willen. Door het gebrek aan financiële prikkels en de noodzaak om snel te indiceren zullen RIO's minder snel geneigd zijn om streng op te treden naar zorgvragers. Dit brengt het gevaar van te ruime indicaties, en dus hogere kosten met zich mee.

⁵⁵ Deze indicaties worden dan gesteld door het LCIG.

Is de indicatiestelling objectief en onafhankelijk?

Een studie van Schrijvers *et. al* (2001) wijst er op dat er bij gelijke behoefte variaties bestaan tussen verschillende indicatiestellers en tussen RIO's. De objectiviteit van de indicatiestelling is gemeten met behulp van een vignettenstudie, waarbij indicatieadviseurs gelijke casussen (vignetten) kregen voorgelegd. Uit een studie onder 236 indicatie adviseurs, die gezamenlijk 3267 vignetten beoordeelden, bleek dat vooral bij het aantal geïndiceerde uren thuiszorg en het al dan niet indiceren voor een verzorgingshuis variatie bestaat.⁵⁶ Jörg (2003) betoogt dat de objectiviteit in de indicatiestelling in de chronische zorg niet bereikt is door de manier waarop deze is gedefinieerd is en op dit moment wordt uitgevoerd. Gelijke beslissingen voor vragers met gelijke zorgbehoefte zijn niet wenselijk omdat dit tekort zou doen aan de specifieke wensen van de cliënt.⁵⁷ Het CVZ(2003b) constateert enkele knelpunten bij de indicatiestelling. Doordat veel RIO's gebruik maken van verschillende protocollen, en sommige zelfs helemaal geen protocollen, kunnen verschillende RIO's in vergelijkbare gevallen tot uiteenlopende indicatiebesluiten komen. Ook komt het voor dat RIO's zich niet aan de protocollen houden waardoor indicaties ruimer uitvallen dan op basis van het protocol redelijkerwijs zou mogen worden verwacht.

Ongeveer de helft van de cliënten die bij RIO's aankloppen worden verwezen door professionele zorgaanbieders, zoals ziekenhuis, thuiszorg of huisarts. Uit Van Campen en Van Gameren (2003), p.79 valt op te maken dat zorgaanbieders invloed hebben op de indicatie die de RIO stelt. Dit blijkt uit het feit dat de kans op opname toeneemt in vergelijking tot de kans op zorg thuis als de aanmelding gebeurt door huisarts of ziekenhuis, waarbij gecorrigeerd is voor andere kenmerken zoals de beperkingen die iemand heeft. Ook de instelling waar men zich meldt is van belang: ook gecorrigeerd voor allerlei kenmerken zijn er verschillen tussen regio's in de kans op opname in vergelijking tot de kans op zorg thuis. Het SCP acht nader onderzoek noodzakelijk om aan te kunnen geven wat de oorzaak is van deze verschillen.

Er zijn dus aanwijzingen dat de indicatiestelling niet altijd objectief en onafhankelijk is. Daarbij is het overigens de vraag of een totaal objectieve en onafhankelijke indicatiestelling wel mogelijk en wenselijk is. Zolang RIO's de ruimte hebben om 'maatwerk' te leveren blijft toetsing op objectiviteit en onafhankelijkheid moeizaam.

Naast de voornemens van VWS om RIO's centraal te gaan aansturen zijn er ook de voornemens om met meer en betere protocollen te komen (VWS, 2003d).

⁵⁶ Het is vooralsnog onduidelijk hoe de gevonden variatie beoordeeld moet worden. De onderzoekers spreken bijvoorbeeld niet van een 'grote' variatie of ontoelaatbare variatie.

⁵⁷ Als mogelijke oplossing geeft Jörg (2003) aan dat indicatieadviseurs zelf hun professionele normen vaststellen, zoals bij huisartsen het geval is. Dan zou er uiteindelijk een praktijk kunnen ontstaan waarin cliënten met gelijke zorgbehoefte gelijk behandeld worden, maar waarin beslissingen afgestemd worden op de wensen van de zorgvrager. Objectiviteit in de indicatiestelling betekent dan dat iedereen dezelfde mogelijkheden heeft om bepaalde zorg te ontvangen, in plaats van dezelfde zorg zou moeten ontvangen.

4.3 Zorgkantoren

Taken zorgkantoor

De zorgkantoren moeten het indicatiebesluit van de RIO's uitvoeren.⁵⁸ Daartoe contracteert het zorgkantoor aanbieders in de regio. Het zorgkantoor verleent de zorg dus niet zelf maar fungeert als verbindingskantoor tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Kerntaken zijn dan ook het in kaart brengen en inkopen van de regionale zorgbehoefte.⁵⁹ Het zorgkantoor is verplicht met alle (door het CVZ) toegelaten aanbieders een contract af te sluiten. Dit contract moet bepalingen bevatten over de hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg. Omdat in het verleden het primaire doel van zorgkantoren vooral lag bij het wegwerken van wachtlijsten, kwamen doelmatigheidsoverwegingen op de tweede plaats. Zolang er niet voldoende aanbod is, kan het zorgkantoor ook niet veel anders.

Inkoop door het zorgkantoor

Omdat PGB's voor verblijf en behandeling niet bestaan, moet het zorgkantoor zorg in het kader van deze dure functies in alle gevallen zelf inkopen. Het zorgkantoor heeft als uitgesproken voordeel dat daar professionele zorginkopers aanwezig zijn, die goed in de sector thuis zijn. Tegenover deze zorginhoudelijke prikkels ten aanzien van een doelmatige inkoop staan een aantal nadelen. Om te beginnen heeft het zorgkantoor geen financieel belang bij een doelmatige zorginkoop. De verzekeraars zijn immers niet risicodragend over de AWBZ; de rekening voor de ingekochte zorg wordt gewoon betaald uit de AWBZ. Er is zelfs een perverse financiële prikkel voor verzekeraars: terwijl de ingekochte zorg niet gebudgetteerd is, zijn de beheerskosten van de AWBZ dit wel. Het is voor zorgverzekeraars dus financieel nadelig om meer te investeren in doelmatige inkoop van zorg. De financiële vruchten plukken ze er immers niet van, en de kosten moeten ze wel maken.

Een tweede probleem is dat er nog steeds een tekort is aan een aantal vormen van AWBZ-zorg. Omdat zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor het leveren van tijdige zorg, zal hun aandacht in de eerste plaats uitgaan naar het inkopen van voldoende zorg en niet naar doelmatigheid of kwaliteit. De relatie tussen zorgkantoor en zorginstelling is daardoor ook vaak een, in de reeks van jaren, opgebouwde vertrouwensrelatie die nog niet gekenmerkt werd door concurrentie tussen zorginstellingen (CTZ, 2003a).

Een derde probleem is het gebrek aan transparantie. In de relatie zorgkantoor versus thuiszorginstelling merkt CTZ(2003a) op dat zorgkantoren tegenover zorginstellingen zowel de rol van zorginkoper als controleur dienen te spelen, waardoor zorgaanbieders terughoudend zijn met het verstrekken van bedrijfsgevoelige informatie aan zorgkantoren.

⁵⁸ Zorgkantoren hebben geen invloed op het indicatiebesluit. De taken en beheerskosten van zorgkantoren zijn vastgelegd in een convenant tussen VWS, ZN en CVZ (VWS, 2003a)

⁵⁹ De taken van een zorgkantoor bestaan uit werkzaamheden inzake verzekeren (dienstverlening, administratie, eigen bijdragen etc.), het inkopen van zorg in natura (ook zorgtoewijzing en wachtlijstbemiddeling) en werkzaamheden in het kader van de pgb (toekenning budget, controle besteding).

Inmiddels ondervinden zorgkantoren meer doelmatigheidsprikkel, omdat het CTZ toetst op rechtmatigheid en doelmatigheid (CTZ, 2002a, 2003).⁶⁰ In het convenant tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en CVZ (VWS, 2003a) is inmiddels besloten dat het CVZ een opzet maakt om zorgkantoren te benchmarken. Minder functionerende zorgkantoren worden dan op deze wijze geprikkeld om hun gedrag te verbeteren.

Concessies als prikkel

Een prikkel die zorgkantoren mogelijk hebben om hun best te doen bestaat uit het verliezen van de concessie om als zorgkantoor te mogen optreden. Deze concessie wordt om de vier jaar verleend en het tijdstip waarop dit gebeurt, is gelijk voor alle zorgkantoren. De laatste concessieperiode liep af in 2002 en toen is elk zorgkantoor/verzekeraar de concessie ook weer verleend voor de nieuwe periode. De volgende concessie loopt af in 2006.

De MDW-werkgroep AWBZ (2000) pleit, in navolging van de suggestie in de Nota Zicht op Zorg, voor meer financiële prikkels bij de concessieverlening van de zorgkantoren. Door middel van bieding krijgt één verzekeraar de concessie en daarmee het recht om in een regio tijdelijk de functie van zorgkantoor uit te oefenen. De concessiehouder moet dan aangeven voor welk bedrag hij de AWBZ-zorg kan uitvoeren. Is hij goedkoper (doelmatiger) dan wint hij, anders incasseert hij verlies. Er is in dit voorstel dus ook sprake van een beperkt financieel risico. De vraag is of er daadwerkelijk concurrentie om concessies zal ontstaan (zie ook Schut, 1999).

Diffuse verantwoordelijkheidsstructuur

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de zorgverlening van AWBZ. Om hieraan te voldoen hebben ze zorgkantoren ingesteld. In ieder van de 32 AWBZ-regio's is er één zorgkantoor dat van de betrokken verzekeraars een mandaat krijgt, en van de Minister een concessie om de AWBZ uit te voeren. Aangezien de meeste zorgverzekeraars in vrijwel elke regio verzekerd hebben, heeft elk zorgkantoor een mandaat nodig van vrijwel alle verzekeraars. Het zorgkantoor wordt geëxploiteerd door een zorgverzekeraar.⁶¹ Deze constructie maakt de verantwoordelijkheidsstructuur diffuus. Het kan soms moeilijk zijn om als verzekerde een zorgkantoor ergens op aan te spreken, omdat het zorgkantoor dan weer kan verwijzen naar de verzekeraar van de verzekerde, welke niet dezelfde verzekeraar hoeft te zijn die het zorgkantoor exploiteert. In maart 2003 is er meer helderheid verschaft in de taken en verantwoordelijkheden van een zorgkantoor door middel van een convenant tussen VWS, ZN en CVZ (VWS, 2003a). De partijen zullen echter nog een grote inspanning moeten leveren om de in het convenant gestelde doelen te realiseren (zie ook CTZ, 2003a).

Aangezien er maar één zorgkantoor binnen een regio opereert kan een zorgvrager die niet zo gelukkig is met de dienstverlening, daar alleen af komen door te verhuizen. Ook de

⁶⁰ Volgens CTZ is het toetsen op doelmatigheid een tijdelijk instrument omdat de disciplinerende werking van de markt ontbreekt. Wanneer er sprake is van voldoende concurrentie kan dit instrument afgeschaft worden.

⁶¹ Er zijn 21 concessiehouders en derhalve zijn er zorgverzekeraars die meerdere zorgkantoren exploiteren (NMa, 2003).

zorgaanbieders zullen het met de ene regionale vestiging moeten doen. De NMa (2003) constateert daarom dat er veelal sprake is van een monopsonistische marktstructuur. Zij signaleert verder dat zorgkantoren juridisch gezien niet als ondernemingen kunnen worden beschouwd. Op grond van een uitspraak van het Gerecht van Eerste Aanleg EG kunnen organisaties die geen onderneming zijn zich niet als onderneming gedragen op de inkoopmarkt.⁶² De NMa kan op basis van de mededingingswet dus niet toezien op het inkoopbeleid van zorgkantoren.⁶³

Contracteren van zorg

Om nieuwkomers de kans te geven de markt te betreden, hebben de zorgkantoren vooralsnog een contracteerplicht. Op het eerste gezicht lijkt het daardoor moeilijk om doelmatig zorg in te kopen. Wanneer men immers niet tevreden is over een aanbieder kan men deze niet uitsluiten. De contracteerplicht lijkt echter in de praktijk niet zo dwingend, omdat ook '0-urencontracten' zijn toegestaan. Er hoeft dan alleen te worden betaald voorzover er ook echt zorg is geleverd. Als er dus een nieuwe aanbieder op de markt verschijnt die geen klanten kan vinden, hoeft het zorgkantoor die aanbieder ook niet te financieren. Het CVZ (2003) is echter sceptisch ten aanzien van het sluiten van '0-urencontracten': "...is juridisch niet haalbaar omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gedegen moeten onderhandelen en het niet denkbaar is dat hier een '0-urencontract' uit voortvloeit. Een zorgaanbieder kan wel delen van een functie inleveren, mits het om een substantieel deel gaat."⁶⁴ Het CVZ pleit dan ook voor afschaffing van de contracteerplicht. In de huidige (regionale) opzet, kan het vervallen van de contracteerplicht tot minder keuzevrijheid voor consumenten leiden. Een zorgkantoor hoeft immers niet te voldoen aan de wens van de verzekerde om een bepaalde aanbieder te contracteren (NMa, 2003). De staatssecretaris wil de contracteerplicht voor extramurale zorgverlening in ieder geval in 2005 opheffen om het zorgkantoor meer mogelijkheden te geven om te onderhandelen (VWS, 2003e)

4.4 De zorgaanbieders

Taken zorgaanbieders

In de AWBZ is veel zorgaanbod geconcentreerd rondom het verlenen van langdurige zorg. In de thuiszorg en de GGZ bestaat het aanbod ook uit tijdelijke zorg. Iets soortgelijks geldt voor de revalidatiefunctie van bijvoorbeeld verpleeghuizen. Een deel van het aanbod is dus gericht op herstel en een ander deel op verzorging. Tot in het recente verleden was de zorg sterk

⁶² Uit de uitspraak volgt eveneens dat de zorgverzekeraars (via de zorgkantoren) evenmin als ondernemingen handelen in het geval zij AWBZ-zorg inkopen (NMA, 2003).

⁶³ Mogelijke oplossingen die de NMa (2003) noemt, zijn het verplichten van zorgkantoren om zorg in te kopen via een aanbestedingsprocedure of om zorgkantoren op termijn te ontbinden.

⁶⁴ Bij onderhandelingen kan het dus voorkomen dat zorgaanbieders minder zorg krijgen toebedeeld door zorgkantoren dan aanvankelijk was ingezet. Een probleem bij het onderhandelen is echter de informatie-asymmetrie. Zorgkantoren hebben vaak onvoldoende informatie over bepaalde aspecten, zoals kwaliteit, van de zorgaanbieder.

institutioneel georganiseerd. Nu speelt extramurale zorg en semi-murale zorg, zoals dagverblijven, een grotere rol. Door fusies en afspraken tussen bijvoorbeeld verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen zijn zorgketens ontstaan waarbinnen de traditionele taakverdeling verschuift.

Modernisering AWBZ genereert meer zorgaanbod

De modernisering van de AWBZ kan op een aantal manieren meer aanbod genereren. De zorgaanbieders kunnen als gevolg van de invoering van functies meer (gerichte) zorg gaan leveren. Het PGB boort nieuwe groepen van aanbieders aan, zoals burens, kennissen etc., waarvoor geen specifieke toelatingscriteria van toepassing zijn. Zorginstellingen die functies (exclusief verblijf) willen uitvoeren dienen voor toelating wel eerst door het CVZ beoordeeld te worden. Het CVZ heeft volgens Nma (2003) haar toelatingsbeleid versoepeld, waarbij de aanwezigheid van voldoende aanbieders geen grond meer is voor afwijzing van een verzoek om toelating.⁶⁵ Intramurale instellingen dienen voor toelating ook het traject Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) te doorlopen, wat de toetreding van aanbieders voor intramurale zorg kan vertragen.⁶⁶

Prikkels

Na de modernisering van de AWBZ dienen de zorgaanbieders bij ZIN zorg te leveren die is overeengekomen met het zorgkantoor. In deze overeenkomsten staan naast prijs ook de leveringsvoorwaarden opgenomen, zoals een acceptatieplicht van de geïndiceerde klant (VWS, 2003). De zorgaanbieders zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het aanbod. Voor zorgaanbieders is het dus zaak om zorg te leveren die voldoet aan deze eisen. In principe kan dit leiden tot een efficiënt opereren van zorgaanbieders. Immers, wanneer zorgkantoren goed onderhandelen met zorgaanbieders, dienen deze doelmatig te produceren om met de geboden prijzen uit te komen. In de praktijk zal dit nu nog niet zo werken. Om te beginnen heeft het zorgkantoor weinig prikkels om scherp te onderhandelen. Verder, onderhandelingen tussen zorgkantoor en zorgaanbieder kunnen resulteren in lagere prijzen wanneer een zorgkantoor kan kiezen uit meerdere zorgaanbieders.⁶⁷ De vraag is echter of het huidige aanbod voldoende is om werkelijk te kunnen kiezen en of zorgkantoren voldoende inzicht hebben in de kwaliteit van zorgaanbieders. Een derde kanttekening is dat zorgkantoren een machtspositie hebben in een regio. Zorgaanbieders die willen opereren binnen de regio zijn verplicht te onderhandelen met dit ene zorgkantoor. Het brengt in een dergelijke risico's met

⁶⁵ Voor alle extramurale functies wordt in het toelatingsbeleid geen enkele specificatie meer opgenomen over zaken als capaciteit, locatie en doelgroep. Ook zijn er geen planningsregelingen meer voor deze functies. Inmiddels zijn er 115 verzoeken van nieuwe zorginstellingen ontvangen, waarvan ongeveer 30 zijn gehonoreerd, zij het niet allemaal voor alle aangevraagde functies (CVZ, 2003a).

⁶⁶ De NMa (2003) argumenteert dat het verder stimuleren van scheiden van woning en zorg zou bijdragen aan het creëren van meer zorgaanbod. Immers het scheiden van wonen en zorg heeft een extramuralisering van de zorg tot gevolg, waardoor het WZV-traject door nieuwe zorgaanbieders niet meer hoeft te worden doorlopen.

⁶⁷ Meer en betere informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod lijkt hierbij gewenst.

zich mee om zorgkantoren directe financiële prikkels te geven. In dit hypothetische geval bestaat immers het gevaar dat ze misbruik maken van hun machtspositie en te lage prijzen bedingen bij hun onderhandelingen met zorgaanbieders, waardoor er te weinig aanbod tot stand komt. Een vierde kanttekening dient geplaatst te worden bij de nieuwe tariefstelling van de functiegerichte omschrijvingen. Wanneer bijvoorbeeld de overheid maximum tarieven zou vaststellen kan het gevaar bestaan dat deze tarieven te laag worden gesteld. Er kunnen dan prikkels ontstaan om te bezuinigen op kwaliteit door zorgaanbieders, de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders kan afnemen of er ontstaan prikkels om investeringen uit te stellen.⁶⁸ Bij onvoldoende informatie over de juiste tarieven kunnen de maximumtarieven ook te hoog worden vastgesteld. In dat geval wordt de zorg mogelijk duurder dan nodig zou zijn. Een vijfde punt is dat voor het neerzetten nieuw intramuraal aanbod niet altijd even eenvoudig is. Zo is de grond schaars, de bouw vaak duur en ingewikkeld, en kan het lang duren voordat een voorziening er werkelijk staat (zie ook MDW, 2000).

De invoering van ‘boter bij de vis’ vergroot wel de prikkels voor zorgaanbieders om extra productie af te leveren binnen de door de overheid gestelde eisen. In tegenstelling tot de huidige ZIN zijn er bij PGB’s meer prikkels voor zorgaanbieders om in te spelen op de wensen van de consument. De budgethouder heeft meer vrijheid in de besteding van zijn budget en er kan onderhandeld worden over tarieven. Er moet dan wel sprake zijn van keuzemogelijkheden met betrekking tot het zorgaanbod voor de consument.

Mededingingswet is wel van toepassing op zorgaanbieders

De NMa (2003) stelt in zijn informatie- en consultatiedocument over de AWBZ dat er in juridische zin ruimte voor concurrentie is tussen zorgaanbieders. Door de modernisering van de AWBZ is voor potentiële aanbieders de toetreding versoepeld en de ruimte om zich te onderscheiden vergroot. Wel constateert de NMa momenteel een hoge concentratiegraad van zorgaanbieders op sommige deelmarkten van de AWBZ. Bovendien is er op het ogenblik nog schaarste aan de aanbodzijde.

Gegevens over de thuiszorg en de GGZ laten zien dat daar het aantal fusies tussen zorginstellingen de afgelopen jaren is toegenomen. In vier provincies en in Den Haag hebben brede GGZ-instellingen een monopoliepositie (CVZ, 2002a). Volgens het CVZ krijgt de cliënt door de fusies meer keuzemogelijkheden in het aanbod (dwz meer keuzemogelijkheden en meer inspraak in het behandelproces). Ook nam de efficiency van instellingen toe, maar wel neemt de vrijheid voor cliënten om te kiezen tussen aanbieders af.

Ook in de thuiszorg is sinds het midden van de jaren negentig het aantal fusies toegenomen. In een onderzoek naar de thuiszorg in de provincie Noord-Brabant vindt Breedveld (2003) een relatief hoge concentratie van thuiszorginstellingen. In 1997 was in drie van de zeven regio's in

⁶⁸ De genoemde ongewenste neveneffecten kunnen optreden bij maatstafconcurrentie (CPB, 2000). Het stellen van een maximum tarief door de overheid voor een functie kan gezien worden als een vorm van maatstafconcurrentie.

Noord Brabant sprake van een monopolistische aanbieder (ten minste 95% marktaandeel als percentage van de omzet).

4.5 De verzekeraars

Diffuse verantwoordelijkheidsstructuur

De verzekeraars in het tweede compartiment zijn eindverantwoordelijk voor de AWBZ-zorg. Door middel van een mandaatconstructie is de zorg uitbesteed aan zorgkantoren. Dit leidt, zoals reeds eerder aangegeven tot een enigszins diffuse verantwoordelijkheidsstructuur. Voor de verzekerde is het bijvoorbeeld onduidelijk welke taken en verantwoordelijkheden horen bij de verzekeraar die als zorgkantoor optreedt, en welke bij zijn eigen verzekeraar.

Weinig financiële risico's

Zoals gezegd lopen verzekeraars nauwelijks financiële risico's over AWBZ-zorg. De prikkels voor een doelmatig zorginkoopbeleid zijn daardoor klein. Wel zijn er verzekeraars die zich proberen te profileren via een zorgkantoor door hun naam aan het zorgkantoor te verbinden. Dit geeft de verzekeraar de mogelijkheid om een relatie op te bouwen met de verzekerde. In dat geval lopen verzekeraars een imago-risico. Het feit dat alle verzekeraars, die de functie van zorgkantoor uitoefenen, in 2002 niet hebben afgezien van de hernieuwde concessieverlening geeft aan dat ze het blijkbaar niet onaantrekkelijk vinden.

5 In hoeverre kunnen met de huidige AWBZ de doelstellingen worden bereikt?

Dit hoofdstuk gaat na in hoeverre de doelstellingen van het beleid haalbaar zijn met de huidige opzet van de AWBZ en de prikkels die daarbij horen. Daarbij moet worden bedacht dat er een uitruil kan zijn tussen het behalen van de afzonderlijke doelstellingen. Bijvoorbeeld, het wegwerken van wachtlijsten verbetert de toegankelijkheid maar kost ook geld waardoor de betaalbaarheid kan afnemen. Waarschijnlijk is het niet mogelijk om alle doelstellingen tegelijk optimaal te bereiken.

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de verschillende doelstellingen van de overheid zoals die zijn aangegeven in hoofdstuk 2. De hoofddoelstelling betaalbaarheid passeert de revue via de subdoelen doelmatigheid (5.1), beheerste ontwikkeling van macrokosten (5.2) en afstemming met aanpalende terreinen (5.3). Toegankelijkheid komt aan de orde via tijdige beschikbaarheid van zorg in 5.4.⁶⁹ De hoofddoelstelling kwaliteit komt aan de orde in 5.5.

Op voorhand is duidelijk dat de doelstellingen moeilijk alle tegelijk te halen zijn. Uit dit hoofdstuk zal blijken dat de meeste doelstellingen niet geheel gehaald worden met de nieuwe AWBZ, sommige meer dan andere. De modernisering van de AWBZ verbetert de vraaggerichtheid voor de extramurale zorg en (in beperkte mate) de doelmatigheid, maar maakt een beheerste ontwikkeling van macrokosten moeilijker. De transparantie is nog onvoldoende om de medisch-inhoudelijke kwaliteit te bevorderen. De toegankelijkheid is verbeterd door extra geld beschikbaar te stellen om wachtlijsten weg te werken, maar dit leidt tot hogere macrokosten. Maatregelen gericht op beheersing van de kosten kunnen de toegankelijkheid van de zorg voor lagere inkomens verminderen.

5.1 Doelmatigheid

Een belangrijke reden om gereguleerde concurrentie in te voeren in de curatieve sector is dat daar waarschijnlijk veel doelmatigheidswinst te behalen is. In hoeverre geldt dit ook voor de aanbieders in de AWBZ? En in hoeverre zouden met sterkere of andere prikkels belangrijke doelmatigheidswinsten te behalen zijn? In het onderstaande gaan we in op de technische en allocatieve doelmatigheid in de oude en de huidige AWBZ, en de doelmatigheid bij de indicatiestelling, en stippen we kort de dynamische doelmatigheid aan. De doelmatigheid in de oude AWBZ is nog van belang omdat het budgetstelsel voor sommige types instellingen nog steeds bestaat en omdat het beschikbare onderzoek naar doelmatigheid onder het oude systeem is uitgevoerd.

⁶⁹ De geografische toegankelijkheid blijft buiten beschouwing.

Doelmatigheid in de oude AWBZ

In de oude AWBZ waren er voor zorgaanbieders weinig prikkels om te concurreren om klanten. PGB's speelden nog een beperkte rol, dus het belang van individuele zorgvragers als inkopers was nog beperkt. Ook om de gunsten van het zorgkantoor hoefden de aanbieders niet erg te concurreren in een situatie van schaarste. Omdat prijzen veelal door de overheid werden gesteld was er tussen aanbieders ook nauwelijks sprake van prijsconcurrentie. Wel zorgde de budgettering er voor dat zorgaanbieders een kostenstrategie volgden: een strategie gericht op verlagen van de kosten waarbij doelmatigheid een rol speelt. Zo werd bijvoorbeeld in verpleeghuizen hard onderhandeld over de prijzen van het incontinentiemateriaal, omdat het materiaal uit het budget van het verpleeghuis gefinancierd moest worden. Budgettering speelt nog een rol in de AWBZ, dus de situatie met budgettering is nog steeds relevant. Uit het kader 'Doelmatigheid onder het stelsel van budgettering' blijkt dat het SCP inschat dat er op de werkvloer weinig extra efficiëntie meer te behalen is. De redenen zijn dat ondoelmatigheid de laatste decennia allemaal verwijderd is, een belangrijk deel van het werk handwerk is en het personeel niet veel harder kan werken dan ze nu doen. Pogingen om het ziekteverzuim te verlagen kunnen wel zin hebben. De conclusie van het SCP zegt echter vooral iets over de directe dienstverlening aan patiënten. Of de instelling als geheel doelmatiger kan werken, blijkt er niet uit. We kunnen dan ook concluderen dat we eigenlijk niet weten of er op het niveau van een individuele instelling in de oude AWBZ nog veel doelmatigheidswinst behaald kan worden.

Het beschikbare onderzoek wijst er niet op dat de overhead verlaagd kan worden. Uit een onderzoek naar Berenschot binnen de publieke sector komt naar voren dat bij instellingen in de gehandicaptenzorg eerder te weinig overhead is (waardoor deze niet op hoog niveau kan functioneren) dan te veel.⁷⁰ Dit onderzoek zegt echter binnen de care alleen iets over de gehandicaptenzorg. Volgens onderzoekers van Prismant is het aandeel verpleegkundig managers in de care de afgelopen 10 jaar ongeveer gelijk gebleven. Uit cijfers van de OSA valt af te leiden dat het percentage niet-patiënt gebonden personeel de laatste jaren gelijk is gebleven.⁷¹ Er is dus geen sprake van dat de overhead sterk is toegenomen. Volgens de onderzoekers is er in nogal wat zorgorganisaties een verplating geweest waarbij een managementlaag is weggehaald of zelfsturende teams zijn ingevoerd.

Een strategie gericht op het verlagen van de kosten kan leiden tot een vermindering van de ervaren kwaliteit. Pogingen om de kosten voor de directe zorg te verlagen leiden al snel tot een gebrek aan persoonlijke aandacht, wat als verlies van kwaliteit wordt gezien.⁷² Waarschijnlijk is de sterke groei van de afgelopen jaren deels gericht geweest op het terugdraaien van dit type 'doorgesloten doelmatigheid'. Een verder streven in deze richting zal daarom weinig succesvol zijn. Dat neemt natuurlijk niet weg dat men kan proberen om de organisatie binnen een instelling als geheel of binnen het stelsel van verlening van AWBZ-diensten te verbeteren.

⁷⁰ Huijben en Geurtsen, 2003

⁷¹ Kanters, Van der Windt en Ott (2003).

⁷² Naast minder persoonlijke aandacht kan te ver doorgevoerde doelmatigheid ook leiden tot een vermindering van de arbeidsvreugde van het personeel (IGZ, 1997).

Doelmatigheid in de huidige AWBZ

De huidige AWBZ kent door de grotere rol van het PGB en door de ontschotting meer prikkels om te concurreren om klanten (en op prijs). Voor behandeling en verblijf is het nog niet mogelijk een PGB te kiezen, dus daar zijn de prikkels uitsluitend afhankelijk van de inkoop door zorgkantoren, die geen financiële prikkels kennen om zorg doelmatig in te kopen. Wel kunnen van het afgesloten convenant en van de voorgenomen benchmark prikkels uitgaan om op doelmatigheid te letten. Toetreding van meer aanbieders is een belangrijke voorwaarde om de schaarste van het zorgaanbod te verminderen. Deze toetreding kan door PGB's worden gestimuleerd. Het is dus goed denkbaar dat in de nieuwe AWBZ aanbieders meer doelmatigheidsprikkels ondervinden, maar de vraag is wel hoeveel doelmatigheidswinst er te behalen is. Het toelaten van meer winstprikkels kan ook een optie zijn; dit wordt besproken in sectie 5.4. Een andere afstemming van de AWBZ met aanpalende terreinen kan ook van belang zijn voor de doelmatigheid. Hier gaat 5.3 nader op in.

De interviews die in het kader van dit vooronderzoek zijn gehouden leveren natuurlijk veel minder precieze informatie op dan de onderzoeken van het SCP (zie kader), maar wel vanuit een bredere vraagstelling. Enkele respondenten gaven aan dat de doelmatigheid in de thuiszorg de afgelopen 10 jaar duidelijk is toegenomen. Zij schreven dat toe aan de grotere marktwerking in de thuiszorg.⁷³ Veel respondenten denken dat er nog wel wat doelmatigheidsverbetering in instellingen mogelijk is, maar veelal gaat men er vanuit dat het niet om dramatische winsten gaat.

Doelmatigheid bij de indicatiestelling

De RIO's hebben geen financiële prikkels om de indicatie te richten op een doelmatige verlening van de zorg. Dit is een logische keuze vanuit de gedachte van objectieve indicatie gebaseerd op de zorgbehoefte. Financiële prikkels zouden de objectiviteit kunnen verstoren. Wel kunnen RIO's prikkels ondervinden uit protocollen en de controle op de naleving daarvan. Volgens hun protocol dienen ze ook te bekijken of er andere mogelijkheden zijn om het probleem van de vrager op te lossen dan AWBZ-zorg (bijvoorbeeld ondersteuning uit het sociale netwerk of een aangepaste woning). Op grond van het gehanteerde protocol kunnen RIO's dus bijdragen aan een doelmatige invulling van de zorgbehoefte, maar in de praktijk zou doelmatigheid onderbelicht kunnen blijven gezien het belang van tijdige indicaties en tevreden klanten.⁷⁴ Daarnaast geldt dat het nieuwe protocol waarschijnlijk nog niet helemaal ingeburgerd is. De gemeenten hebben geen financiële prikkel om te investeren in een gedegen indicatieproces. Besparingen op de AWBZ-zorg komen de gemeente immers niet ten goede. De prikkels die RIO's nu ondervinden, zijn geschikt om objectiviteit en klantgerichtheid te bevorderen, maar niet zo geschikt om doelmatigheid te bevorderen.

⁷³ Zie ook Breedveld (2003).

⁷⁴ Zo wordt bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar klanttevredenheid waar het om service-aspecten gaat. De eerste indruk van een geïnterviewde van het effect van de modernisering op de indicatiestelling is wel dat deze doelmatiger is geworden door het nieuwe protocol.

Doelmatigheid onder het stelsel van budgettering

Het SCP heeft voor Nederland uitgebreid onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van zorginstellingen in de AWBZ. Daarbij gaat het om het vergelijken van individuele instellingen, binnen het stelsel van budgettering. Uit dit onderzoek valt dus niet af te leiden of een wijziging in het stelsel voor grotere doelmatigheid kan zorgen. Dit onderzoek wijst er op dat de verschillen tussen de instellingen in doelmatigheid klein zijn. Daar kan echter niet uit worden geconcludeerd dat de doelmatigheid optimaal is. Zoals uit het onderstaande blijkt, ziet het SCP echter weinig mogelijkheden voor doelmatigheidsverbetering in de directe dienstverlening: de mensen op de werkvloer kunnen niet harder werken.

Onderzoek van het SCP geeft voor verpleeghuizen aan dat er een redelijk hoge kosteninefficiëntie is, maar concludeert toch dat slechts kleine verbeteringen in de doelmatigheid haalbaar zijn. Wij citeren Eggink en Blank (2000), p. 164-165: "Averaged over the whole sample cost inefficiency varies between 22% and 26%, depending on the measurement of resource prices. About 6% inefficiency is related to the size of production, 7-10% to a suboptimal mix of resources and 11 to 13% to technical issues. Only a very small part of the inefficiency can be reduced to managerial or process variables. The main conclusion is that only small efficiency gains can be achieved. The largest part of inefficiency is still unexplained and most of the explanatory variables are out of control of the government or management."

Overigens heeft dit onderzoek al weer enkele jaren geleden plaatsgevonden, waardoor het misschien niet de 'laatste stand' van de doelmatigheid weergeeft. Een recenter onderzoek (SCP, 2001) naar de doelmatigheid van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten kent de volgende conclusie (p. 85): "De belangrijkste conclusie is dat de efficiëntie van instellingen voor gehandicaptenzorg hoog is; de mogelijkheden om via beleidsingrepen of verbetering van het bedrijfsproces middelen vrij te maken voor het oplossen van knelpunten zijn vooralsnog beperkt." De onderzoekers geven aan dat de productiviteit tussen 1984 en 1998 is afgenomen. Dat heeft niet te maken met een toenemende zorgzwaarte of met afnemende doelmatigheid, maar met hogere kwaliteitseisen voor de zorg zelf en de manier waarop deze wordt geproduceerd (bijvoorbeeld meer activiteiten overdag voor patiënten, betere arbeidsomstandigheden).

Timmermans et al. (2002) merkt over de doelmatigheid in de care op: "In de caresector lijkt een grotere doelmatigheid nauwelijks haalbaar. Dat komt doordat het aantal uren hulp dat mensen ontvangen, sterk is gerantsoeneerd. Daardoor zijn hulpverleners in de loop der jaren steeds sterker gaan letten op wat ze aan mensen zelf kunnen overlaten. De rek lijkt er daardoor uit en beroepskrachten signaleren dat naar hun mening de kwaliteit van de zorg zo langzamerhand in het geding is, omdat men wel de instrumentele hulp kan leveren, maar niet meer de daarnaast noodzakelijke begeleiding. Dat sluit niet uit dat de zorg in deze sector beter kan worden georganiseerd. De potentiële winst aan efficiëntie is, zoals uit eerder geciteerd onderzoek bleek, niet groot." (p. 290-291).

Dynamische doelmatigheid

Door de ontschotting en de PGB's krijgen zorgaanbieders wat meer marktachtige prikkels en ook meer vrijheid om aan te bieden wat ze willen. Deze ontwikkelingen kunnen de innovatie en diffusie van nieuwe ontwikkelingen bevorderen.

Overigens worden vanaf 1 januari 2004 geen zorgvernieuwingsgelden meer beschikbaar gesteld voor verpleeghuizen en geen middelen voor bestedingsafspraken voor de thuiszorg.⁷⁵ De reden is dat VWS deze middelen niet in overeenstemming vindt met het streven naar

⁷⁵ Tot de zogeheten 'bestedingsafspraken' behoren naast zorgvernieuwingsgelden ook werkdrummiddelen en overige middelen.

outputfinanciering en dat er scherper geprioriteerd moet worden vanwege stijgende collectieve uitgaven en stagnatie van de economie. VWS gaat er van uit dat deze bezuiniging deels gecompenseerd zal worden door extra productie.⁷⁶ Per saldo komt er dus minder geld beschikbaar voor zorgvernieuwing.

Conclusie

In de huidige AWBZ zijn de prikkels voor doelmatigheid nog beperkt, hoewel groter dan in de oude AWBZ. Verder bekibbelen op de directe zorg heeft nauwelijks zin; grotere doelmatigheid zal gevonden moeten worden in een andere organisatie van de zorg, en misschien van de indicatiestelling.

5.2 Beheerste ontwikkeling van de macrokosten

De huidige AWBZ kent een aantal factoren die een opwaartse druk uitoefenen op de macrokosten. We bespreken er drie:

1. Vraagsturing en het recht op zorg
2. Financiering van informele zorg via PGB's
3. Toename van het aanbod door het ontschotten van zorg

Als vierde factor komt een risico voor de macrokosten aan de orde, waarbij het bij voorbaat niet duidelijk is of dit tot een toename of afname van de kosten zal leiden:

4. de voorgenomen functiegerichte financiering van de AWBZ.

Vraagsturing en boter bij de vis

Voor de doelstellingen toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat mensen die recht hebben op AWBZ-zorg hebben, die ook krijgen. Latente vraag en het wegwerken van wachtlijsten oefenen een sterke opwaartse druk uit op de macrokosten. Deze twee factoren zijn belangrijke redenen voor de sterke groei van de AWBZ in de afgelopen jaren, en kunnen in de nabije toekomst ook nog een rol spelen.⁷⁷ In de GGZ geldt de 'boter bij de vis' benadering pas vanaf 2003. Het is te verwachten dat daar het effect van wachtlijsten en latente vraag nog moet gaan optreden, mede door de wijze van financiering.⁷⁸ Vooral het effect van de latente vraag is met grote onzekerheid omgeven. Zoals eerder aangegeven gaan VWS en Financiën er van uit dat de zorguitgaven door het erkennen van het recht op zorg bij ongewijzigd beleid 2,5 tot 3,5 miljard extra zouden zijn toegenomen tot het eind van de kabinetsperiode. Het kabinet probeert de kosten beheersbaar te houden door verhogen van de eigen bijdragen en wat betreft de

⁷⁶ Er wordt van een netto-bezuiniging van 170 miljoen uitgegaan.

⁷⁷ De vraag kan ook toenemen omdat bij vraagsturing beter wordt ingespeeld op de behoefte van de vraag. Bijvoorbeeld een toename in de differentiatie van het aanbod kan weer tot meer vraag leiden.

⁷⁸ Door de manier waarop de budgetten worden vastgesteld, komt dit pas in 2004 in de financiering tot uitdrukking.

psychotherapie vermindering van de aanspraken. Dit kan een aantal effecten hebben: de totale vraag naar AWBZ-zorg zal waarschijnlijk afnemen; huishoudens met een hoger inkomen zullen (nog) eerder geneigd zijn om particulier zorg in te kopen in plaats van een beroep te doen op de AWBZ, en de financiering zal deels verschuiven van de AWBZ naar de gebruikers van de zorg. Het collectief gefinancierde deel van de kosten kan hiermee beperkt worden. De toegankelijkheid zal minder worden voor een deel van de vragers en meer voor andere vragers (zie 3.6).⁷⁹ Ook de toegankelijkheid van de GGZ kan minder worden door het beperken van de vergoeding voor psychotherapie tot 30 consulten.

Als de trend van hogere eigen bijdragen zich voortzet, raakt de extramurale AWBZ het karakter van volksverzekering deels kwijt. De wat hogere inkomens zijn dan in feite op particuliere financiering aangewezen voor eenvoudiger AWBZ functies als huishoudelijke hulp behalve als veel uren in de week nodig zijn.

PGB's als financieringsbron

In de huidige AWBZ is het voor zorgvragers met een PGB mogelijk om, naast zorgverleners uit instellingen, ook partners, (inwonende) familieleden, bureaus, kennissen, freelancers etc. in te schakelen. Deze mogelijkheid kan mensen met een voorkeur voor deze minder formele vormen van zorg er toe aanzetten om een PGB aan te vragen. Dus waar ze eerst onbetaalde hulp ontvingen of de hulp zelf (zwart) betaalden komt deze hulp nu voor rekening van de AWBZ.

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat een voorkeur voor mantelzorgers inderdaad een rol kan spelen: 36% van de hulpbehoevenden die door hen wordt geholpen, wil geen thuiszorg, omdat ze geen vreemden in huis willen.⁸⁰ Een deel van de groep mantelzorgers biedt vrij intensief hulp: ongeveer 750 000 mensen geven langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week hulp. Het RIO dient bij de indicatiestelling rekening te houden met mogelijke informele zorg die de aanvrager kan ontvangen⁸¹. Hierbij wordt in ieder geval gekeken naar de gebruikelijke zorg en hulp die huisgenoten elkaar geven. Daarnaast besteedt men aandacht aan de mogelijkheid van mantelzorg, waarbij ook de belasting van de mantelzorger een rol speelt. De aanwezigheid van mantelzorg zal dus leiden tot minder 'officiële' AWBZ-zorg. Maar op grond van de belasting van de mantelzorgers valt te verwachten dat een deel van de huidige hulpbehoevenden in de mantelzorg in aanmerking komt voor een (aanvullende) indicatie in het kader van de AWBZ als men die aanvraagt. Bovendien zal bij nieuwe zorgbehoeften betaalde mantelzorg een steeds grotere rol gaan spelen.⁸² Als de huidige 750 000 intensieve mantelzorgers betaald zouden moeten worden voor hun hulp op basis van het minimumloon, zou daar een bedrag van ruim 7,5

⁷⁹ Er zijn vragers die te maken krijgen met een verdubbeling of verdrievoudiging van de eigen bijdrage. In het ongunstigste geval is de toename zelfs nog groter, hoewel het absolute bedrag waar het om gaat, niet zo groot is. Anderen gaan er op vooruit door een verlaging van het inkomensafhankelijke maximum.

⁸⁰ Timmermans (2003), p. 217.

⁸¹ Protocol indicatiestelling AWBZ-zorg (23 januari 2003).

⁸² Van den Berg en Schut (2003).

miljard euro mee gemoeid zijn.⁸³ Dit is wel een absoluut maximum. Het is niet aannemelijk dat alle betreffende hulpbehoevenden een aanvraag voor een PGB zullen indienen noch dat alle aanvragen zullen worden toegekend voor het totaal aantal uren,⁸⁴ maar het is wel duidelijk dat de kosten van de AWBZ aanzienlijk kunnen toenemen als PGB's meer gebruikt worden om mantelzorg te betalen. Een deel van het bedrag van 7,5 miljard zal waarschijnlijk samenhangen met de bovengenoemde latente vraag, namelijk daar waar mensen gebruik maakten van mantelzorg omdat reguliere AWBZ-zorg niet in voldoende mate beschikbaar was. Volgens Timmermans (2003) zag een derde van degenen met mantelzorg die geen (extra) thuiszorg aanvroegen, hoewel ze daar wel behoefte aan hadden, daarvan af vanwege het bestaan van wachtlijsten.

Een andere categorie die mogelijk een groter beroep doen op de AWBZ zijn de hogere inkomens. Velen hiervan kochten voor 1 april 2003 hun zorg zelf in bij private zorgaanbieders, dus buiten de AWBZ om. De nieuwe regeling geeft hoge inkomens meer mogelijkheden om het PGB als beginkapitaal aan te wenden (MDW-werkgroep AWBZ, 2000).

Toenemend aanbod van zorg

Door de nadruk op functies, de ontschotting van de AWBZ en de grotere rol van het PGB kan het aanbod van zorg toenemen. Ook de versoepeling van het toelatingsbeleid voor zorginstellingen draagt daar toe bij (zie ook 4.4). Dit zal er toe leiden dat de vraag naar AWBZ-zorg beter wordt gehonoreerd en de kosten dus toenemen.

Het effect van de financiering

Zoals aangegeven is het de bedoeling om voor de AWBZ op korte termijn over te schakelen op een financiering op basis van functies. Volgens sommigen is dit een risico voor stijgende kosten, hoewel er ook opvattingen zijn dat dit juist gunstig is en kan leiden tot lagere kosten. Het CTG (2002) verwacht dat de introductie van de functiegerichte systematiek alleen al in de thuiszorg kan leiden tot een kostenstijging van ruim 10% ofwel 300 miljoen euro zonder dat er meer zorg wordt verleend. De oorzaak van de stijgende prijs zou zijn dat de nieuwe functiegerichte formulering veel grover is dan de oude meer gedifferentieerde formulering, wat leidt tot majoreren. Bijvoorbeeld, voor de functie huishoudelijke verzorging kost in 2003 de goedkoopste activiteit 11,60 euro en de duurste 25,40. De vrees van het CTG is dat het tarief voor de functie 25,40 zal worden om alle activiteiten binnen de functie kostendekkend te laten zijn. CTG (2002) merkt hier over op: "De bepaling van het tarief (de beleidsregelwaarde) moet binnen een en dezelfde functie alle mogelijke voorkomende situaties kunnen omvatten en is

⁸³ Deze 750 000 mensen besteden volgens Timmermans (2003) gemiddeld 1300 uur per jaar aan mantelzorg. Op basis van het minimumloon hoort daar een bedrag bij van ruim 10 000 euro per mantelzorger per jaar. Van den Berg en Schut (2003) komen op een bedrag van 4,2 miljard euro als alle mantelzorg via een PGB van een prijskaartje zou worden voorzien.

⁸⁴ Daarnaast is mogelijk in beperkte mate ook 'normale' zorg van huisgenoten voor elkaar in de meting van mantelzorg geslopen, hoewel dit niet de bedoeling was. Van den Berg en Spauwen (2003) concluderen op grond van empirisch onderzoek dat het niet waarschijnlijk is dat respondenten geen onderscheid kunnen maken tussen normaal huishoudelijk werk en informele zorg bij het invullen van een vragenlijst over een voorafgaande periode.

daarom gebaseerd op de maximale waarde van de duurste activiteit binnen de functie.” Evenals het CTG pleit ook het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002) voor meer differentiatie in de huidige functiegerichte formulering.

Een alternatieve opvatting is dat op basis van functies onderhandelingen beter zullen verlopen en kosten beter in de hand kunnen worden gehouden dan op basis van gedetailleerde productprijzen. De gedachte hierachter is dat het opstellen en aanpassen van productprijzen lange en gedetailleerde discussies zal opleveren over wat wel en niet in het product thuishoort. Deze discussies kunnen de kosten opdrijven, omdat moeilijk aan te tonen is dat een bepaald onderdeel niet noodzakelijk is. Een globaal afgesproken tarief fungeert in zekere zin als een budget: daar moet de aanbieder het mee doen!

VWS geeft zelf aan dat het beeld van een tarief per functie waarover alleen op dat niveau onderhandeld wordt een versimpeling is van de werkelijkheid zoals men die voor zich ziet (zie 3.4). Zoals beschreven gaan de gedachten uit naar een combinatie van een tarief per functie en onderhandelingen tussen inkoper en aanbieder over specifieke producten waarmee de functie wordt ingevuld. Met het oog op de budgettaire neutraliteit worden in de eerste invoeringsfase de prijzen per product gemaximaliseerd en in de volgende fase gelden maxima voor de opslagen op het basistarief per functie. Als men op deze lijn voortgaat, is het verloop van het onderhandelingsproces minder belangrijk voor kostenbeheersing, omdat de maxima al landelijk zijn vastgelegd. Het risico van uit de hand lopende kosten door hoge tarieven is hiermee afgedekt. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat net als in de huidige situatie in de curatieve sector, de maximumtarieven gaan fungeren als *de* tarieven, met andere woorden dat er geen of nauwelijks afspraken onder het maximum tot stand komen.

Conclusie

De modernisering van de AWBZ is er op gericht om de toegankelijkheid en kwaliteit van de AWBZ-zorg te vergroten onder de randvoorwaarde van een beheerste kostenontwikkeling. In werkelijkheid dragen een aantal maatregelen in het kader van de modernisering en vraagsturing bij aan een toename van de kosten. In het verleden werd er door tekorten in het aanbod als het ware een impliciete keuze gemaakt wat wel en niet belangrijk genoeg was om geld aan te besteden. Nu het recht op zorg duidelijk erkend is, is dat niet meer haalbaar. Als er nu andere doelstellingen zijn die botsen met de ontwikkeling van de macrokosten, zal dat moeten leiden tot een expliciete discussie over het belang van de verschillende doelstellingen van het beleid. In de huidige visie van VWS komt het recht op zorg voor delen van de AWBZ ter discussie te staan.⁸⁵ Het gevaar bestaat dat maatregelen die bedoeld zijn om de collectief gefinancierde kosten van de AWBZ in de hand te houden de toegankelijkheid verminderen of de beoogde concurrentie tussen aanbieders frustreren.

⁸⁵ VWS wil namelijk delen van de huidige AWBZ overbrengen naar de nieuwe 'Wet maatschappelijke zorg' die niet het karakter krijgt van individueel verzekerde aanspraken. (VWS, 2003d).

5.3 Afstemming met aanpalende terreinen

Afstemming met tweede compartiment

Op het ogenblik zijn het eerste en tweede compartiment nog niet helemaal goed op elkaar afgestemd. Door overheveling van curatief gerichte onderdelen van de AWBZ naar de nieuwe basisverzekering kan de aansluiting met de curatieve sector verbeteren. Bijvoorbeeld als (delen van) de thuiszorg worden overgeheveld, kan bij een verkorting van de ligduur in het ziekenhuis zich geen ‘schottenproblematiek’ meer voordoen. Met schottenproblematiek wordt in dit geval bedoeld dat er niet gemakkelijk met geld geschoven kan worden, omdat dat onder verschillende regelingen valt. Verder zullen de financiële prikkels toenemen voor doelmatige uitvoering van deze zorg toenemen, omdat verzekeraars een financieel risico gaan lopen (zie ook CPB, 2003). Op dit ogenblik zijn er alleen nog concrete plannen voor een overheveling van de extramurale GGZ en de intramurale GGZ van korter dan een jaar. Bij de thuiszorg vindt dus nog geen overheveling plaats.

Natuurlijk moet er bij een verschuiving altijd wel worden opgelet dat er niet elders aansluitingsproblemen ontstaan. In de GGZ zal mogelijk langdurig benodigde (niet-curatieve) zorg de basisverzekering binnenkomen, aangezien de aanbieders steeds meer mogelijkheden zien om deze zorg extramuraal of transmuraal te leveren. In dat geval kan het voordeel van een betere aansluiting met de curatieve sector geringer zijn,⁸⁶ en wordt het waarschijnlijk moeilijker voor verzekeraars om de kosten in de basisverzekering te beheersen. Dit zou het proces van extramuralisering kunnen verstoren, als zorgverzekeraars er belang bij hebben dat langdurige zorg intramuraal wordt verstrekt.^{87 88}

Verder is er voorzichtigheid geboden bij welke vormen van zorg men wel en welke men niet van de AWBZ kan overhevelen naar het tweede compartiment. Minder geschikt lijken bijvoorbeeld vormen van zorg waarbij sterke externe effecten optreden, of die veelal gebruikt worden door mensen die niet in staat zijn een juiste afweging te maken van prijs en kwaliteit. Daarnaast zijn vormen van zorg minder geschikt waarbij mensen onverschillig staan tegenover de kwaliteit van de zorg, omdat ze denken deze niet nodig te hebben, of waarbij er sprake is van aanzienlijke transactiekosten (iBMG, 2002). In hoofdstuk 7 wordt teruggekomen op criteria voor overheveling naar het tweede compartiment.

Op grond van bovenstaande criteria zijn er kanttekeningen te maken bij de voorgenomen overheveling van de verslavingszorg (als onderdeel van de GGZ) naar het tweede

⁸⁶ In LCGV (2002) wordt er juist voor gepleit om de GGZ te decategoraliseren en zoveel mogelijk delen onder te brengen in de eerste lijn en de tweede lijn. Als voorwaarde geldt hierbij dat alle echelons zeer goed samenwerken. Het is de vraag hoeveel moeite het kost om dit te bereiken, zeker als verschillende echelons op grond van verschillende regelingen worden gefinancierd. Wellicht zijn de voordelen van decategoralisering groter dan de nadelen. Dit vergt echter een brede afweging. Duidelijk is dat dit een ingewikkelder vraagstuk is dan alleen het overhevelen van curatief gerichte zorg.

⁸⁷ De zorgverzekeraars hebben dan alleen met de kosten van het eerste jaar te maken.

⁸⁸ Het blijft lastig om te bepalen of en waar schotten neergezet dienen te worden. iBMG (2002) ziet het financiële schot tussen het eerste en tweede compartiment als een ernstige belemmering en adviseert om voorlopig thuiszorg en verpleeghuiszorg over te hevelen van de AWBZ naar het tweede compartiment, terwijl CVZ op termijn alle delen van de AWBZ wil onderbrengen in het tweede compartiment.

compartiment. Het gaat om een vorm van zorg waarbij externe effecten een rol spelen, in de vorm van overlast voor anderen, en om een vorm van zorg die zich mede richt op zorgmijders. Het is daarom de vraag of zorgverzekeraars voldoende prikkels zullen hebben om een maatschappelijke gewenst niveau van zorg voor de verslaafden te arrangeren. VWS geeft hier over aan: “Een goed samenhangend netwerk rond deze groep, waar de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg nadrukkelijk deel van uitmaakt, alsmede lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen als de GGD en de maatschappelijke opvang, is niet alleen cruciaal voor de patiënten zelf maar ook voor het voorkomen en bestrijden van overlast die mensen als gevolg van hun stoornissen kunnen veroorzaken.”⁸⁹ Het is de vraag of het optimaal is om de curatieve sector bij deze afstemming te betrekken. Een mogelijk voordeel is dat de somatische zorg voor verslaafden verbetert, een mogelijk nadeel dat zorgverzekeraars weinig prikkels hebben om deze afstemming te regelen.

Aansluiting AWBZ en wonen, welzijn en WVG

Voor extramurale AWBZ-zorg is ook de aansluiting met wonen en dienstverlening van groot belang. Het is belangrijk dat deze aansluiting goed geregeld is, opdat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Zoals aangegeven hebben zich bij de extramuralisering wel wat knelpunten voorgedaan, die deels ook al weer zijn opgelost. Uit de beschrijving van de prikkels voor verschillende partijen in de AWBZ is gebleken dat geen van de partijen een duidelijke verantwoordelijkheid heeft voor het afstemmen van AWBZ-zorg, wonen en dienstverlening.⁹⁰ De gemeente is wel betrokken bij wonen en dienstverlening en via het RIO ook bij de AWBZ, maar heeft ook niet de verantwoordelijkheid voor de afstemming. Het lijkt waarschijnlijk dat de afstemming verbeterd kan worden door hier een partij duidelijk verantwoordelijk voor te maken en de benodigde instrumenten te geven.⁹¹

Een belangrijke vraag bij de aansluiting tussen AWBZ en wonen zijn of nog veel doelmatigheid gewonnen kan worden door zorg nog (veel) meer dan nu extramuraal te laten plaatsvinden. Volgens een schatting van Singelenberg (2002) zou de intramurale woongelegenheden tot 85% tot 15% van het huidige niveau kunnen worden teruggebracht. Bij 15% van het huidige niveau wordt een zeer strenge afbakening gemaakt van groepen die intramurale zorg nodig hebben. Het gaat dan om mensen die een gevaar vormen voor zichzelf of de omgeving, mensen met permanente bedlegerigheid die intensieve niet-planbare 24-uurs zorg nodig hebben, en verblijf voor een beperkte revalidatieperiode of terminale periode. Een ruimere definitie omvat cliënten die te maken hebben met regieverlies, dat wil zeggen dat ze ook met ondersteuning niet meer in staat zijn om een zelfstandig huishouden te voeren. Volgens een geïnterviewde zouden in het uiterste geval alleen nog mensen die voortdurend toezicht nodig hebben intramuraal opgevangen moeten worden en alle overigen extramuraal, door de

⁸⁹ VWS (2003h).

⁹⁰ Het RIO moet bij de indicatiestelling rekening houden met de mogelijkheden die verschillende voorzieningen bieden, maar is er niet verantwoordelijk voor dat die voorzieningen er zijn.

⁹¹ Zie hiervoor ook RVZ (2003).

extramurale zorg creatief te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld met dagopvang, een woonzorgcomplex of via kleine groepjes met een toezichthouder etc. De geïnterviewde gaf aan dat dit waarschijnlijk de doelmatigheid zal bevorderen. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat instellingen brede pakketten van diensten aanbieden, waardoor mensen in een instelling ook diensten krijgen die ze niet direct nodig hebben. Er is onderzoek gaande naar de doelmatigheidswinst die door extramuralisering te behalen is. Singelenberg (2002) geeft aan dat goede voorbeelden laten zien dat de zorgorganisatie nog een stuk efficiënter kan, maar dat niet duidelijk is of dit ook haalbaar zal zijn voor gespreide levering van 24-uurs zorg.⁹²

Mocht er nog aanzienlijke doelmatigheidswinst te behalen zijn, dan is een belangrijke vraag welke partij het meest geschikt is om de extramuralisering te bevorderen en in goede banen te leiden. Is dit een taak voor zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten, provincies, woningcorporaties, welzijnsorganisaties, ouderenorganisaties en patiëntenverenigingen etc? Gezien de rol van de gemeente bij wonen en welzijn kan een schuif in de verantwoordelijkheid plaats vinden in de richting van de gemeente, zoals nu ook bij de WVG het geval is. De gemeente zou dan op lokaal niveau de afstemming van de AWBZ met wonen en dienstverlening op zich kunnen nemen. Zoals uit de volgende hoofdstukken zal blijken, heeft de gemeente in veel landen een verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg, en wordt bij VWS ook gedacht over een nieuwe rol voor gemeenten.

Conclusie

De afstemming van verschillende terreinen behoeft aandacht, omdat daar wellicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt. De geplande overheveling in de GGZ brengt naast kansen ook risico's met zich mee. Een overheveling van thuiszorg die met curatieve zorg samenhangt, kan voordelen opleveren. Wellicht kan de doelmatigheid in de AWBZ worden bevorderd door verdere extramuralisering van zorg. Dit vergt wel een goede afstemming. Het is denkbaar dat gemeenten een sterkere coördinerende rol gaan spelen bij het lokaal afstemmen van AWBZ-zorg, wonen en dienstverlening.

5.4 Tijdige beschikbaarheid van zorg

Zoals in 5.1 is aangegeven kent de huidige AWBZ enkele kenmerken die de tijdige beschikbaarheid van zorg kunnen vergroten: door de mogelijkheid van een PGB en door ontschotting kan nieuw aanbod worden uitgelokt, waardoor de productie toeneemt en wachttijden kunnen afnemen. Het is echter de vraag in welke mate dit zal gebeuren in de intramurale zorg.

⁹² Hiervoor zou verdere voortgang gemaakt moeten worden in de toepassing van ICT en in domotica. De basisgedachte achter domotica is om de zelfstandigheid en vrijheid van mensen te vergroten. Door alle factoren in een huis met elkaar samen te laten werken en eventueel aan te sturen vanuit één punt, kan iemand met een lichamelijke beperking veel controle uitoefenen op de leefomgeving (www.leefwijzer.nl).

Bijvoorbeeld, in de sector verpleging en verzorging wachtten in november 2002 57 000 mensen langer dan de Treenorm.⁹³ Ongeveer 34 000 van deze mensen wachtten op zorg in een instelling (verpleeghuis of verzorgingshuis). Het PGB kan hier niet echt een rol spelen bij de oplossing van de problemen, omdat PGB's niet gelden voor behandeling en verblijf. De vraag is dan of zorgkantoren en aanbieders de mogelijkheden en de prikkels hebben om het aanbod uit te breiden. De zorgverzekeraar is volgens VWS als eerste verantwoordelijk voor het contracteren van voldoende (goede) zorg. Volgens ZN spannen verzekeraars zich in de praktijk ook in om tot een voldoende aanbod te komen. Dit is een taak waar veel andere partijen bij betrokken zijn (zoals aanbieders, patiëntenorganisaties, gemeenten, provincies, woningbouwverenigingen), waardoor verzekeraars vooral een stimulerende of coördinerende rol spelen. Men kan zich afvragen in hoeverre zij het tot stand komen van nieuw aanbod kunnen realiseren. Voor zorgaanbieders is weer de vraag in hoeverre zij zich geprikkeld voelen om het aanbod uit te breiden in geval van wachtlijsten.⁹⁴ Een zorgaanbieder kan het ook als zijn eerste taak zien om diegenen die al zorg ontvangen goed te bedienen. Het is niet eenvoudig om intramurale capaciteit uit te breiden gezien de ingewikkelde procedures en de moeite die het kost om bouwgrond te vinden. Een van de methoden die VWS toepast om de wachtlijstproblemen op te lossen is een intensievere regionale aanpak. Partijen in de regio kunnen meer speelruimte krijgen als zij zich hard willen binden aan afspraken die de wachtlijsten oplossen. In een brief van 11 juni 2003 aan de TK geeft de staatssecretaris aan dat er 'voldoende zicht is op het tot stand komen van de noodzakelijke intramurale capaciteit'. Dit zou moeten gebeuren door de nieuwbouwplannen die al bestaan voor 4 000 plaatsen en de ombouw van verzorgingshuiscapaciteit. Het is de bedoeling dat de plaatsen die verdwijnen in verzorgingshuizen worden geëxtramuraliseerd.

Meer winstprikkel in de AWBZ?

Mocht de regionale benadering niet voldoende zijn om de wachtlijsten tegen te gaan, dan kan overwogen worden om ook winstprikkel toe te passen. Dit vergt wel een zorgvuldige afweging van voor- en nadelen. Een mogelijk voordeel is dat een winstgerichte aanbieder makkelijker AWBZ-financiering en particuliere financiering kan combineren. De AWBZ-financiering kan dan worden gebruikt om zorg van een minimaal omschreven kwaliteitsniveau te bieden, terwijl de extra luxe daarboven uit particuliere middelen wordt gefinancierd. Hierdoor kan het aantrekkelijker worden om toe te treden. Mogelijke nadelen zijn dat zorgaanbieders zich meer op het eigen economische belang gaan richten en minder op kwaliteit en toegankelijkheid. Er moet dan worden gezocht naar prikkels die ook op kwaliteit en toegankelijkheid zijn gericht. Voor de thuiszorg, momenteel in een soort overgangssituatie van publieke uitvoeringsorganen naar maatschappelijke ondernemers in een concurrerende omgeving, geeft Breedveld (2003,

⁹³ Jaarbeeld Zorg 2002, p. 35.

⁹⁴ Dit zal mede afhangen van de nieuwe functiegerichte financiering: is het financieel aantrekkelijk om het aanbod uit te breiden?

pag. 313) een aantal voorbeelden van maatschappelijk ongewenst gedrag. "...Zoals het aanleggen van wachtlijsten terwijl men tegelijkertijd flinke financiële reserves heeft, het doorverwijzen van cliënten op de wachtlijst naar het eigen particuliere bureau of het PGB, het aanbieden van 'pluspakketten' met garantie op acute zorg (terwijl klanten hierop ook recht hebben via de AWBZ) en het 'doorverkopen' van uren van nieuwe toetreders naar reguliere aanbieders, waarmee overheadkosten gemoeid zijn die niet kunnen worden besteed aan directe patiëntenzorg." Een ander mogelijk probleem bij het invoeren van meer winstprikkelvormen de regionale monopolies van zorgaanbieders. Zo hebben in de thuiszorg en de GGZ de afgelopen jaren veel fusies plaatsgevonden (zie 4.4). Om aan te geven of winstprikkelvormen gewenst zijn is nadere onderzoek nodig.

Conclusie

De tijdige beschikbaarheid van zorg is op dit ogenblik nog een probleem. VWS probeert dit voor de intramurale zorg op te lossen met een regionale benadering. Als dit niet voldoende oplevert, kunnen winstprikkelvormen worden overwogen.

5.5 Kwaliteit

Bij de doelstelling kwaliteit hebben we in hoofdstuk 2 een onderscheid gemaakt naar medisch inhoudelijke kwaliteit en vraaggerichtheid. In de care speelt de medische technologie een wat geringere rol dan in de cure. In de care waar mensen vaak langdurig met zorg te maken hebben, zijn juist de bejegeningaspecten en de vraaggerichtheid heel belangrijk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat gebruikers van voorzieningen voor verpleging en verzorging vooral hechten aan klantvriendelijkheid en autonomie (Timmermans et al., 2002). Dat neemt natuurlijk niet weg dat ook de medisch inhoudelijke kwaliteit belangrijk is. Denk bijvoorbeeld aan het belang van een goed medicatiebeleid voor ouderen of het tegengaan van decubitus. De verschillende subdoelstellingen van kwaliteit komen achtereenvolgens kort aan de orde.

Medisch inhoudelijke kwaliteit

Door een gebrek aan gegevens is het moeilijk om iets te zeggen over de medisch inhoudelijke kwaliteit van de care in Nederland. Timmermans et al. (2002) gaat uitgebreid in op het probleem van het beoordelen van de kwaliteit van zorg en probeert daar vanuit een aantal invalshoeken licht op te werpen. Wat betreft de care gaat de meeste aandacht uit naar de oordelen van de gebruikers zelf, die meestal maar zijdelings met de medisch inhoudelijke kwaliteit te maken hebben. Opgemerkt wordt o.a. dat verplegende en verzorgende beroepen en psychologen minder ver zijn met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid dan huisartsen, medisch specialisten en apothekers, en dat de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen te lijden heeft door personeelstekort.

IGZ (2003) signaleert een aantal problemen met de kwaliteit van de zorg. De medische zorg in verzorgingshuizen voor degenen die de meeste zorg nodig hebben, zou onder druk staan omdat de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen vaak moeizaam verloopt. Het beleid en de deskundigheid op het gebied van infectiepreventie laten te wensen over, zowel in verpleeghuizen als in verzorgingshuizen. Verder is de farmaceutische zorg in verzorgingshuizen van onvoldoende kwaliteit. En tot slot signaleert de IGZ dat er bij een deel van de nieuw toegelaten thuiszorginstellingen nog helemaal geen kwaliteitsbeleid is. Sinds de minister in december 2002 de mogelijkheden heeft verruimd om erkend te worden als thuiszorginstelling, zijn er door CVZ 50 instellingen toegelaten. De inspectie is vooral op bezoek geweest bij kleinere particuliere bureaus. Bij een aantal hiervan kende de directie de inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet. Men had dan ook nog geen stappen genomen voor het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Vaak werken dergelijke organisaties met oproepkrachten, maar de inspectie heeft ook organisaties aangetroffen die alleen personeel bemiddelen en zich helemaal niet verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze organisaties vallen echter wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Hoewel er geen sprake is van een werkelijke trade-off, zitten doelstellingen van het beleid elkaar tijdelijk in de weg: het bevorderen van de toegankelijkheid van zorg kan op korte termijn de kwaliteit in gevaar brengen.

Evenhuis (2002) geeft aan dat de kwaliteit van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen bij een groot deel van deze groep slecht is,⁹⁵ en dat deze kwaliteit met de huidige kennis aanzienlijk verbeterd kan worden. Het gaat dan om een betere implementatie van kennis.

Er is dus een aantal probleempunten, hetgeen natuurlijk nog niet wil zeggen dat het niveau van de kwaliteit in zijn geheel onvoldoende is. Al is het (buiten de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen) moeilijk om iets over het niveau van de kwaliteit te zeggen, we kunnen wel iets zeggen over de mate waarin de huidige AWBZ prikkels kent om de kwaliteit te verbeteren en in hoeverre dergelijke prikkels noodzakelijk zijn. Veel instrumenten die met de kwaliteit te maken hebben, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) staan los van de organisatie van de AWBZ. Deze instrumenten spelen uiteraard een rol bij het bevorderen van de kwaliteit. Het is daarnaast wenselijk om vanuit de organisatie van de AWBZ goede prikkels voor kwaliteit te geven. Op het ogenblik zijn deze prikkels nog niet echt aanwezig. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de geleverde kwaliteit, maar zowel zorgkantoren als vragers met een PGB hebben onvoldoende informatie over de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorgaanbieders. Bovendien hebben zorgkantoren vooral intrinsieke prikkels om met de kwaliteit bezig te zijn. Ze hoeven niet te concurreren om de markt en het zorgaanbod is nog schaars ook.

⁹⁵ Het gaat hierbij o.a. om gemiste diagnoses en het ontbreken van belangrijke behandelingen, een ongezonde leefstijl en een tekort aan preventie, en op een aantal terreinen onvoldoende specifieke deskundigheid bij het begeleidend personeel.

Het is lastig om in de huidige AWBZ de kwaliteit te beoordelen. Daarvoor is meer transparantie nodig. Daardoor zal ook een prikkel ontstaan om de kwaliteit te verbeteren.

Vraaggerichtheid/keuzevrijheid

De modernisering van de AWBZ is sterk gericht op keuzevrijheid en aandacht voor de wensen van vragers. Het lijkt dan ook waarschijnlijk dat dit aspect van de kwaliteit bevorderd zal worden. Mensen die voor een PGB kiezen hebben meer mogelijkheden om de zorg volgens hun wensen geleverd te krijgen, en dit zal waarschijnlijk ook zijn uitstraling hebben naar de zorg in natura. Aanbieders van zorg in natura zullen immers bang zijn dat ze een deel van hun markt kwijtraken als ze niet aantrekkelijk zijn voor vragers met een PGB. Uit ervaringen met RIO's blijkt dat 82% van de cliënten redelijk tot zeer tevreden was over de behandeling van de vraag door RIO's (Schrijvers *et al.*, 2001). Een zelfde soort beeld lijkt te gelden voor budgethouders die mantelzorg ontvangen (Van den Berg *et al.*, 2003).

Bij verpleging en verzorging blijken gebruikers aspecten als klantvriendelijkheid en de mate van autonomie d belangrijk te vinden (Timmermans *et al.*, 2002). Over de klantvriendelijkheid oordelen gebruikers positief terwijl ze over de autonomie wisselend oordelen. Gebruikers vinden dat ze vaak niet de hulp krijgen die ze eigenlijk willen (zelf tijdstip bepalen waarop men hulp krijgt en privacy). Volgens Mistiaen en Delnoij (2003) zijn cliënten van thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen tevreden over de bejegening door het personeel, maar minder tevreden over de organisatie van de zorg. Zij klagen over een tekort aan zorg, en in woonvoorzieningen over gebrekkige privacy en beperkte autonomie in de dagelijkse routines.

We kunnen dan ook concluderen dat de AWBZ vooral voor de extramurale hulp goede prikkels voor keuzevrijheid en vraaggerichtheid bevat. Voor de intramurale zorg zouden deze prikkels verbeterd kunnen worden. Vergroting van het aanbod en van de informatie over privacy, autonomie e.d. kan daarbij een rol spelen.⁹⁶

Conclusie

De AWBZ bevat nog onvoldoende prikkels voor medisch inhoudelijke kwaliteit en voor de vraaggerichtheid van de intramurale zorg. Om de prikkels te verbeteren is om te beginnen meer informatie over de (medisch inhoudelijke) kwaliteit nodig.

⁹⁶ Mistiaen en Delnoij (2003) gaan er van uit, dat voor de klassieke sectoren van de AWBZ binnen afzienbare tijd landelijk representatieve data beschikbaar komen, o.a. uit landelijke benchmarkstudies.

6 Langdurige zorg in de Europese Unie

6.1 Inleiding

Naar aanleiding van de Europese top in Lissabon in maart 2000 heeft de Commissie in juni van dat jaar het Comité voor Sociale bescherming (Social Protection Committee) opgericht. De bedoeling is op basis van onderlinge samenwerking gegevens en ideeën uit te wisselen tussen lidstaten en commissie. Daarbij staan vier belangrijke uitgangspunten centraal:

1. Het bevorderen van sociale integratie;
2. Een adequate en stabiele pensioenvoorziening;
3. Goede beloningsverhoudingen en inkomenszekerheid;
4. Een stabiele gezondheidszorg van hoge kwaliteit.

Dit laatste punt kent weer drie aspecten: toegankelijkheid, voldoende kwaliteit en financiële stabiliteit (zie COM, 2001). Voor de langdurige zorg resulteert dit in een beleid dat er op is gericht mensen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te laten functioneren. Om informatie te verzamelen over de manier waarop de uitgangspunten ten aanzien van de gezondheidszorg in praktijk zijn gebracht heeft het Comité in 2002 een enquête naar de lidstaten gestuurd. De antwoorden van de lidstaten zijn de voornaamste informatiebron voor dit hoofdstuk. De volledige tekst is te vinden op:

http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm

De Europese Commissie formuleert wel algemene uitgangspunten die zijn overeengekomen, maar inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg zijn binnen de gestelde grenzen volledig in handen van de lidstaten. De verschillende lidstaten van de EU hebben de langdurige zorg (voor ouderen) elk op hun eigen wijze ingericht. Zorg voor ouderen valt vaak onder het sociaal beleid of sociale dienstverlening (social policy/ services), dit ter onderscheid van de curatieve gezondheidszorg. Vanuit onze probleemstelling is het wellicht verhelderend om te zien in hoeverre de verschillende systemen van elkaar verschillen en wat dit inhoudt voor de wijze van functioneren. Binnen het kader van dit vooronderzoek richten we ons op de rol van de informele zorg, de indicatiestelling en de financiering. Op dit laatste aspect gaat de volgende paragraaf kort in. In bijlage A wordt de situatie in de lidstaten belicht. In 6.3 komt de positie van Nederland binnen de EU ter sprake.

6.2 Financiering langdurige zorg binnen de EU

Onderstaande tabel geeft een indicatie van de verschillende financieringsvormen voor langdurige zorg. Er zijn vijf methoden in gebruik: (locale en nationale) belastingen, verzekeringspremies en mengvormen van beide systemen, al dan niet in combinatie met eigen betalingen. Financiering uit belastingen sluit aan bij een visie waarin de langdurige zorg onderdeel is van een lokaal sociaal netwerk, waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn. Een premiestelsel vloeit vaak voort uit het idee dat langdurige zorg een onderdeel is van de gezondheidszorg. Soms valt een voorziening buiten het verzekerde pakket; in dit geval moet de patiënt de zorg zelf financieren.

Tabel 6.1 Financiering niet-curatieve zorg in EU lidstaten

	Belasting	Belasting en eigen bijdragen	Belasting en premie	Premie en eigen bijdragen	Premie en eigen financiering
België				X	
Denemarken	X				
Duitsland					X
Finland				X	
Frankrijk			X		
Griekenland			X		
Ierland		X			
Italië		X			
Luxemburg				X	
Nederland		X ⁹⁷			
Oostenrijk	X				
Portugal		X			
Spanje		X			
Verenigd Koninkrijk		X			
Zweden	X				

Bron: Bosa(2003) en enquête lidstaten.

De tabel laat geen uniform beeld zien. Financiering uit belastingen, al dan niet in combinatie met eigen betalingen komt het meest voor. In een aantal landen is de lokale overheid ook financieel verantwoordelijk. In Denemarken bijvoorbeeld financiert de lokale overheid de zorg, aangevuld met subsidies van de centrale overheid. Ook in Zweden vindt financiering plaats door regionale en lokale overheden. In lidstaten waarin sprake is van premiefinanciering, is sprake van een uniforme systematiek voor curatieve en langdurige zorg.

⁹⁷ Hoewel de AWBZ formeel een verzekering is met premies en eigen bijdragen, ziet men dit in andere lidstaten toch als een systeem dat is gefinancierd uit belastingopbrengsten en eigen betalingen. Dit vanwege de manier waarop de premies worden geïnd: als opslag op de eerste en tweede schijf van de inkomstenbelasting.

6.3 Nederland binnen de EU

Informele zorg

In alle lidstaten neemt de informele zorg een prominente plaats in. Nederland is daarop geen uitzondering. Ook de mogelijkheid om informele zorg te financieren via een persoonlijk budget voor de gebruiker of via belastingvoordelen voor de zorgverlener komt in vrijwel alle lidstaten voor. Alleen in Ierland is de langdurige zorg nog sterk intramuraal gericht, maar er zijn plannen om het stelsel zo aan te passen dat de manier van vergoeden de thuiszorg meer ondersteunt. Met het oprukken van de vergrijzing neemt het belang van informele zorg verder toe. Tegelijk daalt het aanbod van dit type zorg naar verwachting door toenemende arbeidsparticipatie. Vooral in zuidelijke lidstaten zal dit leiden tot een groter beroep op de formele zorg. Het is daarom voor alle lidstaten van belang het aanbod van informele zorg te stimuleren, onder andere door het scheppen van een vorm van financiële compensatie.

Verstrekingen

Vrijwel alle landen kennen in ieder geval voor de thuiszorg het onderscheid tussen zorg in natura en een budget. De reden voor een PGB-achtige constructie is niet altijd een grotere doelmatigheid. Soms is het een middel om faciliteiten voor informele zorg te scheppen omdat het reguliere aanbod tekort schiet. De wijze van uitvoering verschilt nogal per lidstaat. Aan het ene uiterste vinden we het Italiaanse systeem (hier is de zak met geld en zie maar), aan de andere kant zijn substitutiemogelijkheden in landen als Denemarken en Luxemburg sterk beperkt. Dit laatste vloeit dan voort uit kwaliteitseisen. In het Deense systeem is bovendien sprake van integrale zorg aan huis; daardoor zijn de eisen die aan het verzorgend personeel worden gesteld ook veel hoger.

Niet alle vormen van thuiszorg komen in alle landen automatisch in aanmerking voor vergoeding. In Duitsland zijn er eisen ten aanzien van de mate van hulpbehoefte en de verwachte duur. Het onderbrengen van bijvoorbeeld de kosten van kortdurende thuiszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg in een sociale verzekering is dus niet vanzelfsprekend. Het standpunt ten aanzien van langdurige zorg is wel algemeen: deze vorm hoort te zijn verzekerd.

Indicatiestelling

Deze is vaak in handen van de (locale) overheid. In een aantal gevallen (bijvoorbeeld Frankrijk) is er een algemeen protocol waaraan de indicatiesteller zich moet houden. Een te sterke decentralisatie (zoals in Finland) kan leiden tot een minder uniforme beoordeling van de zorgbehoefte. Er is ook algemene overeenstemming over het feit dat degene die de indicatie verricht niet alleen moet letten op financiële aspecten en het beschikbare aanbod (zoals tot voor kort in Zweden) maar ook inzicht moet hebben in de medische kant van de zaak.

Uitvoering

De positie van de Nederlandse zorgkantoren tussen indicatiesteller en zorgaanbieder is bijzonder. In geen enkel ander land is de verantwoordelijkheid zo sterk gedeeld. Waar de lokale overheid verantwoordelijk is voor indicatie en uitvoering ligt daar ook de verantwoordelijkheid voor de financiële stabiliteit. In de Nederlandse situatie heeft het zorgkantoor slechts een uitvoerende functie en een afgeleide verantwoordelijkheid. Het zorgkantoor hoeft zich dus minder in te spannen voor een doelmatige inkoop: iemand die geen verantwoordelijkheid draagt voor de financiële gevolgen van zijn daden heeft meer bewegingsvrijheid. Het zorgkantoor kan zich bijvoorbeeld moeite besparen door niet te hard over tarieven te onderhandelen.

7 Conclusie

Het doel van de huidige AWBZ is voldoende zorg van goede kwaliteit te leveren die ook betaalbaar is. Op dit ogenblik wordt dat nagestreefd door vraagsturing vanuit de consumenten, onafhankelijke indicatiestelling en concurrentie tussen aanbieders om de vraag zo goed en doelmatig mogelijk te vervullen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op kenmerken van de huidige deelmarkten in de AWBZ zoals die deels historisch zijn ontstaan. Concurrentie in de AWBZ is een vrij nieuw verschijnsel en er zijn op dit moment een aantal kenmerken die concurrentie kunnen belemmeren. Dit is van belang om de uitgangssituatie in te schatten. Vervolgens trekken we conclusies over de mate waarin de prikkels in de huidige AWBZ voldoende zijn om de doelstellingen binnen bereik te brengen. Met andere woorden: zijn de prikkels ook sterk genoeg om minder gewenste kenmerken en uitkomsten bij te sturen? Tot slot worden sterke en zwakke punten van de huidige AWBZ op een rij gezet.

7.1 Welke kenmerken van de huidige markt kunnen concurrentie in de weg staan?

Te weinig aanbod?

Dit probleem knelt vooral bij intramurale verpleeghuiszorg. De extramurale capaciteit is relatief gemakkelijk uit te breiden en verzorgingshuisplaatsen worden juist omgezet naar plaatsen waar verpleeghuiszorg kan worden gegeven, omdat de vraag naar zorg in verzorgingshuizen afneemt. Waar het aanbod van zorg onvoldoende is, komt het inkopende zorgkantoor er nog niet erg aan toe om eisen te stellen aan kwaliteit en doelmatigheid. Men heeft de handen vol aan het inkopen van voldoende zorg. Aanbieders voelen in die situatie weinig druk om kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren.

Toetreding van nieuwe intramurale aanbieders kent een aantal belemmeringen op dit ogenblik. Intramurale instellingen dienen voor toelating ook het traject Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) te doorlopen, wat de toetreding van aanbieders voor intramurale zorg kan vertragen. De grond is schaars, de bouw is vaak duur en ingewikkeld, en het kan lang duren voor een voorziening er staat. Op dit ogenblik mag geen winst worden gemaakt, dus winstprikkels kunnen geen toetreding stimuleren.⁹⁸ Over de uitwerking van de toekomstige financiering is er nog veel onzekerheid, wat toetreding ook kan afremmen. Op dit ogenblik lijkt de verpleging en verzorging financieel geen aantrekkelijke sector, als we afgaan op de uitlatingen van de branche in de media.⁹⁹ Echter, strategische motieven kunnen hierbij ook een rol spelen. Verder is niet duidelijk in hoeverre de slechte beheersbaarheid van de kostenontwikkeling in de AWBZ tot ingrijpen door de overheid zal leiden.

⁹⁸ In een non-profit instelling kunnen er echter ook prikkels voor toetreding of uitbreiding zijn, zoals een hoog salaris voor bestuurders en wellicht een grotere baanzekerheid dan bij een bedrijf.

⁹⁹ Bijvoorbeeld: bezuinigingen op toiletpapier in een verzorgingshuis, pyjamadagen en vermindering van het aantal maaltijden.

Spanning tussen samenwerking en concurrentie

Zorginstellingen (waaronder instellingen die vooral uit de AWBZ worden gefinancierd) werken zowel horizontaal als verticaal samen. Samenwerking is er bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg, een concept dat voor sommige aandoeningen belangrijk is om de kwaliteit van zorg en doorstroming in de keten te verbeteren. De afgelopen jaren is uit onderzoek gebleken dat ketenzorg van groot belang kan zijn voor de kwaliteit van de zorg. Een voorbeeld hiervan is de stroke service voor mensen met CVA (Cerebro Vasculair Accident, beroerte). In de zorgketen kunnen bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en thuiszorg samenwerken. Of dit een belemmerende invloed heeft op concurrentie, zal afhangen van de manier waarop de ketenzorg is georganiseerd. Als bijvoorbeeld een ziekenhuis afspraken heeft met verpleeghuis A over revalidatie na een ingreep, zal het misschien minder gericht zijn op het aanbod van verpleeghuis B. Als blijkt dat verpleeghuis B doelmatiger werkt en men wil overstappen op verpleeghuis B, kan dit relatief hoge transactiekosten met zich mee brengen. Het is echter ook mogelijk dat binnen de keten met beide verpleeghuizen afspraken worden gemaakt. Het is ook niet duidelijk in hoeverre ketenzorg een belemmering is voor toetreding. Dit zal er van af hangen hoe gemakkelijk nieuwe toetreders die aan de kwaliteitseisen voldoen, zich kunnen aansluiten bij de ketenafspraken. Als zij zich niet kunnen aansluiten, kan dit betekenen dat ze minder toegang hebben tot sommige groepen patiënten.

De neiging tot samenwerken lijkt diep geworteld te zijn in de AWBZ; een dergelijke ontwikkeling kan echter botsen met een ontwikkeling waarin men juist meer concurrentie tussen instellingen wil invoeren. Horizontale samenwerking (tussen gelijksoortige zorgaanbieders) kan de neiging tot concurreren verminderen. Volgens Breedveld (2003) deed dit verschijnsel zich voor in de Brabantse thuiszorg . Daarbij gaat het bijvoorbeeld om afspraken gemaakt over taakverdeling en productie tussen reguliere en particuliere instellingen.

Toenemende concentratie bij aanbieders

Bij concurrentie dient er voldoende keuze te zijn uit aanbieders. Er heeft zich in de afgelopen periode echter een proces van fusies en concentratie voorgedaan in delen van de AWBZ, zoals de GGZ en de thuiszorg. Dit staat op gespannen voet met het idee dat aanbieders in de AWBZ met elkaar moeten concurreren om de positie van de vrager te verbeteren. In beginsel kan de concentratiegraad weer afnemen door nieuwe toetreding. Zoals hierboven aangegeven is toetreding voor intramurale aanbieders niet eenvoudig. Een andere belemmering kan zijn dat een nieuwe toetreder moeilijk kan concurreren met een conglomeraat dat een zeer breed pakket aan bijvoorbeeld GGZ-diensten aanbiedt.

Onvoldoende transparantie

Om concurrentie goed van de grond te laten komen is veel meer transparantie nodig. Transparantie over de kwaliteit en de kosten van zorg is nodig om goede keuzes te kunnen maken. Er is de laatste jaren veel werk verricht om tot onderbouwing van prijzen te komen. Bij kwaliteit is men nog niet zover. Zowel zorgvragers als zorgkantoren hebben momenteel gebrekkige informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod. Het is bijvoorbeeld moeilijk inzicht te krijgen in het niveau van de medisch-inhoudelijke kwaliteit. Daarnaast is er te weinig informatie over de vraaggerichtheid van de intramurale zorg (aspecten die voor vragers belangrijk zoals privacy en autonomie).

7.2 In hoeverre zijn de prikkels in de AWBZ voldoende?

Doelmatigheid

Het PGB kent redelijke doelmatigheidsprikkels, omdat verzekerden daarmee uit moeten komen bij de inkoop van hun zorg (of zelf geld bijleggen). Bij inkoop door zorgkantoren, die nog steeds het grootste deel van de AWBZ-zorg beslaat, zijn de prikkels voor doelmatigheid echter relatief gering, omdat financiële prikkels ontbreken. Ook de RIO's hebben geen financiële prikkels om de indicatie te richten op een doelmatige verlening van de zorg. Door het gehanteerde protocol kunnen RIO's bijdragen aan een doelmatige invulling van de zorgbehoefte (bijvoorbeeld door andere mogelijkheden zoals een aangepaste woning in de beschouwing te betrekken). In de praktijk kan doelmatigheid echter onderbelicht blijven gezien de wel aanwezige prikkels voor tijdige indicaties en tevreden klanten.

Het is nog wel de vraag hoeveel doelmatigheidswinst er te behalen is met betere prikkels. Hierbij geldt echter dat betere prikkels in een situatie van vraagsturing waarschijnlijk alleen al nodig zijn om de doelmatigheid niet achteruit te laten gaan nu de budgettering is losgelaten en er veel meer geld beschikbaar is gekomen. De oude prikkel van het strakke budget is immers verdwenen. Wel geldt dat in de 'boter bij de vis' benadering tegenover meer geld ook meer productie moet staan. Als er doelmatigheidswinst te behalen is, moet deze vooral gezocht worden in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld verdere extramuralisering), de afstemming met andere terreinen zoals de curatieve sector, wonen en dienstverlening, en misschien de overhead¹⁰⁰ en de indicatiestelling. In de directe persoonlijke dienstverlening is waarschijnlijk geen doelmatigheid meer te winnen.

Doelmatigheidsprikkels zijn verbeterd door de modernisering, maar dienen nog verder verbeterd te worden.

¹⁰⁰ Dat bij de overhead doelmatigheidswinst kan worden behaald, is twijfelachtig (zie 5.1).

Afstemming met andere sectoren?

De voorgenomen overheveling van delen van de GGZ naar het tweede compartiment zal de aansluiting met de curatieve sector verbeteren, voorzover het daadwerkelijk om curatieve zorg gaat. Bij de overheveling van verslavingszorg en langdurige extramurale zorg zijn kanttekeningen te plaatsen. De aansluiting met de curatieve sector zou verder verbeterd kunnen worden door met behandeling samenhangende thuiszorg over te hevelen naar het tweede compartiment. Aangezien geen van de partijen een duidelijke verantwoordelijkheid heeft voor het op elkaar afstemmen van AWBZ-zorg, wonen en dienstverlening, kan de afstemming waarschijnlijk verbeterd worden door hier een partij verantwoordelijk voor te maken en de benodigde instrumenten te geven.

De afstemming met andere sectoren kan verbeterd worden. Deels zijn hier al concrete beleidsplannen voor.

Beheerste ontwikkeling macrokosten

Het behalen van een beheerste macrokostenontwikkeling is duidelijk een probleem. Er is een aantal (semi-)structurele factoren die tot groei van de kosten leiden, zoals vergrijzing, individualisering en het wegwerken van wachtlijsten en opvangen van latente vraag. Aan de andere kant wijst het SCP ook op matigende factoren, zoals verjonging van de oudere bevolking, toename van het opleidingsniveau van ouderen en een geringer aantal beperkingen bij toekomstige ouderen. De huidige AWBZ kent door de vraagsturing en de mogelijkheid van financiering met PGB's eerder prikkels tot kostentoeename dan tot kostenbeheersing.¹⁰¹ Ook het aantal instrumenten dat de overheid kan gebruiken om de macrokosten in de hand te houden is beperkt. Los van een wijziging van de organisatie van de AWBZ zijn dit alleen pakketbeperkingen en hogere eigen bijdragen. Nadeel van beide laatste instrumenten is dat ze voor een deel alleen tot een financieringsverschuiving naar de vragers leiden en dus geen echte oplossing bieden voor het probleem van de stijgende kosten. Zo'n verschuiving heeft vooral zin als vragers zonder veel problemen zelf een bepaalde dienst kunnen betalen of als ze zelf invloed hebben op de omvang van de kosten. Cliënten hebben zelf invloed op de kosten als zij een beroep doen op zorg, en die ook krijgen, die ze niet echt nodig hebben of zorg die ook door mantelzorgers geleverd kan worden. Een andere mogelijkheid om de kosten te beïnvloeden, is het aanboren van de creativiteit van cliënten die oplossingen kunnen bedenken om goedkoper in hun behoeften te voorzien. In hoeverre deze aspecten in de AWBZ een belangrijke rol zouden kunnen spelen is echter onduidelijk. Vanuit dit perspectief bezien is het niet verwonderlijk dat bij het ministerie van VWS een nieuwe visie op de organisatie van de AWBZ wordt ontwikkeld.

¹⁰¹ De prijzen worden beheerst met de WTG, maar het volume wordt niet meer beheerst.

In de huidige AWBZ is de ontwikkeling van de totale macrokosten slecht te beheersen. Het is twijfelachtig of pakketbeperkingen en hogere eigen bijdragen dit probleem echt kunnen oplossen, aangezien deze vooral tot een financieringsverschuiving of verminderde toegankelijkheid van de zorg leiden.

Toegankelijkheid

Op dit ogenblik is er nog onvoldoende aanbod in de care, bijvoorbeeld van verpleeghuiszorg. De huidige AWBZ heeft niet zoveel prikkels om intramurale wachtlijsten weg te werken. Zorgverzekeraars houden zich hier mee bezig op grond van hun verantwoordelijkheid voor de AWBZ, maar zijn slechts een van de vele betrokken partijen. De vraag is of het aanbod in de gemoderniseerde AWBZ vanzelf (vanuit de markt) voldoende zal toenemen. Weliswaar is het gemakkelijker geworden om zorg aan te bieden en zijn er nog plannen voor verdergaande deregulering. De overheid wil een deel van de behoefte aan nieuwe verpleeghuisplaatsen invullen door overbodige plaatsen in verzorgingshuizen geschikt te maken voor verpleeghuiszorg.¹⁰² Maar de vraag is nog wel of het voldoende aantrekkelijk is voor nieuwe aanbieders om toe te treden (gezien de in 7.1 genoemde belemmerende factoren) of voor bestaande aanbieders om het aanbod uit te breiden. Een en ander zal sterk samenhangen met de wijze waarop het nieuwe functiegerichte financieringssysteem wordt ingevoerd.

Als er toch nog een probleem blijft met de toegankelijkheid van de zorg, kan worden overwogen om het verbod op winst los te laten. Hier zitten natuurlijk wel haken en ogen aan die vooral te maken hebben met zorgen over de kwaliteit van de zorg en over het toenemen van de kosten.

De toegankelijkheid is verbeterd door inspanningen om wachtlijsten weg te werken, maar het is niet zeker dat dit voor intramurale zorg voldoende soelaas zal bieden.

Kwaliteit van de zorg

Het is voor de care als geheel moeilijk aan te geven in hoeverre het niveau van de medisch-inhoudelijke kwaliteit voldoende is. Voor de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen is duidelijk dat de kwaliteit in ieder geval tot voor kort onvoldoende was. Het is verstandig de prikkels voor kwaliteit te versterken. Dit kan gebeuren door een betere beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit. Bij de intramurale zorg, waar geen PGB's mogelijk zijn en problemen met privacy en autonomie optreden, is het gewenst de prikkels voor vraaggerichtheid te versterken. Dit kan gebeuren door vragers meer informatie te geven over aspecten als privacy en autonomie bij bepaalde aanbieders en door het aanbod van intramurale zorg uit te breiden, zodat er echt iets te kiezen valt.

¹⁰² Een deel van de benodigde plaatsen wordt gerealiseerd door middel van een convenant tussen Zorgverzekeraars Nederland en Woonzorg Nederland.

De modernisering heeft de vraaggerichtheid van de extramurale zorg verbeterd. De prikkels voor vraaggerichtheid van de intramurale zorg en voor de medisch inhoudelijke kwaliteit dienen te worden versterkt.

7.3 Sterke en zwakke punten van de huidige AWBZ

Voornaamste sterke punten:

- Iedere inwoner is verzekerd;
- Recht op zorg is erkend;
- Toegenomen mogelijkheden om de productie te verhogen en wachtlijsten weg te werken;
- Risico- en inkomenssolidariteit gelden;
- Veel invloed van vragers op de extramurale zorg mogelijk door PGB's;
- Aanbod kan flexibeler worden georganiseerd door indeling in functies¹⁰³;
- Toegenomen mogelijkheden voor extramurale en transmurale zorg door indeling in functies;
- Aanwezigheid van professionele indicatiestellers met een op doelmatigheid gericht protocol;
- Afgelopen jaren producten onderscheiden en informatie over kostprijzen verzameld.¹⁰⁴

Voornaamste zwakke punten

- PGB's stimuleren het omzetten van mantelzorg in betaalde zorg waardoor de ontwikkeling van de macrokosten moeilijker te beheersen wordt;
- Er zijn onvoldoende instrumenten om in een situatie van vraagsturing de ontwikkeling van de macrokosten te beheersen;¹⁰⁵
- Weinig doelmatigheidsprikkels bij inkoop door zorgkantoren;
- Constructie met zorgkantoren niet altijd duidelijk voor verzekerden;
- Te weinig informatie over de kwaliteit van de zorg;
- Te weinig prikkels voor de kwaliteit van zorg;
- Uitbreiding aanbod intramurale zorg is moeizaam;
- Grote concentratie in sommige regio's bij sommige types aanbieders;
- Geen duidelijke regisseur voor afstemming AWBZ-zorg met wonen en dienstverlening.

¹⁰³ Een functie kan door allerlei soorten aanbieders worden geleverd.

¹⁰⁴ Door een vertaalslag van producten naar functies geeft dit ook inzicht in het tarief dat bij een functie kan horen.

¹⁰⁵ De rol van eigen bijdragen is begrensd omdat de toegankelijkheid van de zorg bij een bepaald niveau te zeer in gevaar komt.

8 Discussie

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gezien in hoeverre met de analyse uit dit vooronderzoek de twee vragen van het hoofdonderzoek kunnen worden beantwoord. In hoeverre kan de stelselherziening een oplossing bieden, en wat kan gedaan worden waar dat niet het geval is? Op deze vragen kan nog maar deels een antwoord worden gegeven. Er wordt kort ingegaan op de visie op de AWBZ die VWS aan het ontwikkelen is, op de visie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en op beleidsopties die in SER(1999) worden beschreven. Waar de huidige analyse onvoldoende is om de vragen te beantwoorden, kan nadere analyse plaats vinden in een vervolgonderzoek. Naast verder onderzoek is waarschijnlijk een politieke afweging nodig van het belang van verschillende doelstellingen van het zorgbeleid, omdat geen enkel beleidsplan alle doelstellingen tegelijk zal kunnen bereiken.

8.2 Mogelijke oplossingsrichtingen

De twee hoofdvragen:

1. Voor welke delen van de AWBZ is het gewenst om deze mee te nemen in de stelselherziening zoals die voor de curatieve sector is voorzien?
2. Welke verbetering in aansturing is mogelijk voor die delen van de AWBZ die niet geschikt zijn om mee te nemen in de stelselherziening?

Deze twee vragen splitsen we hier weer op in drie deelvragen:

1. In hoeverre is de stelselherziening een oplossing?
2. Welke criteria kan men hanteren voor overheveling naar het tweede compartiment?
3. Wat zijn de beleidsopties voor delen van de AWBZ die buiten de basisverzekering blijven?

Uit de beantwoording van de vragen blijkt dat vooral de derde vraag nader onderzoek zal vergen.

1. In hoeverre is de stelselherziening een oplossing?
Zoals aangegeven zitten de problemen in de AWBZ in onvoldoende prikkels voor doelmatigheid en medisch-inhoudelijke kwaliteit en weinig vraaggerichtheid in de intramurale zorg. De toegankelijkheid is nog steeds een probleem. Er zijn geringe mogelijkheden om de kostenontwikkeling in de hand te houden, hetgeen momenteel als een ernstig probleem wordt

gezien. In hoeverre kunnen we op grond van de bovenstaande analyse aangeven wat een stelselherziening-aanpak zou betekenen voor deze problemen?

Doelmatigheid

Voor die delen van de AWBZ die worden meegenomen in de stelselherziening worden de doelmatigheidsprikkels verbeterd. Het probleem dat zorgkantoren te weinig prikkels en een diffuse verantwoordelijkheidsstructuur hebben, wordt opgelost. Deze rol wordt dan immers door concurrerende verzekeraars overgenomen. Met alle haken en ogen die hier aan zitten (zie CPB, 2003)¹⁰⁶ geeft de stelselherziening verzekeraars de prikkel om zich in te spannen voor hun verzekerden.

Een deel van de te behalen doelmatigheidswinst heeft te maken met de voorgenomen overheveling van een deel van de GGZ naar het tweede compartiment. Hier kunnen verzekeraars een nuttige rol vervullen door aan te dringen op verbetering van de aansluiting met de overige curatieve zorg. Bij de precieze invulling van de overheveling zijn echter wel kanttekeningen te plaatsen (zie hieronder). Waarschijnlijk is verdere doelmatigheidswinst mogelijk door nog meer curatieve delen van de AWBZ (zoals een deel van de thuiszorg) over te hevelen. Voorzover doelmatigheidswinst bereikt moet worden door een betere aansluiting van AWBZ-zorg met wonen en dienstverlening, zoals bij ouderen met een verminderde zelfredzaamheid, is niet evident dat verzekeraars de aangewezen partij zijn om de coördinatie op zich te nemen. Dit zijn namelijk zaken waarbij op een lokaal niveau verbindingen moeten worden gelegd tussen bijvoorbeeld woningcorporaties, welzijnsorganisaties en aanbieders van AWBZ-zorg. Dit sluit niet erg aan bij de werkzaamheden van de verzekeraar die zich veelal op regionaal of landelijk niveau afspelen. Voor deze taak verkeert de gemeente of een samenwerkingsverband van kleinere gemeenten wellicht in een betere positie.

Kan stelselherziening de doelmatigheid in de langdurige intramurale zorg verbeteren of een verslechtering van de doelmatigheid na opheffing van de aanbodregulering tegengaan? Verzekeraars hebben goede prikkels om doelmatigheid na te streven, wat kan helpen om een daling van doelmatigheid tegen te gaan. Zoals eerder aangegeven is niet duidelijk hoeveel doelmatigheid er nog te winnen valt en hoe dat dan zou moeten. Een mogelijke route is dat een deel van de huidige intramurale zorg extramuraal gaat plaats vinden.¹⁰⁷ Wellicht kunnen verzekeraars bijdragen aan het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen voor zorgbehoeftige ouderen en gehandicapten. Bij extramuralisatie speelt ook de indicatiestelling een rol. Daarbij wordt immers bepaald of een vrager de functie verblijf nodig heeft. Het is dus van belang hoe de indicatiestelling binnen de basisverzekering zou plaats vinden. In het algemeen wordt de indicatiestelling in het tweede compartiment door de arts verzorgd. Voor curatieve GGZ en

¹⁰⁶ Hier worden de voorwaarden besproken waaronder de stelselherziening een succes kan worden (o.a. transparantie, toezicht en toetreding) en de mogelijke ongunstige bijwerkingen (risicoselectie, lagere kwaliteit en uit de hand lopende kosten).

¹⁰⁷ Dit hoeft echter niet tot een grotere doelmatigheid te leiden.

thuiszorg lijkt dit geen slechte oplossing. Voor langdurige en intensieve zorg ligt deze oplossing minder voor de hand gezien de benodigde expertise en het tijdsbeslag.

Vraaggerichtheid en kwaliteit

Het is minder duidelijk of de prikkels voor de vraaggerichtheid en kwaliteit van de zorg zouden verbeteren in de basisverzekering. Zorgverzekeraars zullen zich alleen inspannen voor een grotere vraaggerichtheid van de intramurale zorg als men de betreffende verzekerden (b.v. gehandicapten en ouderen met behoefte aan verpleeghuiszorg) ook graag wil binnenhalen cq. behouden. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is dat de intramurale zorg op passende wijze in het risicoverevenings-systeem verwerkt kan worden.¹⁰⁸ Daarnaast kan het reputatiemechanisme in de care wellicht een grotere rol spelen als kwaliteitsprikkel dan in de cure, omdat minder technische kennis nodig is om de kwaliteit van de zorg te beoordelen en omdat de care veelal betrekking heeft op kwetsbare groepen. Een verzekeraar zou aanzienlijke imago-schade kunnen oplopen als blijkt dat deze slechte verpleeghuiszorg voor zijn oudere verzekerden inkoop. Het is dan wel van belang dat betrouwbare gegevens over de kwaliteit openbaar worden gemaakt.

Toegankelijkheid

Bij de toegankelijkheid van de AWBZ is een belangrijk knelpunt dat er onvoldoende verpleeghuiszorg wordt aangeboden. In hoeverre kunnen verzekeraars hier iets aan doen na de stelselherziening? In de curatieve sector zijn verzekeraars aan de slag gegaan met wachtlijstbemiddeling en het inkopen van zorg in het buitenland. In de care zullen dergelijke middelen naar verwachting maar beperkt aan een oplossing kunnen bijdragen (bijvoorbeeld in grensgebieden), omdat men voor langdurige zorg niet ver weg zal willen gaan. Verzekeraars zouden dan het bouwen van verpleeghuizen kunnen bevorderen of initiatieven stimuleren om extramuraal verpleeghuiszorg te bieden. Toetreding van nieuwe intramurale aanbieders kent een aantal belemmeringen op dit ogenblik. Intramurale instellingen dienen voor toelating ook het traject Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) te doorlopen, wat de toetreding van aanbieders voor intramurale zorg kan vertragen. De grond is schaars, de bouw is vaak duur en ingewikkeld, en het kan lang duren voor een voorziening er staat. Op dit ogenblik mag geen winst worden gemaakt, dus winstprikkels kunnen geen toetreding stimuleren.

Het is de vraag in hoeverre de verzekeraar de meest geschikte regisseur is voor dit proces. Voor het bouwen van verpleeghuizen en/of het aansturen daarvan zou men ook kunnen denken aan de provincie of een samenwerkingsverband van gemeenten, omdat deze instellingen meer bevoegdheden hebben op dit terrein en meer lokale expertise. De vraag is dan natuurlijk hoe dit

¹⁰⁸ In Nederland is nog geen ervaring opgedaan met het hanteren van objectieve factoren die een indicatie geven van de kosten van langdurige intensieve zorg. Wellicht kunnen vastgestelde beperkingen en diagnoses hierbij een rol spelen. Het risico voor de verzekeraars moet niet te groot zijn, maar ook de prikkel tot doelmatigheid moet niet verwijderd worden. Het risico kan bijvoorbeeld verlaagd worden door een hoge vergoeding vast te stellen of gebruik te maken van nacalculatie. Beide opties verminderen echter de prikkel tot doelmatigheid.

in de verdere aansturing van de AWBZ zou passen. Moet de provincie in deze met de verzekeraar samenwerken of zou de hele verpleeghuiszorg buiten de verantwoordelijkheid van de verzekeraar moeten vallen? Om deze vraag, die uiteraard niet alleen met toegankelijkheid te maken heeft, te beantwoorden is nader onderzoek nodig. In een van de interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, is de mogelijkheid geopperd om het verlenen van zorg los te koppelen van het eigendom van de gebouwen. In dat geval zouden aanbieders de gebouwen huren en kan de aanwezigheid van voldoende geschikte gebouwen buiten de basisverzekering geregeld worden. Dit zou de rol van zorgverzekeraars bij het inkopen van verpleeghuiszorg vergemakkelijken. Hier zitten echter ook haken en ogen aan, die nader onderzoek noodzakelijk maken.

Kostenbeheersing

De kostenontwikkeling in de AWBZ heeft met vele factoren te maken, zoals vergrijzing, individualisering, verlaging wachttijden en latente vraag (zie 3.1). Verzekeraars kunnen maar weinig invloed uitoefenen op het effect van dergelijke factoren. Een verbetering van de doelmatigheid kan eventueel verlichting bieden, maar dat gaat in beginsel om een eenmalige winst waarvan nog niet duidelijk is hoe groot die zal zijn. Het beeld kan er rooskleuriger uitzien als verzekeraars er in slagen via extramuralisatie de doelmatigheid een impuls te geven. Maar bij het langer zelfstandig blijven wonen van mensen, gaat het voor een deel om de lokale taken die voor verzekeraars wellicht minder geschikt zijn. Wel kunnen verzekeraars hierbij een nuttige rol spelen door bijvoorbeeld thuiszorg beter aan te laten sluiten op ziekenhuiszorg. Wat verzekeraars verder zouden kunnen doen (als de politiek dit toestaat) is de vraaggerichtheid en wellicht de kostenbeheersing verhogen door de keuze te bieden uit sobere en luxe pakketten voor langdurige zorg.¹⁰⁹ De vergrijzing en de individualisering zijn gegevenheden. Zorg van een laag kwaliteitsniveau wordt steeds minder geaccepteerd. Op deze punten lijken er weinig mogelijkheden voor kostenbeheersing te zijn. Wellicht kunnen andere door het SCP beschreven factoren op den duur verlichting bieden, zoals gezonder oud worden (met minder beperkingen), de verjonging van de oudere bevolking, de toename van het opleidingsniveau van ouderen, en een toename van het inkomen van ouderen.

Vooralsnog lijkt een fundamentele afweging onvermijdelijk tussen de verschillende doelstellingen van het beleid. Dit kan leiden tot een geringere toegankelijkheid dan momenteel beoogd (bijvoorbeeld door pakketverkleiningen of hogere eigen bijdragen), een lagere kwaliteit en/of een hogere ontwikkeling van de collectief gefinancierde macrokosten.

¹⁰⁹ Mogelijk zal 'tweedeling' in de AWBZ op geringere politieke bezwaren stuiten dan in de curatieve sector, omdat verschillen in kwaliteit van huisvesting, voeding e.d. veel meer geaccepteerd zijn.

Voorlopige conclusie stelselherziening

Het probleem van de doelmatigheidsproblemen kan voor delen van de AWBZ opgelost worden door overheveling naar het tweede compartiment. De vraaggerichtheid en de kwaliteit zullen alleen toenemen als aan specifieke voorwaarden voldaan is. Het is de vraag of bevorderen van de toegankelijkheid een logische taak voor de verzekeraar is. Naar verwachting zullen verzekeraars beperkte invloed kunnen hebben op kostenbeheersing. Gereguleerde concurrentie zal dus zeker niet alle problemen oplossen.

2. Welke criteria kan men hanteren voor overheveling?

iBMG (2002) gebruikt een aantal criteria om na te gaan voor welke onderdelen van de AWBZ gereguleerde concurrentie een geschikte vorm is. Dat is volgens iBMG het geval als integraal zorgmanagement van groot belang is. iBMG verwacht dat integrale transmurale ketenzorg tot flinke kwaliteits- en doelmatigheidswinst leidt.¹¹⁰ Om dit te laten werken is het van belang dat de financiering ook integraal is. Als concrete voorbeelden worden gegeven overheveling van thuiszorg en verpleeghuiszorg naar het tweede compartiment. Criteria zijn hier dus dat gereguleerde concurrentie kwaliteitswinst en doelmatigheidswinst kan opleveren. Gereguleerde concurrentie is volgens iBMG niet geschikt als:

- Er belangrijke externe effecten zijn (b.v. verslavingszorg);
- Veel gebruikers niet in staat zijn om een juiste afweging te maken tussen prijs en kwaliteit (b.v. chronische psychiatrische patiënten, verslaafden en patiënten die niet zelf om hulp vragen);
- Een te groot deel van de verzekerden onverschillig tegenover de kwaliteit staat omdat men denkt het zelf niet nodig te zullen hebben (bijvoorbeeld verstandelijke en lichamelijke gehandicaptenzorg);
- De transactiekosten te hoog zijn (bijvoorbeeld langdurige geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met meervoudige stoornissen).

Deze criteria hebben te maken met risico's van gereguleerde concurrentie, zoals verschraling van de kwaliteit van zorg of risicoselectie. Bij overheveling van verpleeghuiszorg naar de basisverzekering is het daarom belangrijk dat het risicovereveningssysteem op passende wijze veranderd wordt, en er goede gegevens over de kwaliteit beschikbaar komen.

Bij de voorgenomen overheveling van de extramurale GGZ en de intramurale GGZ van korter dan een jaar, zijn vragen te stellen. Omdat hiertoe ook de verslavingszorg behoort, kunnen er problemen ontstaan vanwege externe effecten en de omstandigheid dat verslaafden niet altijd actief op zoek gaan naar zorg. Verder bestaat bij de overheveling de mogelijkheid dat

¹¹⁰ Bijvoorbeeld, uit een evaluatie van experimenten met stroke service voor patiënten met een beroerte blijkt dat de kosteneffectiviteit aanzienlijk verbeterd kan worden. Deze keten heeft zowel betrekking op het tweede als het eerste compartiment. Aangezien de verbeteringen binnen de bestaande situatie hebben plaats gevonden, lijkt overheveling bij dit specifieke voorbeeld geen voorwaarde.

langdurig benodigde GGZ de basisverzekering binnenkomt, waardoor het voordeel van een betere aansluiting met de curatieve sector wordt verminderd. Deze zorg is immers niet op genezing gericht.

Een ander risico van overheveling van delen van de AWBZ is dat op nieuwe plaatsen problemen ontstaan door systeemovergangen. Ook dit is een van de criteria waar op gelet moet worden.

Daarnaast kan, zoals hierboven beredeneerd, van belang zijn welke partij het best in staat is om een bepaalde doelmatigheidswinst te behalen. Waar dat met lokale afstemming te maken heeft, is dat wellicht niet de verzekeraar, en bij aansluiting met de curatieve zorg juist weer wel de verzekeraar.

Op grond van het criterium van kwaliteits- en doelmatigheidswinst en de vier criteria van iBMG komen de op genezing gerichte delen van de thuiszorg, van de GGZ en van de verpleeghuiszorg (revalidatie zorg en reactivering) in aanmerking voor overheveling. Gehandicaptenzorg, chronische psychiatrische zorg en verslavingszorg komen niet direct in aanmerking. Bij de langdurige verpleeghuiszorg en bij verzorgingshuiszorg is nader onderzoek nodig naar de voor- en nadelen van overheveling. Voor verzorgingshuizen geldt dat de zorg die daar traditioneel werd gegeven op den duur wellicht vrijwel helemaal extramuraal gegeven zal worden, waardoor het verzorgingshuis als instelling waar mensen wonen nauwelijks meer nodig is.

3. Wat zijn de beleidsopties voor delen van de AWBZ die buiten de basisverzekering blijven?

Wanneer delen van de AWBZ buiten de basisverzekering worden gehouden is het ook daar zaak te bekijken of de prikkels kunnen worden verbeterd. In de organisatie van de indicatiestelling zijn verbeteringen mogelijk als het om doelmatigheid gaat. Waarschijnlijk zal dit wel enigszins ten koste gaan van andere doelstellingen, zoals klantgerichtheid. Delen van de AWBZ die niet geschikt zijn voor gereguleerde concurrentie kunnen door een lokale of regionale publieke organisatie (de gemeente of een op andere leest geschoeid zorgkantoor) worden uitgevoerd. Als duidelijk is dat voor risicodragende zorgverzekeraars geen belangrijke rol is weggelegd op delen van de AWBZ-markt, is het de vraag of het zin heeft om de zorgkantoorfunctie door een niet-risicodragende zorgverzekeraar te laten uitvoeren. De vorm met een publiek orgaan zou meer aansluiten bij de organisatie in het buitenland waar gemeenten vaak een belangrijke rol spelen bij de langdurige zorg. Men kan dan gebruik maken van minder sterke vormen van concurrentie om deze organisaties aan te sturen, zoals maatstafconcurrentie. Een andere mogelijkheid is verlening van een concessie aan een zorgverzekeraar waarbij deze enig financieel risico loopt. Ook kan men direct proberen de zorgaanbieders te prikkelen via maatstafconcurrentie. Om hier meer over te zeggen is nader onderzoek nodig.

De RVZ (2003) noemt drie mogelijkheden voor delen van de AWBZ die buiten de basisverzekering vallen.¹¹¹ Daarbij gaat men er vanuit dat verpleeghuiszorg en thuiszorg onderdeel kunnen worden van de basisverzekering. De ideeën hebben betrekking op sterk zorgafhankelijke chronisch-psihiatrische patiënten en mensen met een ernstige verstandelijke en/of zintuiglijke handicap. Hiervoor zijn de drie mogelijkheden:

- Een romp-AWBZ;
- Een rijksregeling met een begrotingsgefinancierde centrale kas, uitgevoerd door een ZBO;
- Overheveling naar gemeenten of provincies.

Uit deze drie opties heeft de RVZ een voorkeur voor een rijksregeling, omdat deze minder praktische bezwaren oplevert met bureaucratie, een te kleine geografische schaal of te grote veranderingen ineens.

Visie van VWS op de AWBZ

Bij VWS wordt nagedacht over fundamentele veranderingen in de AWBZ. Ter gelegenheid van Prinsjesdag 2003 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de ideeën die op dat ogenblik ontwikkeld waren over de toekomst van de AWBZ.¹¹² De Minister en Staatssecretaris van VWS onderschrijven nog steeds het principe van vraagsturing. Zij vinden wel dat de verantwoordelijkheidsverdeling moet wijzigen, zowel tussen overheid en burger, als tussen gemeenten en de rijksoverheid. Concreet denkt men er aan om meer verantwoordelijkheid bij burgers zelf te leggen voor die functies die niet direct met een aandoening of gebrek te maken hebben. Te denken valt dan aan functies als huishoudelijke zorg en misschien ook (delen van) ondersteunende en activerende begeleiding, en persoonlijke verzorging. Burgers kunnen hun verantwoordelijkheid invullen door een beroep te doen op mantelzorg of zelf hulp en zorg in te kopen. Pas als beide opties niet mogelijk zijn komt collectief gefinancierde zorg in zicht. Dit type extramuraal zorg zou dan tot de verantwoordelijkheid van de gemeente moeten gaan behoren, omdat die volgens VWS beter in staat is om op lokaal niveau wonen, zorg en welzijn op elkaar af te stemmen. Deze aanspraken behoren in de visie van VWS dan niet tot de AWBZ. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor deze aanspraken, voor de Wet voorziening Gehandicapten en voor de Welzijnswet zou geregeld moeten worden in een nieuwe 'Wet maatschappelijke zorg'. Deze wet geeft mensen geen individueel verzekerde aanspraken op lokaal niveau. De gemeente moet het beroep op deze wet afwegen tegen de financiële mogelijkheden. De AWBZ wordt beperkt tot algemene preventieve zaken en mensen met beperkingen die langdurig continue zorg nodig hebben. Zorgkantoren en RIO's moeten aangezet worden tot betere prestaties door benchmarking. Bovendien wil het kabinet op grond

¹¹¹ De RVZ is voorstander van een brede basisverzekering, waarin grote delen van de AWBZ zijn opgenomen (zie verder in de tekst). De drie geschetste opties geven de ideeën aan voor het geval er voor een smalle basisverzekering wordt gekozen.

¹¹² VWS (2003d).

van de aanbevelingen van het College implementatie indicatiebeleid (CII) de RIO's centraal gaan aansturen. Deze opzet betekent dat men in beginsel afstapt van integrale indicatiestelling. De gemeente wordt immers verantwoordelijk voor de minder zware indicaties, en het centrale orgaan voor de zwaardere. Het CII adviseert wel om zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij gemeentelijke zorgklokken. De gemeente zou dan aanvragen voor AWBZ-zorg in behandeling moeten nemen, terwijl de beslissing over de indicatie wordt genomen door regionale indicatiestellers aangestuurd door de gecentraliseerde indicatie-organisatie. De grens tussen AWBZ en 'wonen en welzijn' moet in de visie van VWS bewaakt worden met betere protocollen.

Visie van de RVZ

In december 2003 is een rapport van de RVZ verschenen waarin een visie wordt geschetst van de rol die de gemeente zou moeten hebben in de zorg.¹¹³ De RVZ vindt dat gemeenten een grotere rol moeten gaan spelen bij de ondersteuning van mensen met beperkingen om goed te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Delen van de AWBZ zouden daartoe overgeheveld moeten worden naar de gemeente. Sommige delen van de AWBZ kunnen in de visie van de RVZ worden geprivatiseerd en flinke delen zouden moeten worden ondergebracht in een brede basisverzekering (verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor gehandicapten). De AWBZ kan dan worden opgeheven. De RVZ vindt een brede basisverzekering belangrijk omdat cure en care steeds meer met elkaar vervlochten raken en omdat er in de huidige AWBZ niet voldoende prikkels voor doelmatigheid zijn. De RVZ gaat niet uitgebreid in op mogelijke problemen met het risicovereveningsstelsel en de prikkel voor verzekeraars om echt hun best te doen voor verzekerden met een langdurige zorgbehoefte.

Beleidsopties SER-rapport

De SER (1999) geeft een breed overzicht van mogelijke oplossingsrichtingen voor gesignaleerde knelpunten in de ouderenzorg. Sommige suggesties zijn al opgevolgd, zoals een functionele omschrijving van de zorgaanpakken in de AWBZ en een grotere rol voor PGB's. De overige oplossingen (en de problemen) zijn grotendeels nog relevant. De eerste omschreven oplossing is handhaving van budgettering met meer aandacht voor de vraagkant (hogere budgetten, meer kwaliteit). De SER verwacht dat die optie op termijn waarschijnlijk onvoldoende vraaggerichtheid zal opleveren. Op dit ogenblik speelt het opnieuw invoeren van de budgettering als terugvaloptie een rol als de financiële beheersbaarheid niet op andere wijze kan worden bereikt. De tweede optie van de SER kent 3 varianten:

¹¹³ RVZ (2003).

- 2a: flexibele aanspraken op zorg (PGB's en functies);
- 2b: wonen en welzijn worden uit de AWBZ gehaald en ondergebracht bij gemeenten en volkshuisvesting;
- 2c: gereguleerde concurrentie: een flink deel van de ouderenzorg wordt overgebracht naar het tweede compartiment (ZFW) (behalve langdurige intramurale zorg bij ernstige klachten).

Zoals aangegeven, is variant 2a al uitgevoerd. Variant 2b heeft deels zijn beslag gekregen door een steeds verdere extramuralisering van de zorg. Ontvlechting binnen de intramurale zorg heeft geen hoge vlucht genomen. Variant 2c komt in het kader van de huidige plannen voor de basisverzekering neer op de besproken optie van de stelselherziening als oplossing.

Bij de derde variant wordt het grootste deel van de AWBZ-zorg overgelaten aan de markt (behalve voor langdurige intramurale zorg bij ernstige klachten). Mensen dienen deze zorg dan zelf in te kopen, rechtstreeks of via aanvullende verzekeringen. Er kan volgens de SER besloten worden voor een vangnet voor kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld ouderen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens). Dit kan in de vorm van een subsidieregeling of sociale voorziening. Deze gedachte van eigen verantwoordelijkheid voor de zorg komt zowel in de visie van VWS als die van RVZ terug, voor bepaalde onderdelen van de AWBZ.

Bijlage A: langdurige zorg in de EU

Zuid Europa

Spanje

Het aanbod van voorzieningen in Spanje is sterk decentraal. In feite is sprake van een systeem van regionale diensten. De inbreng van de informele zorg is groot, maar vanwege de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen is de verwachting dat de betekenis van de formele zorg zal toenemen. De toegang tot dit type zorg loopt via een onderzoek van behoefte en middelen dat per regio nader is ingevuld. Omdat het aanbod laag is, is sprake van rantsoenering. Het aanbod is in handen van lokale overheden en particuliere (non-profit) instellingen. Financiering gebeurt voornamelijk uit belastingen en eigen bijdragen. De huidige discussie gaat over (verdere) integratie van curatieve en langdurige zorg wat de beste financieringsvorm is voor de laatste.

Italië

In Italië bestaat de langdurige zorg aan ouderen uit 3 componenten. Algemene nationale voorzieningen, zorg in instellingen en financiële uitkeringen. Er zijn zowel publieke als private aanbieders. In de langdurende zorg is een vermogenstoets ingebouwd. Opmerkelijk zijn de relatief ruime uitkeringen (een soort PGB) die waarschijnlijk het grote belang van private thuiszorg verklaren. Dit laatste wordt meestal aangeboden in het informele circuit (zoals algemene huishoudelijke hulp in Nederland). Ook hier verwacht men dat het belang van publiek gefinancierde nationale diensten zal toenemen.

Portugal

In Portugal maakt de langdurige zorg deel uit van het nationale Stelsel voor gezondheidszorg (een soort NHS, zoals in Engeland, er bestaan dan ook wachtlijsten). De uitvoering is in handen van de centrale en lokale overheid, samen met private instellingen zonder winstoogmerk. De staat financiert het systeem uit algemene middelen, aangevuld met bescheiden eigen betalingen van gebruikers. Ten aanzien van langdurige zorg voorziet het systeem in drie soorten ondersteuning: een periodieke uitkering (in uitzonderlijke gevallen), ondersteuning in goederen (bijvoorbeeld genees- hulpmiddelen) en toegang tot het medische en sociale circuit door middel van een geldbedrag. Dit laatste wordt uitgekeerd aan de patiënten of hun gezinsleden (een soort PGB dus). De hoogte van dit bedrag hangt af van het relevante gezinsinkomen per hoofd. Ook hier is het beleid er op gericht de patiënt zo lang mogelijk in zijn sociale netwerk te laten functioneren. Globaal onderscheidt men centra voor dagbehandeling/dagopvang, tehuizen, sociale centra en instellingen voor thuiszorg. Drie kopzorgen kwellen de Portugezen. De noodzaak tot betere integratie van curatieve en langdurige zorg; de verkeerde-bedden-

problematiek en de behoefte aan een integrale zorg voor ouderen, waar binnen ook actief aandacht is voor revalidatie.

Griekenland

In Griekenland is sprake van een gemengde financiering van langdurige zorg. Een deel komt uit rijksbelastingen, een ander deel uit premies, giften en legaten. Het aanbod omvat vier componenten. De centrale overheid voorziet in intramurale langdurige zorg: psychiatrische ziekenhuizen, revalidatie-instellingen, verpleeghuizen. Deze voorzieningen zitten vooral in de grote steden. Daarnaast zijn er een aantal zorgcentra voor ouderen; dit zijn meestal private non-profit instellingen. Hun financiering bestaat voor een belangrijk deel uit bijdragen uit de staatskas, maar ook uit verzekeringsfondsen. Er bestaat geen eigen bijdrage. Over de private instellingen met winstoogmerk is weinig bekend, behalve dat de gebruiker zelf de kosten moet opbrengen. Een groot deel van de ouderenzorg is echter in handen van de informele sector: ouderen worden vaak verzorgd door hun verwanten. In ruil daarvoor ontvangen deze bepaalde belastingvoordelen. De zorg bestaat uit zorg in natura en uit financiële ondersteuning. Voor sommige onderdelen van de laatste (compensatie van woonlasten, bijvoorbeeld) bestaat een inkomenstoets.

De naderende grijze golf doet de overheid beseffen dat in rap tempo voorzieningen (verder) moeten worden ontwikkeld om de gepaste zorg te kunnen bieden, niet in het minst omdat de rol van de gezinnen bij de ouderenzorg zal afnemen. Een van de belangrijke speerpunten daarbij is de verdere ontwikkeling van de thuiszorg, waaronder volledige verzorging aan huis.

Verenigd Koninkrijk en Ierland

Verenigd Koninkrijk

Net als in bovengenoemde landen is in het VK het gebruik van curatieve voorzieningen (binnen de NHS) gratis, terwijl voor langdurige zorg een inkomenstoets bestaat. Locale overheden zijn verantwoordelijk voor het vaststellen van de behoefte, het formuleren van toelatingscriteria en het organiseren van aanbod van sociale diensten. Het systeem is sterk gericht op het toewijzen van de beschikbare diensten aan de meest behoeftigen. Er zijn vier verschillende individuele budgetten voor langdurige thuiszorg. Twee daarvan zijn een aanvulling op bestaande zorg, de andere twee (het Independent Living Fund en de Direct payments) zijn bedoeld als een gedeeltelijke of volledig substitutie van zorg in natura.

Er is toenemende aandacht voor revalidatie. Nationale en lokale belastingen zijn de voornaamste financieringsbron van langdurige zorg; daarnaast zijn er verplichte bijdragen van gebruikers. Er vindt een continu debat plaats over de beste wijze van financiering op termijn. De vermogenstoets voor verpleeghuiszorg is inmiddels afgeschaft; in Schotland bestaat deze ook niet meer voor thuiszorg.

Ierland

De toegang tot de gezondheidszorg in Ierland is afhankelijk van de mate van hulpbehoevendheid ('hardship') in combinatie met het gezinsinkomen. Personen die hieraan voldoen ontvangen een medisch paspoort ('medical card') dat toegang geeft tot gratis medische en sociale zorg. De overigen hebben beperkt toegang en moeten een deel zelf betalen. Vanaf 1991 hebben alle 70 plussers automatisch een medisch paspoort. Ook in Ierland is de toegang tot voorzieningen voor langdurige hulp op basis van medische behoefte. De zorg bestaat uit medische en sociale hulp aan ouderen en gehandicapten. Financiering vindt plaats uit belastingopbrengsten en eigen bijdragen. Het niveau van de vergoeding hangt niet alleen af van de mate van onzelfstandigheid, maar ook van de eigen middelen. De langdurige zorg is nu sterk gericht op intramurale hulp. Het systeem komt weinig tegemoet aan ouderen die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. De overheid wil nu de werking van het bestaande stelsel zo wijzigen dat alle langdurige zorg wordt omvat en dat de wijze van vergoeden de thuiszorg meer ondersteunt. Op deze wijze wil ze stimuleren dat ouderen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven functioneren.

Duitsland en Oostenrijk

Duitsland

In Duitsland bestaat een verplichte verzekering voor langdurige zorg. Ongeveer 90% van de bevolking is verzekerd via een publiek systeem, gefinancierd door bijdragen van werkgevers en werknemers (zoals de ZFW). Het overige deel (waaronder ambtenaren en militairen) valt onder een verplichte private verzekering. Om in aanmerking te komen voor een vorm van langdurige zorg moet aan een aantal criteria zijn voldaan. Men moet minstens zijn geïndiceerd voor twee algemene dagelijkse verrichtingen voor meer dan 90 minuten per dag voor een periode van minstens 6 maanden. De kortdurende thuiszorg moet de gebruiker dus uit eigen middelen financieren. Er gelden nationale criteria voor het verkrijgen van zorg. Voldoet men hieraan, dan kan men kiezen tussen verschillende diensten (zeg maar ZIN), een bedrag in geld (een soort PGB) of een combinatie van beiden. Het overgrote deel (76% in 1996) kiest voor een budget. Er is geen vermogenstoets voor de zorg die binnen de verzekering valt, maar wel voor de eventuele extra kosten.

Oostenrijk

Toegang tot langdurige zorg in Oostenrijk is vastgelegd in de federale wet op tegemoetkoming voor langdurige zorg (Bundespflegegeldgesetz). Criteria voor toegang tot de voorziening zijn in een aanvullende wet vastgelegd (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz). Laatstgenoemde wet bepaalt ook dat een alleen een medisch expert bevoegd is om de toetreding te toetsen. Er bestaan zeven opeenvolgende niveaus van afhankelijkheid, elk eenduidig gekoppeld aan een vast bedrag (per maand), maar onafhankelijk van persoonlijk inkomen of

vermogen. De vorm van een uitkering in geld is gekozen om de mensen in staat te stellen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven functioneren. Het systeem wordt gefinancierd uit belastingen.

Frankrijk en België/Luxemburg

Frankrijk

Toegang tot het Franse systeem vastgelegd in de Ouderdomswet van 2001 (*Allocation personnalisée d'autonomie*). Deze legt het recht op ondersteunende zorg vast (als gevolg van verminderd functioneren) en het recht op medische en technische zorg. De criteria om in aanmerking te komen voor langdurige zorg zijn landelijk vastgesteld, zodat iedereen op basis van dezelfde behoefte dezelfde zorg krijgt (in de vorm van een financiële toelage). De uitvoering is in handen van regionale autoriteiten (*Départements*). Hoewel er geen vermogenstoets is, hangt de hoogte van de uitkering af van de middelen van de patiënt. De kosten komen vrijwel geheel voor rekening van de *Départements*; een deel komt uit een speciaal fonds, gefinancierd uit sociale premies.

Voor personen die zijn geïndiceerd voor thuiszorg bestaan PGB-achtige constructies. De *majoration pour tierce personne* is een aanvulling op het pensioen voor personen die voor hun 65e jaar al met beperkingen te kampen hebben. Op de *Allocation Compensatrice* kunnen personen onder de 60 jaar een beroep doen, mits zij voor minstens 80% zijn gehandicapt. Met beide tegemoetkomingen kan zowel professionele als informele hulp worden ingekocht. De uitkering in het kader van de *Prestation Spécifique Dépendance* lijkt nog het meest op het Nederlandse PGB. Het gaat om hulpbehoevenden boven de 60 jaar die zijn aangewezen op permanente hulp of toezicht. De aanbiedende organisatie komt in dienst van de budgethouder. Er is een uitgewerkt zorgplan vereist.

België

Sinds 1998 kent België één verplichte overkoepelende verzekering voor gezondheidszorg. Deze bestaat uit een algemeen compartiment en een compartiment voor zelfstandigen. Premies en eigen bijdragen financieren het systeem. Ook hier is de langdurige zorg er op gericht iemand zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren in de eigen omgeving. De zorg bestaat uit thuiszorg, medische en palliatieve zorg aan huis, (medische) dagverblijven. Daarnaast zijn er de laatste jaren initiatieven genomen om de verschillende vormen van zorg die een patiënt thuis ontvangt beter op elkaar af te stemmen. Verder zijn er natuurlijk de intramurale voorzieningen en beschermde woonvormen. In 2001 is een wet aangenomen die de mensen het recht geeft particuliere thuiszorg in te kopen tegen een redelijke prijs. Dit omdat de reguliere thuiszorg taken moest laten liggen. Ook bestaat nu de mogelijkheid om de loopbaan tijdelijk (voor een deel) te onderbreken om voor een ziek familielid te zorgen. De betreffende verzorger ontvangt dan een uitkering ten laste van de werkloosheidsverzekering. Een soortgelijke regeling bestaat

voor palliatieve zorg (ook voor niet-familieleden). Omdat de kosten voor verpleeg- en verzorgingshuizen de pan uitrijzen, is voor dit jaar een verandering in de wijze van financieren voorzien. Men denkt aan het instellen van vaste jaarlijkse budgetten per instelling.

Luxemburg

Ook hier bestaat sinds begin 1999 één overkoepelende verplichte verzekering, gefinancierd uit (inkomensafhankelijke) premies en eigen betalingen. Het deel van het inkomen waarover geen premie is verschuldigd is voor gepensioneerden 30% hoger dan voor overige verzekerden. Wanneer de totale franchise voor bejaarden hoger is dan hun reële inkomen, wordt het pensioen aangevuld met de berekende premie over het resterende deel. De langdurige zorg valt onder een verplichte sociale verzekering, gefinancierd uit een procentuele heffing op inkomen uit arbeid, sociale uitkeringen (excl. pensioenen) en vererving. Iemand die zo is verzekerd heeft onvoorwaardelijk recht op zorg. Er vindt bij de aanvrager geen vermogenstoets plaats. In principe is sprake van zorg in natura; in geval van thuiszorg kan maximaal 10,5 uur per week worden omgezet in een budget zodat familie of kennissen de vereiste zorg door kunnen verlenen. Gegeven de schaarste op de arbeidsmarkt voor verzorgend personeel is dit geen overbodige luxe. Omdat de nieuwe wet slechts onlangs is ingevoerd, zijn te weinig mensen beken met deze mogelijkheden. Zo wordt er nauwelijks méér gebruik gemaakt van langdurige thuiszorg dan voor de invoering van de wet. Men heeft nu plannen de wet te verruimen zodat ook kortdurende revalidatie aan huis er onder valt. Verder is op korte termijn een uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit met 30% noodzakelijk; vanwege de wachttijd (6-12 maanden) doet een toenemend aantal ingezetenen beroep op verzorging in het buitenland.

Scandinavië

Denemarken

De organisatie van langdurige zorg is in handen van de gemeenten. Er zijn twee financieringsbronnen: lokale belastingen en subsidies van de centrale overheid. Eigen bijdragen voor thuiszorg zijn beperkt; voor het verblijf in verpleeg- en verzorgingshuizen gelden vergelijkbare bijdrageregelingen voor woon- en verblijfkosten als in Nederland. Tevens ontvangen personen die de langdurige zorg voor anderen op zich hebben genomen en hiervoor een deel van hun baan hebben opgezegd een financiële compensatie.

Bij de indicatiestelling voor thuiszorg staat de behoefte van het huishouden waartoe de patiënt behoort centraal. De beschikbaarheid van informele zorg weegt dus zwaar mee bij het vaststellen van de behoefte aan langdurige zorg. De indicatie is meestal in handen van iemand 'die in het systeem zit', veelal een verpleegkundige. Deze maakt gebruik van nationale richtlijnen om het noodzakelijke beroep op langdurige zorg vast te stellen. De huisarts heeft geen zeggenschap over de indicatiestelling; er is wel sprake van een ondersteunende rol.

Het systeem is er op gericht om mensen zo lang als dat verantwoord is zelfstandig te laten wonen. Op dit moment is er een tekort aan huishoudelijke hulp, wellicht als gevolg van het feit dat om (integraal) thuiszorg te mogen verlenen een opleiding van 14 maanden is vereist. Hierin zit ook een stuk verpleeghuiszorg-aan-huis.

Een belangrijk principe van institutionele langdurige zorg is namelijk dat faciliteiten onafhankelijk moeten zijn van iemands woon- of verblijfsituatie. Verpleeghuiszorg moet dus ook in de eigen woning mogelijk zijn. Daarom worden er sinds 1987 geen traditionele verpleeghuizen meer gebouwd. Sinds de jaren tachtig neemt het beroep op diensten als 24-uurs thuiszorg en verblijf in aangepaste woningen (al dan niet met begeleiding) toe. Institutionele ouderenzorg bestaat nog wel; het toelatingsbeleid is in handen van de lokale overheid.

Finland

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de volledige gezondheidszorg. Het staat ze vrij deze zorg zelf te organiseren of in combinatie met andere gemeenten, en om de uitvoering uit te besteden aan publieke of private instellingen (met of zonder winstoogmerk). Een verplichte werknemersverzekering dekt de kosten van de publieke instellingen; de werkgever draagt de financiële lasten hiervan. Een verplichte verzekering dekt de kosten van ondernemers en zelfstandigen. Eigen betalingen hebben de vorm van een eigen risico aan de voet.

De langdurende zorg richt zich specifiek op hulp bij dagelijkse bezigheden, sociale (re)integratie en het waarborgen van voldoende en adequate zorg. Om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen is een verschuiving gaande in de richting van niet-institutionele zorg. Publieke instellingen leveren ongeveer 90% van de diensten voor ouderen. Deze diensten nemen de vorm aan van thuiszorg, aangepast wonen, zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en ondersteuning van informele zorg. Voor de laatste is een mengvorm van ZIN en een PGB constructie van kracht. De zorgverlener (meestal een familielid) legt de zorg vast in een contract en legt dit ter goedkeuring voor aan de gemeente. De ondersteuning kan de vorm hebben van een bedrag, maar ook van zorg in natura, of beide. Een nadeel van het gedecentraliseerde systeem is dat bij gelijke zorgbehoefte verschillen in indicatie en dienstverlening ontstaan. Hier wil men in de toekomst iets aan doen.

Zweden

De verantwoordelijkheid voor langdurige zorg is verdeeld over drie bestuurlijke niveaus. De centrale overheid bepaalt de juridische en economische kaders, de regio's zijn verantwoordelijk voor de voorzieningen en de gemeenten voor het gebruik. Financiering vindt plaats uit regionale en lokale belastingen. De hoogte van de eigen bijdragen is afhankelijk van de woonplaats, maar het totale bedrag per persoon mag jaarlijks niet boven een vastgesteld plafond uitkomen. Ieder die hulp nodig heeft, kan aankloppen bij de gemeente. Deze wijst zorg toe op basis van de vastgestelde behoefte. In dit proces vindt overleg plaats met de familie en een arts (meestal de huisarts). Deze toewijzing gebeurt door een zorgmanager, die zelf geen medische opleiding

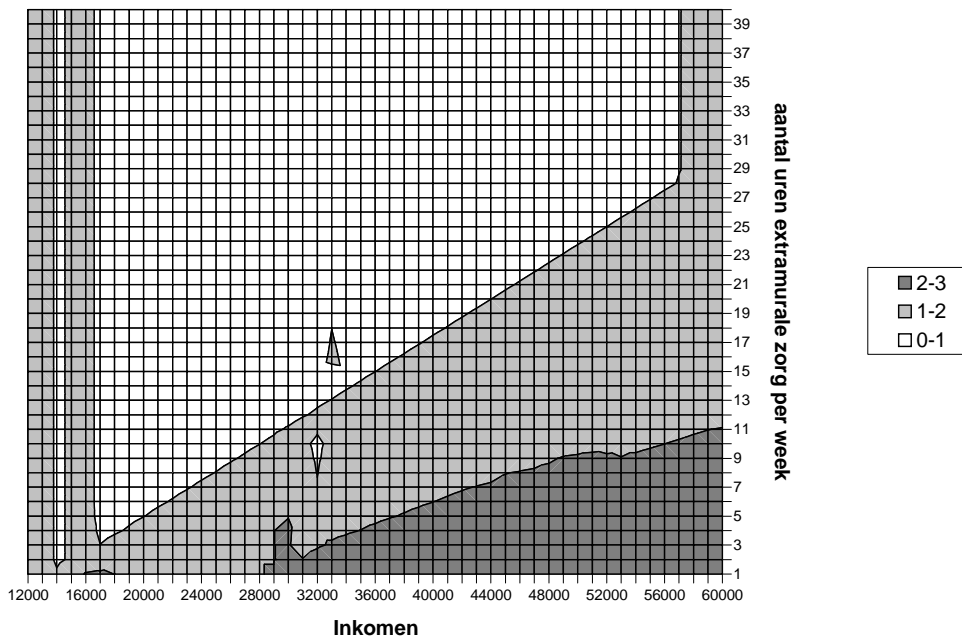
behoeft te hebben. Dit laatste werd de afgelopen jaren terecht als een zwak punt gezien; de verpleeghuisindicatie is nu in handen van iemand met een medische opleiding.

De belangrijkste vorm van hulp is thuiszorg; het percentage van de bevolking dat hiervan gebruik maakt daalt weliswaar, maar de zorgintensiteit neemt toe. Institutionele zorg komt alleen in beeld zodra alle andere mogelijkheden ontoereikend blijken. Ook hier speelt de verkeerde bedden problematiek ('bed blockers'): ouderen die in een verpleeghuis horen maar in het ziekenhuis blijven liggen omdat geen plaats beschikbaar is. Ze houden tussen de 5 en 10 procent van het aantal ziekenhuisbedden bezet (zie verder: Carlsson/Lindholm (2003)).

Bijlage B: Verhouding eigen bijdragen

Figuur B1 geeft de verhouding weer tussen de nieuwe en de oude extramurale eigen bijdrage, waarbij de gevolgen van fiscale compensatie zijn meegenomen. De aanduiding 1-2 betekent bijvoorbeeld dat vragers in het eigen bijdrage stelsel van 2004, 1 tot 2 keer zoveel betalen als in het eigen bijdrage stelsel van 2003. De figuur geldt voor alleenstaanden van 65 jaar of ouder die vier weken, of langer, een bepaald aantal uren extramurale hulp krijgen.

Figuur B1 De verhouding tussen de extramurale eigen bijdrage in 2004 en in 2003 voor alleenstaanden van 65 jaar of ouder, waarbij rekening is gehouden met fiscale compensatie.



Literatuur

Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, S.A. van der Geest, F.T. Schut, M. Varkevisser, 2003, *Zorgvuldig dereguleren, Een analysekader voor de curatieve zorg*, Studies in Economic Policy 8, OCFEB en iBMG, Rotterdam.

Berg Jeths, A. van den, J. Timmermans, N. Hoeymans, I. Woittiez (2004), *Bouwstenen voor de Nota Ouderenbeleid, Oud zijn in de toekomst: gezondheid, verzorging en verpleging in 2020*, te verschijnen .

Berg, B. van den, 2000, *Recht op thuiszorg*, *Medisch Contact* 55(3), 20 januari 2000.

Berg, B. van den en F.T. Schut, 2003, *Het einde van gratis mantelzorg?* *ESB* 5-9-2003, pp. 420-422.

Berg, B. van den en P. Spauwen, 2003, *Measurement of informal care*, Working paper, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Berg, B. van den, J. van Exel, T. van den Bos, M. Koopmanschap, W. Brouwer, 2003, *Mantelzorg en persoonsgebonden budget: Een situatieschets van mantelzorgers bereikt via leden van de vereniging van budgethouders Per Saldo*, iMTA-rapport 02.59 en RIVM-rapport 282701004, februari 2003.

Bosa, I.M., 2003, *Overview of the provision of long term care in the EU*, gepresenteerd op een congres van het European Institute of Public Administration, Milaan, juli.

Breedveld, E.J., 2003, *Thuiszorg en Bedrijf, herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997*, academisch proefschrift, Tilburg.

Campen, C. van en E. van Gameren, 2003, *Vragen om hulp, vraagmodel verpleging en verzorging*, SCP, Den Haag.

CBS, 2002, *Vademecum Gezondheidsstatistiek 2001*, Voorburg.

CBS, 2003, *Nationale rekeningen 2002*, Voorburg.

CII, 2003, *Advies: bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling*, College Implementatie Indicatiebeleid, 22 september 2003.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002, Uitvoeringstoets (Tweede fase) over Modernisering AWBZ, 8 juli 2002.

COM, 2001, De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen, Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Economisch en Sociaal Comité en het comité van de regio's, Brussel, nr. 723 definitief.

Consumentenbond, 2002, *Zwartwitboek: 'Vastgelopen in de zorg'*, 2 december 2002.

CPB, 2000, Yardstick competition: Theory, design, and practice, CPB Working Paper 133, Den Haag.

Folmer, K., E. Mot, R. Douven, E. van Gameren, I. Woittiez en J. Timmermans (2001), Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006, CPB document no. 7, CPB, SCP, met medewerking van RIVM.

CPB, 2003, Zorg voor concurrentie, CPB Document 28, Den Haag.

CTG, 2002, *Uitvoeringstoetsen modernisering AWBZ*, College Tarieven Gezondheidszorg, Utrecht, 17 juni 2002.

CTZ, 2002, Relatie thuiszorginstellingen en zorgkantoor, Document TZ2, 19 juli 2002, Diemen.

CTZ, 2002a, *Een visie in ontwikkeling: Toezicht op doelmatigheid*, Diemen.

CTZ, 2003, *Moderniseringsmaatregelen AWBZ 2003*, Diemen.

CTZ, 2003a, *Inkoopproces thuiszorg*, Publicatienummer 18, Diemen.

CVZ, 2002, *Monitoring beheerskosten AWBZ 2001*, publicatienummer 112, Diemen.

CVZ, 2002a, *Onderzoek naar effecten van fusie en concentratie in de GGZ*, publicatienummer 116, Diemen.

CVZ, 2003, *Modernisering AWBZ, Deel 2, Facilitering contracteerbeleid zorgkantoren*, publicatienummer 157, Diemen.

CVZ, 2003a, Toelating van zorginstellingen in de gemoderniseerde AWBZ, 3^e Kwartaalbericht 2003, College voor Zorgverzekeringen, pp. 14-15.

CVZ, 2003b, Knelpunten bij de indicatiestelling door RIO's, 3^e Kwartaalbericht 2003, College voor Zorgverzekeringen, pp. 17-18.

CVZ, 2003c, Kernmonitor PGB nieuwe stijl, publicatienummer 03/175, 18 december 2003, Diemen.

Eggink, E. and J.L.T. Blank, 2000, Efficiency of Dutch nursing homes: The sensitivity of DEA-scores to different sets of resource prices, in: J.L.T. Blank (ed.), *Public provision and performance, Contributions from efficiency and productivity measurement*, Elsevier Science B.V.

Eggink, E. and J.L.T. Blank, 2001, *Verstandig verzorgd, Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten*, SCP, Den Haag.

Evenhuis, H.M., 2002, Want ik wil nog lang leven, Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Samen leven in de samenleving, Zoetermeer.

Goot, B. van der, 2003, Bron van zorg, *Medisch Contact* 50, 12 december 2003, pp. 1950-1951.

HHM, 2003, Periodieke inventarisatie Regionale Indicatie Organen, Peildatum 1 juli 2003, Organisatieadviseurs Hoeksma, Homans en Menting, 12 september 2003, Enschede.

Huijben, M.P.M. en A. Geurtsen, 2003, Grote verschillen in omvang en dienstverleningsniveau overhead van publieke organisaties.

iBMG, 2002, *Manifest, Twintig Zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, Rotterdam.

IGZ, Inspectie voor de Volksgezondheid / Staatstoezicht op de volksgezondheid, 1997, *Staat van de gezondheidszorg, een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid*, Ministerie van VWS.

IGZ, 2003, Inspectie voor de Volksgezondheid / Staatstoezicht op de volksgezondheid, *Jaarrapport 2002*, Den Haag.

- Jörg, 2003, Objectivity in individual needs assessment for access to long-term care, Proefschrift, Universiteit van Utrecht.
- Kanters, H., W. van der Windt en M. Ott, 2003, Geen wildgroei managers in de gezondheidszorg, *Het Financieele Dagblad*, 23 december 2003.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002, *Zorg van velen*, Eindrapport, Den Haag.
- Landelijke vereniging voor thuiszorg, 2003, Jaarverslag 2002.
- Lapre R., F. Rutten en E. Schut, 2001, *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Tweede, herziene druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2001.
- LCIG, 2003, Jaarverslag 2003, Landelijk centrum indicatiestelling gehandicaptenzorg.
- MDW, 2000, De ontvoogding van de AWBZ, Rapport van de MDW-werkgroep AWBZ.
- Meulenbeek, H., J.W. Velthuis en J. Verduijn, 1999, Vouchers in de AWBZ, *ESB 4219*, 16 september.
- Ministeries van VWS en Financiën, 2003, Financiële bouwstenen Zorg, rapportage voor de kabinetsformatie, Den Haag.
- Mistiaen, P. en D. Delnoij, 2003, Quick scan kwaliteit van zorg vanuit cliënten perspectief in de care-sector, Nivel.
- NMa, 2003, AWBZ-zorgmarkten, Informatie- en consultatiedocument, juni 2003, Den Haag.
- RVZ, 2003, Gemeente en zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.
- Schrijvers, A.J.P., S. Jedeloo, F. Jörg en J.G. Hoogerduijn, 2001, *Rio, het jongste kind groeit op*, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- Schut, F.T., 1999, Schipperen tussen plan en markt, *ESB*, 84^e jaargang, nr. 4211, pag. D16-D19.

- SCP, 2003, Modelleren van de care-sectoren in het Ramingsmodel Zorg, Werkdocument 89, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, januari 2003.
- SER, 1999, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Sociaal Economisch Raad, september 1999, Den Haag.
- Singelenberg, J., 2002, Wonen en zorg: scheiden of integreren?, Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Timmermans, J. C. van Campen en J. Hessing, (2002), Zorg, hoofdstuk 6 in: *Sociaal Cultureel Rapport 2002*, SCP, Den Haag.
- Timmermans, J.M. (red.), 2003, *Mantelzorg, Over de hulp van en aan mantelzorgers*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Timmermans, J. en I. Woittiez, 2004, Advies ramingen verpleging en verzorging, SCP.
- VWS, 2000, Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief, Ministerie van VWS, september 2000.
- VWS, 2001, Vraag aan Bod, Hoofdlijnen voor vernieuwing van het zorgstelsel, Ministerie van VWS, Den Haag.
- VWS, 2003a, Vijfde rapportage groot project modernisering AWBZ, Brief aan de Tweede Kamer, Ministerie van VWS, september 2003.
- VWS, 2003b, Eigen bijdrage AWBZ, Brief aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-U-2428586, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VWS, 2003c, Standpunt inzake advies College implementatie indicatiebeleid, brief van de staatssecretaris van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 7 november 2003.
- VWS, 2003d, Stappen naar een toegankelijke betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ, Brief aan de Tweede Kamer, Ministerie van VWS, 15 september 2003.
- VWS, 2003e, Plan van aanpak invoering functiegerichte bekostiging, Brief aan de Tweede kamer, Ministerie van VWS, 1 september 2003.

VWS, 2003f, Modernisering AWBZ: klanten kiezen / vragen en antwoorden, Den Haag.

VWS, 2003g, *Zorgnota 2003*, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2003h, Standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 28 november 2003.

VWS, 2003i, Overheveling 'op genezing gerichte zorg', brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 21 november 2003.

VWS, 2003j, Rijksbegroting, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, inclusief zorgbeleid, Begroting XVI, 16 september 2003.

Woittiez, I., I. Ooms, I. Schoemakers-Salkinoja en B. Kuhry, 2002, Modelling van de gehandicaptenzorg, werkdocument 81, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Woittiez, I. E. van Gameren en I. Ooms, 2003, Modelling van de care-sectoren in het ramingsmodel zorg, Werkdocument 89, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Woldringh, C. en C. Ramakers, 1998, Persoonsgebonden budget verpleging & verzorging, Ervaringen van Budgetgebruikers en kwaliteit van zorg, ITS Nijmegen, Tandem Felix, Ubbergen.

Woldringh, C., F. Baarveld en C. Ramakers, 1998, Persoonsgebonden budget verstandelijk gehandicapten. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen.