

THEMA: AWBZ

## De AWBZ, hoe staan we ervoor?

*Rudy Douven en Esther Mot*

In deze bijdrage geven we een economische analyse van de huidige AWBZ. Vanaf het jaar 2000 is er veel beleid gevoerd om de wachtlijsten in de AWBZ-sectoren te verkleinen. Bovendien is in 2003 het eerste deel doorgevoerd van een moderniseringsoperatie, die erop is gericht om de AWBZ meer vraaggestuurd te maken. Onder vraagsturing verstaan wij dat vragers naar AWBZ-zorg, gegeven hun beperkingen en omstandigheden en de kosten die de maatschappij wil maken om hen hiermee te helpen, zoveel mogelijk invloed hebben op het soort zorg dat zij krijgen, en de organisatie, kwaliteit en hoeveelheid daarvan. Op het ogenblik kunnen we concluderen dat de wachtlijsten zijn afgenomen en dat de patiënten meer invloed op hun zorg hebben gekregen, maar ook dat de financiële beheersbaarheid van de AWBZ sterk is afgenomen.

Omdat de regelgeving en de gedachtevorming sterk in beweging zijn, is onze analyse een momentopname. Enkele kernvragen hierbij zijn: waar staan we nu gezien de vele ontwikkelingen in de AWBZ in de afgelopen jaren; welke prikkels zijn er aanwezig in de huidige AWBZ en in hoeverre kunnen daarmee de doelstellingen van het huidige beleid worden behaald? De opzet van dit artikel is als volgt. In paragraaf 1 geven we een korte beschrijving van de AWBZ en de ontwikkelingen. In de paragrafen 2 en 3 gaan we nader in op de prikkels en doelstellingen in de AWBZ en op nieuwe beleidsvoornemens om de problemen in de AWBZ op te lossen. In paragraaf 4 sluiten we af met een discussie over mogelijke oplossingsrichtingen. Bij dit laatste gaat het om een eerste aanzet. In paragraaf 5 volgt een conclusie.

## 1 De AWBZ in vogelvlucht

**Wat is de AWBZ?** De precieze criteria voor de afbakening van de AWBZ zijn in de loop der tijd aan verandering onderhevig geweest. In SER (1999) werd de AWBZ als volgt omschreven:

*'De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) behoort tot het eerste compartiment van het stelsel van verzekeringen voor ziektekosten in Nederland en omvat de op verzorging gerichte activiteiten.<sup>1</sup> De 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 en dergelijke.'*

De premie voor de AWBZ is afhankelijk van het inkomen. Via deze wijze van financieren wordt dus zowel inkomens- als risicosolidariteit opgelegd.<sup>2</sup>

**Ontwikkelingen in de AWBZ: budgettering vervangen door het recht op zorg.** Hoewel in het vorige decennium aanbodregulering redelijk succesvol bleek vanuit het oogpunt van kostenbeheersing, leidde dit tot onbeheersbaarheid op een ander punt: wachtlijsten en lange wachttijden. Onder aanbodregulering verstaan wij het stelsel waarin de overheid niet alleen de budgetten voor AWBZ-sectoren bepaalt, maar ook precies voorschrijft wie welke AWBZ-zorg mag verlenen en op welke manier dit georganiseerd moet zijn. De starre aanbodregulering leidde niet alleen tot een roep om meer vraagsturing, maar bracht ook discussies op gang over het verzekeringskarakter van de AWBZ. Sinds die tijd hebben zich enkele belangrijke ontwikkelingen voorgedaan die het karakter van de AWBZ ingrijpend hebben gewijzigd. Het 'recht op zorg' zorgde ervoor dat budgettaire beperkingen grotendeels verdwenen en dat er sinds 2000 extra gelden voor de AWBZ-zorg beschikbaar

<sup>1</sup> Het tweede compartiment (de ziekenfondssector en de particuliere ziektekostenverzekering) omvat de curatieve sector, de op genezing gerichte activiteiten.

<sup>2</sup> De inkomenssolidariteit wordt echter beperkt doordat AWBZ-premie alleen over de beide eerste belastingschijven wordt geheven (dus tot ongeveer 30.000 euro).

kwamen om wachtlijsten weg te werken. Sinds de verschijning van *Vraag aan Bod* (VWS 2001) is het ministerie van VWS bezig een nieuwe visie te ontwikkelen op zowel het eerste als tweede compartiment. In april 2003 werd een volgende stap gemaakt in de ombouw van een aanbod- naar een meer vraaggestuurd stelsel. De persoonsgebonden budgetten (PGB's) zijn een grotere rol gaan spelen, waardoor zorgvragers meer invloed krijgen op de zorg. Een vrager krijgt met een PGB immers een bedrag waarmee hij naar eigen inzichten zorg kan inkopen. Ook is de zorg nu ingedeeld in functies die de zorg moet vervullen (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging), in plaats van specifieke producten van zorginstellingen. De bedoeling is dat schotten in de AWBZ verdwijnen doordat instellingen meerdere functies kunnen leveren, en dat het aanbod toeneemt.

**Problemen met de financiële beheersbaarheid.** Door de recente ontwikkelingen zijn problemen met wachtlijsten of te geringe klantgerichtheid verminderd, maar zijn er ook weer nieuwe problemen ontstaan. Het laten vallen van de aanbodregulering (in de vorm van de erkenning van het recht op zorg en de grotere rol van PGB's) is gebeurd zonder dat daar een nieuw mechanisme om de kosten te beïnvloeden, voor in de plaats kwam. Dit betekent dat de beheersbaarheid van de groei van de macrokosten is verslechterd. De nieuwe maatregelen stimuleerden immers zowel de vraag, die lange tijd kunstmatig werd beperkt, als het aanbod. Niet alleen werd het eenvoudiger voor nieuwe aanbieders om toe te treden en voor bestaande aanbieders om het aanbod te vergroten, ook zorgde het PGB ervoor dat zorg die voorheen nog mantelzorg was, in de toekomst door de AWBZ gefinancierd kan worden.

In tabel 1 is te zien dat de AWBZ-uitgaven de afgelopen jaren sterk zijn gegroeid. In tabel 1 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 ongeveer 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 zevende 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 achtste rij de procentuele toenames gegeven. In de periode 2000-2002 is de groei van de uitgaven gemiddeld meer dan tien procent per jaar. Het ontleden van deze groei in volume en prijs blijft een lastige onderneming. Bij de CBS-cijfers is deze splitsing in rij vijf en zes gemaakt op basis van outputmeting oftewel productie-indicatoren. Bij de CVZ-cijfers is deze splitsing in rij negen, tien en elf 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 de tabel.<sup>3</sup>

Tabel 1 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)

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

Gedurende de periode 1998-2002 zien we 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. Inspanningen om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren en de werkdruk te verminderen, hebben ertoe geleid dat de zorg duurder werd.

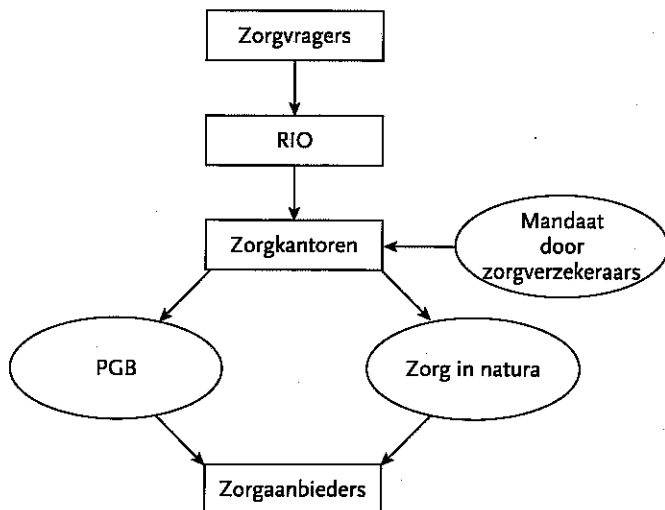
## 2 Prikkel in de AWBZ

Het loslaten van de aanbodregulering betekent automatisch dat de actoren in de AWBZ meer vrijheid krijgen om de omvang en de samenstelling van de productie te bepalen. Aspecten als kostenbeheersing en doelmatigheid komen dan alleen uit de verf als de juiste prikkels er zijn op het niveau van de actoren (vragers, aanbieders, indicatiestellers, verzekeraars) zelf. In deze paragraaf gaan we daarom dieper in op de prikkels die de verschillende actoren ondervinden.

Figuur 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.<sup>4</sup> Het RIO beoordeelt of de vrager recht heeft op zorg, en om welke functies het gaat met welke intensiteit. 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 (behalve bij de functies behandeling en verblijf, waar alleen natura mogelijk is). 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.

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

Figuur 1 Traject dat zorgvrager dient te doorlopen



**Zorgvragers.** Hoewel er structurele determinanten zijn van de vraag naar AWBZ-zorg, die bijvoorbeeld samenhangen met problemen op oudere leeftijd, kan de vraag naar zorg niet los gezien worden van omgevingsfactoren en voorkeuren voor bepaalde zorgvormen. Zo zal er een groter beroep op zorg worden uitgeoefend wanneer wachtlijsten teruglopen (latente vraag)<sup>5</sup> of wanneer de aanwezigheid van gezinsleden of mantelzorg ontbreekt. Ook de aanwezigheid van geschikte woningen voor senioren kan een rol spelen. Tevens kan de vraag naar AWBZ-zorg toenemen door PGB's, omdat door een PGB een cliënt toegang krijgt tot meer vormen van zorg, of omdat betaalde zorg in de plaats komt van mantelzorg. In een empirische analyse laten Van den Berg en Hassink (2004) inderdaad zien dat cliënten met een PGB meer private zorg vragen. Er zijn aanwijzingen dat PGB's doelmatiger zijn dan zorg in natura (Timmermans *et al.* 2002). Een mogelijke reden hiervoor is dat zorgvragers meer keuzevrijheid hebben en dat aanbieders daardoor beter geprikkeld worden tot doelmatige zorgverlening.

5 Met latente vraag bedoelen wij vraag die niet geuit wordt, omdat mensen verwachten dat ze toch (voorlopig) geen zorg zullen krijgen. Het gaat dus om een soort discouraged patient-effect.

Overigens zal meer transparantie, zowel met betrekking tot kwaliteit als prijs van het product, deze doelmatigheidsprykkels versterken. Mogelijk speelde bij de waargenomen doelmatigheid ook een rol dat thuiszorgstellingen in het verleden, door het geringe aantal PGB's, alleen de variabele productiekosten in rekening brachten (Van den Berg 2000). Dit laatste verschijnsel zal afnemen bij een grotere rol van PGB's. De keuze tussen PGB en zorg in natura hangt ook samen met het verschil in tarief. Het bedrag dat een cliënt meekrijgt bij een PGB, ligt ongeveer op 75% van het tarief bij zorg in natura.

Zowel voor de intramurale als voor de extramurale AWBZ bestaan er eigen bijdragen met een inkomensafhankelijk maximum. Per 1 januari 2004 zijn de eigen bijdragen in de extramurale AWBZ aanzienlijk verhoogd om de kosten beter in de hand te houden.<sup>6</sup> Een mogelijk gedragseffect van hogere eigen bijdragen is dat vragers minder de neiging hebben om meer zorg te vragen dan feitelijk nodig is. Een belangrijke vraag is daarom in hoeverre er in de huidige AWBZ sprake is van zorgvragers die een zwaardere indicatie vragen of/en van aanbieders krijgen dan feitelijk nodig is, omdat de zorg geheel of gedeeltelijk door de AWBZ wordt vergoed. Voor het verkrijgen van meer vraag dan feitelijk nodig is, dienen twee actoren mee te werken. De zorgvrager moet meer zorg vragen dan feitelijk nodig is en het RIO dient deze vraag te honoreren. Dat het in de praktijk voorkomt staat buiten kijf, maar hoe groot de omvang van dit effect is, is voorsnog onduidelijk.<sup>7</sup> Waarschijnlijk verschilt de mate van *moral hazard* tussen verschillende zorgvormen. Zo valt bijvoorbeeld te verwachten dat de vraag naar verpleeghuiszorg los staat van eigen betalingen en dergelijke. Mensen gaan alleen naar een verpleeghuis als het echt niet anders kan. *Moral hazard* hangt ook samen met de prykkels die RIO's ondervinden. Dit wordt hierna besproken.

6 Ook de systematiek van de inkomensafhankelijke maxima is aangepast. Zie CPB document 54 voor een nadere uitwerking. Daardoor gaat niet iedereen meer betalen, bijvoorbeeld 65-plussers met een jaarinkomen tussen de 20.000 en 50.000 euro, met relatief veel uren zorg, betalen na de verandering minder aan eigen bijdrage.

7 Soeters (2003) noemt een brief van de Commissie Verstrekkingengeschillen die erop wijst dat in meer dan de helft van de geschillen tussen zorgvrager en RIO, waarbij de zorgvrager zelf beroep aantekent, het oorspronkelijke indicatiebesluit te ruim was. Overigens komt het ook voor dat cliënten een te krap indicatiebesluit krijgen.

**RIO's.** Het uitgangspunt bij de indicatiestelling door RIO's was dat deze objectief (uniform voor alle verzekerden), onafhankelijk (los van belanghebbenden) en integraal (alle benodigde ondersteuning in aanmerking nemend) moest zijn. In de praktijk blijken deze uitgangspunten niet altijd op te gaan. Zoals uit het vervolg zal blijken, zijn er in de praktijk veel individuele verschillen tussen RIO's waardoor de uniformiteit in het gedrang komt. De onafhankelijkheid lijkt wel gewaarborgd doordat een directe link tussen de indicatiestelling en de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing ontbreekt. Ook kan men stellen dat door de overgang van zorganspraken naar functies het indicatieproces meer integraal is geworden.

De prikkels die RIO's ondervinden, zijn niet gericht op zuinig indiceren. RIO's vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, die geen financieel belang hebben bij een doelmatige indicatiestelling in de AWBZ (misschien zelfs het tegenovergestelde om de WVG te ontlasten).<sup>8</sup> Prikkels bij RIO's zijn er wel op gericht om tijdig te indiceren waardoor snel en klantgericht indiceren belangrijker lijkt dan doelmatig indiceren. Hierdoor zouden RIO's wel eens minder snel geneigd kunnen zijn streng op te treden naar zorgvragers. Dit brengt het gevaar van te ruime indicaties, en dus hogere kosten, met zich mee. Het uitgangspunt van een onafhankelijke indicatiestelling kan dus ten koste gaan van de doelmatigheid. In de praktijk blijkt ook dat verschillen in indicatiebesluiten tussen RIO's voorkomen (CVZ 2003). Uit een recent onderzoek van Boer en Croon (2004) komt naar voren dat er binnen de huidige AWBZ eigenlijk geen mechanisme is om te ruime indicaties te corrigeren. Er is geen partij die zich hiervoor verantwoordelijk voelt, ook het zorgkantoor niet. Volgens Boer en Croon (2004) komt het voor dat instellingen minder zorg leveren dan geïndiceerd, omdat ze vinden dat er te ruim is geïndiceerd. Eén instelling gaf aan dat het RIO een herindicatie ter vermindering van het aantal uren niet in behandeling wilde nemen vanwege de achterstand in de indicatiestelling.

**Zorgkantoren/zorgverzekeraars.** De AWBZ wordt formeel uitgevoerd door de zorgverzekeraars. Per regio krijgt één zorgverzekeraar een con-

<sup>8</sup> De kosten voor de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) worden door de gemeente gemaakt.



cessie om de AWBZ uit te voeren. Deze verzekeraar treedt op als zorgkantoor. Het zorgkantoor moet het indicatiebesluit van de RIO's uitvoeren. Daartoe contracteert het zorgkantoor aanbieders in de regio. Het zorgkantoor verleent de zorg dus niet zelf maar fungeert als verbindingkantoor tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Het zorgkantoor heeft als uitgesproken voordeel dat daar professionele zorginkopers aanwezig zijn, die goed in de sector thuis zijn.<sup>9</sup>

Tegenover deze zorginhoudelijke prikkels ten aanzien van een doelmatige inkoop staat 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.

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.

Een derde probleem is het gebrek aan transparantie. Over de relatie van het zorgkantoor met de thuiszorginstelling merkt CTZ (2003) 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.

Een vierde probleem is de diffuse verantwoordelijkheidsstructuur. 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 als die het zorgkantoor exploiteert. 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 ver-

9 Dit lijkt ook een meerwaarde van het zorgkantoor ten opzichte van het PGB, waar de cliënt minder kennis en onderhandelingsmacht heeft.

huizen. Ook de zorgaanbieders zullen het met die ene regionale vestiging moeten doen.

**Zorgaanbieders.** Door de extra gelden die vrijkwamen door de erkenning van het recht op zorg in de AWBZ konden zorgaanbieders meer zorg gaan leveren en konden nieuwe zorgaanbieders eenvoudiger toetreden. Het PGB boort nieuwe groepen van aanbieders aan, zoals bureaus, kennissen enzovoort.

Op de zorginkoopmarkt zijn er echter toch nog verscheidene knelpunten aan te wijzen die doelmatig inkopen, concurrentie tussen aanbieders en het inspelen op de wensen van vragers in de weg staan. Zo is er sprake van schaarste. Vooral bij de intramurale verpleeghuiszorg is er te weinig aanbod en het toetreden tot die markt is vaak ingewikkeld en duurt lang. De vraag is verder of het huidige aanbod voldoende is voor zorgkantoren om werkelijk te kiezen. De relatie tussen zorgkantoor en zorginstelling is ook vaak een, in de reeks van jaren, opgebouwde vertrouwensrelatie die nog niet gekenmerkt werd door concurrentie tussen zorginstellingen (CTZ 2003). Concurrentie wordt bemoeilijkt doordat er sterke concentraties op sommige deelmarkten in de AWBZ voorkomen. Bijvoorbeeld bij de GGZ hebben in vier provincies en in Den Haag brede GGZ-instellingen een monopoliepositie (CVZ 2002). Om vraagsturing goed van de grond te laten komen, is ook meer transparantie nodig. Er is de laatste jaren veel werk verricht om tot onderbouwing van prijzen te komen. Bij de kwaliteit is men nog niet zover. Zowel zorgvragers als zorgkantoren hebben momenteel gebrekkige informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod.

### **3 In hoeverre worden de doelstellingen in de huidige AWBZ bereikt?**

In deze paragraaf gaan we in op de verschillende doelstellingen van de overheid. VWS (2002) omschreef deze doelstellingen als volgt: 'Ons beleid is erop gericht dat mensen noodzakelijke zorg van goede kwaliteit krijgen binnen een redelijke termijn en tegen een betaalbare prijs'. Hieruit destilleren wij de volgende drie doelstellingen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Gezien het karakter van deze bijdrage

richten we ons vooral op de betaalbaarheid en splitsen we deze doelstelling op in drie subdoelstellingen: doelmatigheid, beheerste ontwikkeling van macrokosten en afstemming met aanpalende terreinen. Hoewel we iedere doelstelling afzonderlijk bespreken, dient men in ogeschouw te nemen dat het bereiken van een goede score voor elke doelstelling wordt bemoeilijkt door het bestaan van *trade-offs* tussen de doelstellingen. Aan het eind van deze paragraaf beschrijven we de beleidsvoornemens die het kabinet heeft ontwikkeld of aan het ontwikkelen is om de huidige problemen met de AWBZ op te lossen.

**Doelmatigheid.** Zoals aangegeven zijn er weinig prikkels voor doelmatigheid bij de indicatiestelling. RIO's hebben geen belang bij zuinig indiceren. Het PGB kent redelijke doelmatigheidsprikkels bij de inkoop van zorg. Verzekerden worden geprikkeld om niet meer dan het verstrekte budget uit te geven bij de inkoop van hun zorg (of ze moeten zelf geld bijleggen). Zij hebben er dus belang bij dat de zorgaanbieders doelmatig te werk gaan. Zoals hiervoor is betoogd, zijn de doelmatigheidsprikkels bij vooral zorgkantoren, die nog steeds het grootste deel van de AWBZ-zorg inkopen, relatief gering. Door de grotere rol van de PGB's zijn de doelmatigheidsprikkels bij de inkoop dus wel toegenomen, maar deze dienen nog verder verbeterd te worden.

Een cruciale vraag is wel hoeveel doelmatigheidswinst er te behalen valt met betere prikkels, en waar de meeste winst is te behalen. Hierbij geldt echter dat betere prikkels in een situatie met grotere vrijheid voor de partijen waarschijnlijk alleen al nodig zijn om de doelmatigheid niet achteruit te laten gaan. Als er doelmatigheidswinst te behalen is, moet deze vooral gezocht worden in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld verdere extramuralisering), de indicatiestelling, de afstemming met andere terreinen zoals de curatieve sector, wonen en dienstverlening, en misschien de overhead. SCP en SEO (2004) geven aan dat extramurale zorg veel goedkoper is dan intramurale zorg voor mensen met vergelijkbare beperkingen. In de directe persoonlijke dienstverlening is waarschijnlijk weinig doelmatigheid meer te winnen.

**Beheerste ontwikkeling macrokosten.** Los van een wijziging van de organisatie van de AWBZ zijn er in een situatie van erkenning van het recht op zorg en vraagsturing slechts twee instrumenten om de macro-

kosten in de hand te houden: 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 vanuit de optiek van de vragers 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.

Het beheersen van de macrokostenontwikkeling is duidelijk een probleem. Er is een aantal (semi-)structurele factoren die tot groei van de kosten leiden, zoals de vergrijzing, individualisering en het wegwerken van wachtlijsten en het opvangen van latente vraag. Daarnaast zijn er volgens Timmermans en Woittiez (2004) in de periode tot 2020 ook factoren die verlichting kunnen bieden, zoals een stijgend opleidingsniveau van ouderen en stijgende inkomens. Meer vraagsturing en de mogelijkheid van financiering met PGB's geven eerder prikkels tot kostentoeename dan tot kostenbeheersing.<sup>10</sup> In het verleden werd er door tekorten in het aanbod als het ware impliciet gekozen wat wel en niet belangrijk genoeg was om geld aan te besteden. Met de erkenning van het 'recht op zorg' werd deze zienswijze ter discussie gesteld. Echter, recent heeft VWS budgettering van de AWBZ heringevoerd. Hier wordt verder op ingegaan bij de bespreking van het nieuwe beleid aan het eind van deze paragraaf.

**Afstemming met aanpalende terreinen.** Op het ogenblik zijn het eerste en tweede compartiment nog niet helemaal goed op elkaar afgestemd. Door curatief gerichte onderdelen van de AWBZ naar de nieuwe basisverzekering over te hevelen, kan de aansluiting met de curatieve sector verbeteren. Bijvoorbeeld wanneer (delen van) de thuiszorg worden overgeheveld, kan zich 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

<sup>10</sup> De prijzen worden beheerst met de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), maar het volume wordt niet meer beheerst.

geld geschoven kan worden, omdat dat onder verschillende regelingen valt. Aan het eind van deze paragraaf geven we aan welke overhevelingen het kabinet momenteel van plan is per 1 januari 2006. Door overheveling zullen de financiële prikkels voor doelmatige uitvoering van deze zorg toenemen, omdat verzekeraars een financieel risico gaan lopen (zie ook CPB 2003).

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. Op dit moment is er geen duidelijke regisseur voor afstemming van AWBZ-zorg met wonen en dienstverlening.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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 of patiëntenverenigingen?

**Toegankelijkheid.** Hoewel door 'recht op zorg' de productie is toegenomen en de wachtlijsten de afgelopen jaren zijn afgenomen<sup>13</sup>, is het niet zeker of dit voor intramurale zorg voldoende soelaas zal bieden. 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

11 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.

12 Zie hiervoor ook RVZ (2003).

13 Zowel voor zorg thuis als voor verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg heeft er in 2002 en 2003 een significante daling van de wachtlijsten plaatsgevonden. Ook de gemiddelde wachttijd daalde voor de meeste zorgproducten, zij het soms marginaal (CVZ, 2003).

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. Maar de vraag is nog wel of het voldoende aantrekkelijk is voor nieuwe aanbieders om toe te treden of voor bestaande aanbieders om het aanbod uit te breiden. Een en ander zal naast deregulering ook samenhangen met de wijze waarop het nieuwe functiegerichte financieringssysteem wordt ingevoerd.

Als na deregulering van de toetreding en invoering van functiegerichte bekostiging de toegankelijkheid van de zorg een probleem blijft, kan worden overwogen het verbod op winst los te laten. Dit kan een prikkel zijn om toe te treden of het bestaande aanbod uit te breiden. Hier zitten 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. Als er onvoldoende transparantie is over de kwaliteit, kan de winst worden vergroot door op de kwaliteit te beknibbelen. Een meer diepgaand onderzoek hierover zou dan ook wenselijk zijn.

**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 (Evenhuis 2002). De Inspectie van de Gezondheids Zorg liet zich onlangs kritisch uit over de ketenzorg bij chronisch zieken (IGZ 2003) en het tekort aan kwaliteit bij verpleeghuizen (IGZ 2004). Gezien de problemen met het kwaliteitsniveau is het verstandig de prikkels voor kwaliteit te versterken. Een belangrijke stap hiervoor is een betere beschikbaarheid van informatie over de medisch-inhoudelijke kwaliteit in de hele *care*. Bij de intramurale zorg, waar geen PGB's mogelijk zijn en problemen met privacy en autonomie optreden, is het gewenst ook de prikkels voor vraaggerichtheid te versterken. Een optie is hier om vragers meer informatie te geven over aspecten als privacy en autonomie bij bepaalde aanbieders en om het aanbod van intramurale zorg uit te breiden, zodat er echt iets te kiezen valt.

**Nieuw beleid.** Deels door de ontstane problemen met de beheersbaarheid en deels op grond van bestaande voornemens heeft de overheid alweer nieuwe maatregelen ingevoerd en nieuwe plannen ontwikkeld. Zoals eerder aangegeven, zijn per 1 januari 2004 de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd, en is het AWBZ-pakket voor psychotherapie verkleind. Het kabinet is voornemens om in 2006, bij de invoering van de nieuwe basisverzekering in het tweede compartiment, de extramurale GGZ en de intramurale GGZ korter dan een jaar over te hevelen van het eerste naar het tweede compartiment om de doelmatigheid te verhogen.<sup>14</sup> In april 2004 heeft de staatssecretaris van VWS opdracht gegeven om de productieafspraken zoals die per 1 maart 2004 door zorgkantoren met zorgaanbieders in de AWBZ waren gemaakt, te bevroren. Dit betekent in de praktijk dat zorgafspraken die na 1 maart 2004 worden gemaakt, alleen in uitzonderlijke gevallen worden gehonoreerd. Recent heeft VWS (2004a), via een convenant met brancheorganisaties, afgesproken dat – behoudens onvoorziene omstandigheden – gedurende de periode 2005-2007 het uitgavenkader, zonder pakket- of tariefmaatregel, behouden blijft maar dat in ruil daarvoor zorgaanbieders de doelmatigheid dienen te verbeteren met gemiddeld 1,25% per jaar. Deze terugkeer naar budgettering is bedoeld om de collectief gefinancierde kosten van de AWBZ in de hand te houden. Onlangs zijn ook plannen verschenen voor een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In deze plannen zorgt het Rijk via de AWBZ voor de zware chronische en continue zorg met grote financiële risico's en worden mindere zware zorgvormen, zoals huishoudelijke zorg, ondersteunende en activerende begeleiding overgeheveld naar de gemeentes (VWS 2004). Tevens is de extramurale contracteerplicht per 1 september 2004 afgeschaft waardoor zorgkantoren niet meer verplicht zijn om alle zorgaanbieders een contract aan te bieden, maar selectiever in hun keuze kunnen zijn.

Per 1 januari 2005 zal de aansturing van de RIO's worden gecentraliseerd. Het CII (2003) beschrijft enkele interessante modellen om het indicatieproces te verbeteren. In het meest geprefereerde model is er

<sup>14</sup> 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, 2003b).

sprake van een centrale aansturing. De indicatiestelling van de AWBZ wordt verzorgd door één landelijk indicatieorgaan (ZBO), met decentrale uitvoeringseenheden op lokaal en decentraal niveau. Het kabinet is van plan een dergelijk model in te voeren. De gemeenten zijn dan niet meer verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Verder bestaan er plannen om binnen de huidige opzet van de AWBZ de zorgkantoren betere prikkels te geven via benchmarking.

**Behalen van doelstellingen met de huidige AWBZ.** Door de veranderingen in de AWBZ hebben vragers meer invloed gekregen op de zorg die ze ontvangen en is de toegankelijkheid van de zorg verbeterd. Over het kwaliteitsniveau van de zorg kunnen terecht zorgen bestaan, waarvoor meer transparantie binnen de huidige AWBZ waarschijnlijk al (deels) een oplossing kan bieden. De huidige AWBZ biedt nog te weinig prikkels om zuinig te indiceren en de zorg doelmatig te produceren. Het centraliseren van de aansturing van RIO's is op het eerste probleem gericht. Het voordeel van een dergelijk model is dat wanneer de opzet slaagt, er in vergelijkbare situaties uniforme indicaties komen. Een openstaande vraag is nog hoe een dergelijk model zich verhoudt met de WMO-plannen van het kabinet waarbij gemeentes de verantwoordelijkheid krijgen voor de minder zware zorgvormen. Het stellen van indicaties voor de verschillende zorgvormen wordt dan niet meer door één partij gedaan.

Een belangrijke zwakke plek in de huidige situatie is dat zorgkantoren te weinig prikkels hebben om doelmatig in te kopen, waardoor ook zorgaanbieders te weinig worden geprikkeld. Wat de plannen voor benchmarking van zorgkantoren opleveren, zal er onder andere van afhangen in hoeverre men goede indicatoren kan formuleren over de prestatie van zorgkantoren en hierover informatie kan verzamelen. Verder is van belang wat er uiteindelijk gebeurt met de resultaten van de benchmarkexercitie. Wat is een goede prikkel voor zorgkantoren? Het ligt bijvoorbeeld niet voor de hand om een slecht functionerend zorgkantoor te korten op het budget. Daar zouden vooral de regionale zorgvragers de dupe van worden. Op termijn zullen zorgkantoren wellicht geheel worden afgeschaft. Het kabinet heeft aangegeven dat dit om praktische redenen in ieder geval nu nog niet aan de orde is. Het lijkt ook verstandig binnen een korte tijd niet te veel veranderingen op elkaar te stapelen.



Na het loslaten van de aanbodregulering is er nog geen nieuw mechanisme ontwikkeld om de kosten in de hand te houden. Uiteindelijk heeft dit geleid tot de noodmaatregel van het opnieuw opleggen van een budget. Het convenant dat voor de komende jaren is afgesloten, biedt geen structurele oplossing. Het is waarschijnlijk moeilijk voor de overheid om achteraf te controleren of de doelmatigheid inderdaad met 1,25% per jaar is toegenomen, wat betekent dat de doelmatigheidsverbetering niet goed afdwingbaar is. Het hangt dan verder van de ontwikkeling van de vraag af in hoeverre wachtlijsten weer zullen gaan toenemen. De concurrentie kan worden gefrustreerd, omdat zorgaanbieders voorlopig weinig prikkels hebben om de doelmatigheid met meer dan 1,25% per jaar te verhogen. In feite is deze maatregel dus tegengesteld aan de ingezette route naar concurrentie en modernisering van de zorg.

Het convenant biedt geen structurele oplossing, omdat niet duidelijk is in hoeverre de partijen in de zorg nu zelf verantwoordelijk worden gemaakt voor de resultaten. Hoe lang zal de overheid doorgaan met gedetailleerde regulering, en wat betekent dat voor de rol van aanbieders, patiënten en RIO's? Wellicht kan het convenant VWS een soort rustperiode bieden tussen 2005 en 2007. Dit biedt de gelegenheid om energie te besteden aan de invoering van het nieuwe zorgstelsel in het tweede compartiment, begin 2006. De periode kan dan tevens gebruikt worden om mogelijke structurele oplossingen in de AWBZ beter te onderzoeken.

#### **4 Mogelijke oplossingsrichtingen**

We gaan hier kort in op vier mogelijke oplossingsrichtingen om de prikkelstructuur binnen de AWBZ te verbeteren:

- 1 concurrerende risicodragende verzekeraars worden verantwoordelijk voor de AWBZ (overheveling naar de basisverzekering ligt dan voor de hand);
- 2 de AWBZ wordt uitgevoerd door de vragers naar zorg zelf (algemene toepassing van PGB's);
- 3 de AWBZ wordt uitgevoerd door de overheid (bijvoorbeeld via ZBO of door gemeente of provincie);
- 4 de AWBZ wordt verder overgeheveld naar de voorgenomen WMO (voorziening in plaats van verzekering).

Als een risicodragende zorgverzekeraar, de zorgvrager zelf of een risicodragende gemeente verantwoordelijk wordt voor de inkoop van zorg, geldt automatisch een heel andere prikkelstructuur. Dat wil niet zeggen dat een dergelijke grote verandering ook zonder meer de beste manier is om de prikkels te verbeteren. Ten eerste brengen grote wijzigingen altijd overgangskosten met zich mee. Verbeteren van prikkels binnen een opzet die veel op de huidige AWBZ lijkt (optie 3), kan dan de voorkeur hebben.<sup>15</sup> Ten tweede is het de vraag of alle onderdelen van de AWBZ baat hebben bij het type prikkels dat wordt voorzien in de nieuwe basisverzekering. Om te beginnen gaan we op deze laatste vraag in.

**Welke delen van de AWBZ komen in aanmerking voor overheveling naar de basisverzekering?** In het tweede compartiment zal een regime van gereguleerde concurrentie gaan gelden, waar concurrerende (winstgerichte) verzekeraars zorg zullen inkopen voor hun verzekerden. iBMG (2002) gebruikt een aantal criteria om na te gaan voor welke onderdelen van de AWBZ overheveling naar het tweede compartiment een geschikte vorm is. Dat is volgens iBMG het geval wanneer het huidige schot tussen het eerste en tweede compartiment efficiënte zorgverlening en financiering in de weg staat. Het wegvallen van dat schot kan volgens iBMG tot flinke kwaliteits- en doelmatigheidswinsten leiden. Gereguleerde concurrentie is volgens iBMG minder geschikt als er belangrijke externe effecten zijn of wanneer concurrentie kan leiden tot verschraling van de kwaliteit of verzekeraars gebruik kunnen maken van risicoselectie. Vandaar dat het belangrijk is dat een eventuele overheveling op passende wijze in het risicovereningsstelsel kan worden verankerd.

De voorgenomen overheveling van de extramurale GGZ en de intramurale GGZ van korter dan een jaar lijkt voor een belangrijk deel te voldoen aan bovengenoemde criteria. Verzekeraars kunnen een nuttige rol

<sup>15</sup> Het komt misschien vreemd over dat uitvoering van de AWBZ door een overheidsorgaan veel zou lijken op de huidige uitvoering door zorgkantoren met een mandaat van zorgverzekeraars. Toch is dit niet zo vreemd, omdat de huidige zorgverzekeraars nauwelijks financiële risico's lopen over de AWBZ en deze alleen maar uitvoeren voor de overheid.

vervullen door aan te dringen op verbetering van de aansluiting met de overige curatieve zorg in het tweede compartiment. Bij de voorgenomen overheveling van de verslavingszorg zijn echter vragen te stellen. Hiermee kunnen problemen ontstaan vanwege externe effecten en de omstandigheid dat verslaafden de neiging kunnen hebben om zorg te mijden.

Verder komen de op genezing gerichte delen van de thuiszorg en van de verpleeghuiszorg (revalidatiezorg en reactivering) in aanmerking voor overheveling. Gehandicaptenzorg en chronische psychiatrische zorg komen niet direct in aanmerking, onder andere omdat dit soorten zorg zijn waar de gemiddelde consument niet erg op zal letten bij het afsluiten van een zorgverzekering. Bij de langdurige verpleeghuiszorg en bij verzorgingshuiszorg is nader onderzoek nodig naar de voor- en nadelen van overheveling. Aan de ene kant kan de verbeterde doelmatigheidsprikkel misschien heel nuttig zijn. 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. Een dergelijke extramuralisering kan waarschijnlijk ook bijdragen aan grotere doelmatigheid.

Aan de andere kant zullen zorgverzekeraars hier alleen de juiste prikkels geven als ze ook hun best willen doen voor hun oudere verzekerden. Daarom moet worden bekeken of de risicoverevening van zorgverzekeraars hier wel op de juiste wijze voor kan worden aangepast en of kwaliteitsrisico's voldoende te ondervangen zijn.

**Uitvoering van de AWBZ door de vragers.** Een geheel andere optie is om zorgkantoren helemaal af te schaffen en de hele AWBZ-zorg via PGB's te financieren (Soeters 2003). In dat geval zijn de cliënten zelf vrijwel helemaal verantwoordelijk voor de zorginkoop. Dit vraagt uiteraard een grote inzet van de cliënten, die er dan ook zelf verantwoordelijk voor zijn dat ze uitkomen met hun PGB. Inkoop door de vragers lost het probleem op dat zich voordoet als zorgverzekeraars als inkoopende partij optreden, namelijk dat zij niet altijd dezelfde belangen hebben als hun verzekerden. Aan de andere kant kunnen individuele vragers veel minder *countervailing power* uitoefenen dan zorgverzekeraars. In zo'n opzet kan de rol van de vrager worden versterkt door

samen te werken in consumenten- of patiëntenorganisaties. Aanvullende regelingen moeten dan getroffen worden voor cliënten die zelf niet de capaciteiten of de conditie hebben om zorg in te kopen. Voor sommige vormen van zorg geldt dit wellicht voor het merendeel van de cliënten (bijvoorbeeld langdurige psychiatrische zorg of psychogeriatrische zorg). Dergelijke zorgvormen kunnen waarschijnlijk beter anders worden georganiseerd.

**Uitvoering van de AWBZ door de overheid: hoe kunnen de prikkels worden verbeterd?** Voor delen van de AWBZ waar voor risicodragende zorgverzekeraars geen belangrijke rol is weggelegd, heeft het waarschijnlijk weinig zin om de zorgkantorfunctie 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 gebruikmaken van minder sterke vormen van concurrentie om deze organisaties aan te sturen, zoals benchmarking of maatstafconcurrentie. Hierbij gelden vergelijkbare afwegingen als bij de eerder genoemde plannen om zorgkantoren te benchmarken. Ook kan men direct proberen de zorgaanbieders te prikkelen via maatstafconcurrentie. Tot nu toe is er wel sprake van benchmarken bij zorgaanbieders (onder andere de thuiszorg), maar dit functioneert niet als instrument van de zorginkoper om de aanbieders te prikkelen. De opzet van dergelijk onderzoek is tot nu toe geweest dat de resultaten vertrouwelijk blijven en alleen voor eigen gebruik van de individuele deelnemende instelling zijn bestemd. Nader onderzoek naar de mogelijkheden om dit instrument breder toe te passen, zou interessant zijn.

**Verdere overheveling naar de WMO.** In deze optie zou de gemeente de financiële verantwoordelijkheid dragen voor zorgvormen die nu onder de AWBZ vallen, in tegenstelling tot de voorgaande optie. Dit kan op verschillende manieren worden ingevuld: de gemeenten kunnen bijvoorbeeld een uitkering uit het gemeentefonds krijgen die ze in beginsel vrij kunnen besteden, of ze kunnen een geoormerkt budget krijgen. Bovendien kunnen ze in meerdere of mindere mate de gelegenheid krijgen om zelf belasting te heffen om de zorg te financieren, bijvoorbeeld via de OZB. In al deze gevallen zal de gemeente een grotere doelmatigheidsprikkel hebben dan het huidige zorgkantoor. Een voordeel

van deze optie is dat de verantwoordelijkheid voor alle vormen van de huidige AWBZ-zorg in één hand is. Het is echter wel de vraag of de gemeente voor alle vormen van AWBZ-zorg geschikt is als inkopende partij. Huishoudelijke zorg en dienstverlening sluiten waarschijnlijk meer aan bij de belevingswereld van de gemeente dan gespecialiseerde zorg voor gehandicapten. Als de financiële middelen onvoldoende zijn of gemeenten zich niet graag profileren als aantrekkelijk voor ouderen, bestaat het gevaar van verschraving van de zorg.

## 5 Conclusie

Het economische dal waar Nederland momenteel in verkeert, heeft ook zijn uitwerking gehad op het beleid in de AWBZ. Een belangrijk doel van het beleid blijkt dan toch een beheerste ontwikkeling van de macro-uitgaven te zijn. Dit leidt ertoe dat elementen van vraagsturing in de AWBZ weliswaar zijn doorgevoerd, maar dat er ook weer een terugkeer heeft plaatsgevonden naar budgettering en daarmee deels naar aanbodsturing. Wanneer op termijn opnieuw meer vrijheid aan actoren in de AWBZ wordt gegeven, is het wel van belang dat de juiste prikkels aanwezig zijn voor een doelmatige consumptie en productie van zorg. Hoewel die prikkels momenteel deels ontbreken, bestaan er verschillende interessante opties voor een nieuwe en doelmatigere inrichting van (onderdelen van) de AWBZ, die deels ook al in het voorgenomen beleid zijn opgenomen. Van belang is natuurlijk wel dat deze opties op een zorgvuldige manier tegen elkaar worden afgewogen. Dit artikel wil daarvoor een basis bieden door een analyse van de huidige situatie, en een eerste aanzet van een bespreking van oplossingen.

## Auteurs

Rudy Douven en Esther Mot zijn werkzaam bij het Centraal Planbureau (CPB). Dit artikel is gebaseerd op: Momentopname van de AWBZ, Een analyse van sterke en zwakke punten, CPB-document 54, 2004, waarvan ook Kees Folmer auteur is.

## Literatuur

- Berg, B. van den (2000) Recht op thuiszorg, *Medisch Contact* 55(3), 20 januari 2000.
- Berg, B. van den, W.H.J. Hassink (2004) *The economic effects of cash benefits in the long-term care sector*, mimeo, juni 2004.
- Boer en Croon (2004) Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen, Amsterdam, 10 augustus 2004.
- CBS (2003) *Nationale Rekeningen 2002*, Voorburg.
- CII (2003) *Advies: bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling*, College Implementatie Indicatiebeleid, 22 september 2003.
- CPB (2002) *Keuzes in kaart 2003-2006; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's*, bijzondere publicatie 39, 's-Gravenhage.
- CPB (2003) *Zorg voor concurrentie*, CPB Document 28, 's-Gravenhage.
- CTG (2004) *Voorgenomen aanwijzing beheersing groei AWBZ*, Brief aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kenmerk RLAD/khes/A/04/037, Utrecht.
- CTZ (2003) *Inkoopproces thuiszorg*, publicatienummer 18, Diemen.
- CVZ (2002) *Onderzoek naar effecten van fusie en concentratie in de GGZ*, publicatienummer 116, Diemen.
- CVZ (2003) *Wachtlijst Verpleging en Verzorging*, publicatienummer 04/185, Diemen.
- CVZ (2003) *Rapportage indicatiestelling AWBZ-aanspraken*, Brief aan Staatssecretaris van VWS, kenmerk V&V/23052040, 28 augustus 2003.
- Evenhuis, H.M. (2002) *Want ik wil nog lang leven, Moderne gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperkingen*, achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Samen leven in de samenleving, Zoetermeer.

- IBMG (2002) *Manifest, Twintig Zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, Rotterdam.
- IGZ (2003) Ketenzorg bij chronisch zieken, Inspectie van de Gezondheids Zorg, september 2004, 's-Gravenhage.
- IGZ (2004) Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet, Inspectie van de Gezondheids Zorg, september 2004, 's-Gravenhage.
- RVZ (2003) Gemeente en Zorg, Advies uitgebracht door de Raad van Volksgezondheid en Zorg aan de secretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.
- SCP en SEO (2004) Kosten en baten van extramuralisering, De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen, SCP-werkdocument 109, SEO-rapport 738, Onderzoek in opdracht van CvZ.
- SER (1999) *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Sociaal Economisch Raad, september 1999, 's-Gravenhage.
- Soeters (2003) Verkenning naar een doelmatige AWBZ, intern beleidsonderzoek, ronde 2003, deelrapport nummer 3, Inspectie der Rijksfinanciën, Ministerie van Financiën.
- Timmermans, J., C. van Campen, J. Hessing (2002) Zorg, hoofdstuk 6 in: *Sociaal Cultureel Rapport 2002*, 's-Gravenhage: SCP.
- Timmermans, J., I. Woittiez (2004) Advies ramingen verpleging en verzorging, 's-Gravenhage: SCP.
- VWS (2002) *Zorgnota 2003*, Ministerie van VWS, 's-Gravenhage.
- VWS (2003a) Vijfde rapportage groot project modernisering AWBZ, Brief aan de tweede kamer, Ministerie van VWS, september 2003.
- VWS (2003b) Overheveling 'op genezing gerichte zorg', brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 21 november 2003.
- VWS (2003c) Stappen naar een toegankelijke betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ, Brief aan de Tweede Kamer, Ministerie van VWS, 15 september 2003.
- VWS (2004) Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2004a) *Convenant AWBZ 2005-2007*, 's-Gravenhage, 25 augustus 2004.