

## TEN GELEIDE THEMA AWBZ

*De volgende drie bijdragen gaan nader in op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is een volksverzekering voor de kosten van op verzorging gerichte activiteiten die niet gedekt worden door ziekenfondsen of particuliere ziektekostenverzekeringen. In de afgelopen jaren is de AWBZ voortdurend aan verandering onderhevig geweest. Dit had betrekking op de verantwoordelijkheid, financiering en uitvoering van zorg (marktwerking), alsmede op de toegankelijkheid van de diverse vormen van zorg. De uitgaven aan de AWBZ zijn behoorlijk gestegen en zullen naar verwachting nog verder toenemen, mede vanwege toekomstige demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening). Dit alles maakt een nadere bespreking van de AWBZ zeer actueel. Johan Polder geeft in zijn bijdrage een overzicht van het beroep op zorg voor de verschillende leeftijdscategorieën en verder bespreekt hij hoe de uitgaven aan de diverse voorzieningen zich in de komende jaren kunnen ontwikkelen. Daarnaast vergelijkt hij de toegankelijkheid van diverse vormen van zorg in de AWBZ met die van soortgelijke zorgverzekeringen in de ons omringende landen. Ten slotte bespreekt hij de implicaties voor beleid. De bijdrage van Bernard van den Berg gaat over de inzet van mantelzorgers. Dit zijn personen uit de directe leefomgeving van een zorgbehoevende (zoals familieleden, vrienden en buren) die helpen bij zijn of haar verzorging. Aangezien de factor arbeid een behoorlijk bestanddeel vormt van de uitgaven aan zorg, lijkt de inzet van mantelzorgers een aantrekkelijke optie om verdere kostenstijgingen te beperken. Van den Berg betoogt echter dat mantelzorg negatieve externe effecten heeft, omdat de zorg ten koste gaat van productie in andere economische sectoren. In de laatste bijdrage bespreken Rudy Douven en Esther Mot welke prikkels tot doelmatiger zorg in de huidige AWBZ-regeling aanwezig zijn en in hoeverre daarmee de doelstellingen van het huidige beleid kunnen worden behaald. Verder geven ze verschillende oplossingsrichtingen voor een verdere versterking van prikkels binnen de AWBZ (van de redactie).*

THEMA: AWBZ

# Een collectieve stroppenpot?

Over de kosten van de AWBZ

*Johan Polder*

Na twintig jaar betrekkelijke rust staat de AWBZ nu alweer vijftien jaar in de politieke belangstelling. Aanvankelijk als groeimodel voor een zeer brede basisverzekering, daarna vanwege wachtlijsten en intensiveringsmiddelen, en de laatste jaren vooral als onhoudbare, geldverslindende sector. 'Ross wil beheerste groei AWBZ,' kopte een landelijk dagblad. Dit artikel gaat over de kosten van de AWBZ, nu en in de toekomst. Ook schenken we aandacht aan internationale aspecten en aan het beleid. Maar eerst iets over de historie.

## 1 Inleiding

De AWBZ dateert uit 1968 en was primair bedoeld als sluitstuk op de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering. In de praktijk bleek namelijk dat langdurige zorg niet of alleen met heel veel moeite verzekerd kon worden. Voor deze onverzekerbare risico's – 'brandende huizen' werden ze oneerbiedig genoemd – zou de AWBZ een passende regeling bieden. De wet kwam uit de koker van minister Veltkamp die met zijn ideeën ook het gedachtegoed van de KVP vertegenwoordigde, een van de partijen die later tot het CDA zouden fuseeren. De wet kon op brede steun van de Kamer rekenen. Over de financiële consequenties werd niet lang nagedacht. Economisch gezien was het tij immers gunstig in de jaren zestig.

De AWBZ werd een succesformule. Aanvankelijk ging het vooral om intramurale voorzieningen als verpleeghuizen. Er kwamen echter steeds meer zorgvormen bij. Begin jaren negentig fuseerden de gezins-

verzorging en het kruiswerk en werden als thuiszorg opgenomen in het pakket. De ambulante geestelijke gezondheidszorg kwam erbij en bleek een snel groeiende sector te zijn. Eind jaren negentig werden de verzorgingshuizen overgeheveld van de provincies naar de AWBZ.

Ook de visie op de AWBZ is in de loop der jaren een aantal keren veranderd. Eind jaren tachtig maakte de commissie-Dekker, genoemd naar de voorzitter die jarenlang bij Philips aan het roer had gestaan, zich sterk voor marktwerking in de zorg (Commissie Dekker 1987). Staatssecretaris Simons combineerde dat idee met een brede basisverzekering en hij stelde voor om de AWBZ in die richting op te tuigen (Ministerie van WVC 1990). Met dat doel werden onder andere de geneesmiddelen in het AWBZ-pakket opgenomen. Simons en zijn plan moesten het toneel echter verlaten en na enige tijd werden deze voorzieningen weer teruggeheveld naar het ziekenfondspakket en de particuliere ziektekostenverzekering.

Niemand heeft dat zo in de gaten, maar ongemerkt heeft het marktdenken tijdens het Paarse bewind een stille revolutie in de AWBZ ontkend. Aanvankelijk koos minister Borst voor een strakke budgetdiscipline, maar tijdens Paars-II werden de teugels steeds verder gevierd. Onder het motto van vraaggestuurde zorg werd eerst het Persoonsgebonden Budget (PGB) geïntroduceerd (Tweede Kamer 1997-1998). Zorgvragers kregen hierdoor de mogelijkheid zelf hun zorg in te kopen bij wie ze maar wilden. Vervolgens werd de budgettering afgeschaft, eerst op sectorniveau door middel van meerjarenafspraken (Ministerie van VWS 1998), later op instellingsniveau door het zogeheten 'boter-bijde-vis'-beleid dat inhield dat alle feitelijk geleverde zorg werd gefinancierd (Ministerie van VWS 2000). Ook werd een begin gemaakt met de modernisering van de AWBZ (Tweede Kamer 1998-1999). Dat is een zeer technisch verhaal, maar de uitwerking was dat de speelruimte van de zorgaanbieders werd vergroot en er ook ruimte ontstond voor nieuwe zorgaanbieders. Die ruimte is met name door thuiszorg- en welzijnsinstellingen aangegrepen om toegelaten te worden tot de AWBZ.

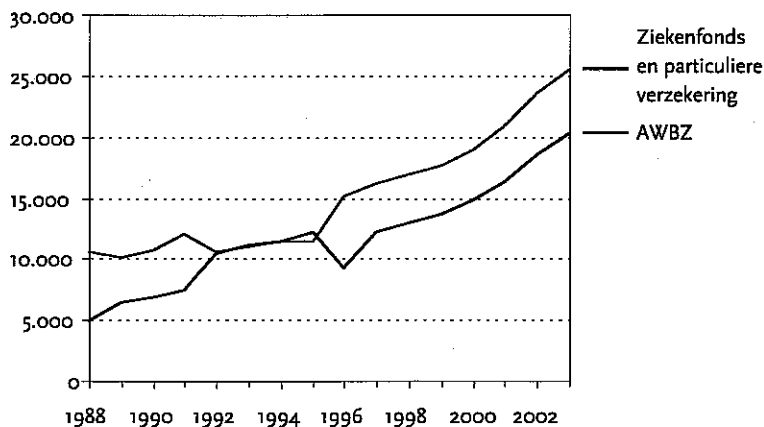
Daarmee zijn we in de actualiteit beland. Het is goed om te bedenken dat bovenstaande veranderingen door de Paarse Kabinetten in gang zijn gezet en nu hun doorwerkende invloed laten zien. En die invloed is

enorm. In navolging van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) kan over 'exploderende zorguitgaven' worden gesproken (RVZ 2003).

## 2 Kosten en financiering

Anno 2004 bedragen de kosten van de AWBZ ongeveer 20 miljard euro, hetgeen overeenkomt met 45% van de totale zorgkosten (Ministerie VWS 2003; CVZ 2004). Per inwoner gaat het om een bedrag van ongeveer 1250 euro. Dit bedrag is nog nooit eerder zo hoog geweest. Figuur 1 laat de ontwikkeling van de zorgkosten zien vanaf 1988, toen er in de AWBZ zo'n 5 miljard euro omging (Vektis 2003). De hobbels in de jaren 1992-1995 houdt verband met de kosten van genees- en hulpmiddelen die in deze periode in het kader van het plan-Simons via de AWBZ werden gefinancierd. Toen dit plan werd afgeblazen, werden deze voorzieningen weer teruggeheveld naar het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars, het zogeheten tweede compartiment. In 1997 werden de verzorgingshuizen onder de werkingssfeer van de AWBZ gebracht. Daarmee kwamen de totale AWBZ-uitgaven weer op het niveau van 1995 om vervolgens steeds sneller verder te stijgen.

Figuur 1 Uitgavenontwikkeling van de AWBZ in vergelijking met de totale uitgaven van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen (in miljoenen euro)



De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen met een inkomen betaalt mee aan de AWBZ. Daardoor is de solidariteit groot; niet alleen tussen de zorggebruikers en de rest van de bevolking, maar ook tussen verschillende inkomensgroepen. De premie is namelijk inkomensafhankelijk. Deze wordt iedere maand door de werkgever of uitkeringsinstantie van het loon ingehouden, tegelijk met de loonbelasting en de premies van andere volksverzekeringen als de AOW en de ANW. Anno 2004 bedraagt deze premie 13,25% van het inkomen. De premie is de laatste jaren echter fors gestegen. Vijf jaar geleden ging het om 10,25% en in 1988 was de premie niet hoger dan 4,55% (Ministerie van VWS 2000a; Ministerie van WVC 1989).

Ongeveer 10% van de totale AWBZ uitgaven wordt rechtstreeks door de zorggebruikers bekostigd door middel van eigen bijdragen. In 2004 gaat het om een totaal bedrag van 2,1 miljard euro. Ook deze eigen bijdragen zijn afhankelijk van het inkomen.

### 3 Kosten van AWBZ-voorzieningen

De AWBZ financiert ruwweg de kosten van de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de sector verpleging en verzorging. Ruwweg, want er zijn altijd uitzonderingen. Zo worden de verslavingsklinieken wel uit de AWBZ bekostigd maar de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) niet, terwijl beide voorzieningen tot de geestelijke gezondheidszorg worden gerekend. In zijn algemeenheid is de AWBZ een typische care-verzekering. Maar er valt wel degelijk curatieve zorg onder, zoals de gezondheidscentra, de ziekenhuiszorg na een jaar, de tandheelkundige zorg voor mensen die in een care-instelling verblijven, en de abortusklinieken.

Omdat er in het verleden nogal eens met voorzieningen is geschoven, zoals met de genees- en hulpmiddelen, het AWBZ-pakket in de loop der jaren is uitgebreid en definities van sectoren niet altijd gelijk zijn gebleven, is het nog niet zo eenvoudig om voor de gehele AWBZ een eenduidig overzicht van de kosten per sector te construeren. Tabel 1 geeft een *best guess* waarin ten behoeve van de vergelijkbaarheid een aantal correcties is doorgevoerd en een aantal kleinere kostenposten is ondergebracht in een groep 'overig'.

Tabel 1 Kosten van de AWBZ naar sectoren en voorzieningen. Totale kosten in 1994, 1999 en 2003 in miljoenen euro, aandeel van de sectoren in 2003 in procenten, kostenstijging in procenten per jaar

| Sector*   | Kosten in<br>miljoenen euro |        |        | Aandeel<br>in % | Groeivoet<br>in % per jaar |       |
|---|-----------------------------|--------|--------|-----------------|----------------------------|-------|
|   | 1994                        | 1999   | 2003   |                 | 94-99                      | 99-03 |
| <i>Geestelijke gezondheidszorg</i>              |                             |        |        |                 |                            |       |
| Psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW (a)    | 1.727                       | 2.146  | 2.984  | 14,7            | 4,4                        | 8,6   |
| Psychiatrische Afdelingen Algemene ziekenhuizen | 112                         | 117    | 155    | 0,8             | 0,8                        | 7,3   |
| TBS-instellingen                                | 59                          | 123    | 130    | 0,6             | 15,8                       | 1,4   |
| <i>Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen</i>        |                             |        |        |                 |                            |       |
| Instellingen voor verstandelijk gehandicapten   | 1.380                       | 1.798  | 2.621  | 12,9            | 5,4                        | 9,9   |
| Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten     | 59                          | 73     | 134    | 0,7             | 4,5                        | 16,4  |
| Grote woonvormen                                | 42                          | 46     | 59     | 0,3             | 2,0                        | 6,5   |
| Dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen     | 706                         | 838    | 1.416  | 7,0             | 3,5                        | 14,0  |
| Sociaal pedagogische diensten                   | 36                          | 66     | 147    | 0,7             | 12,7                       | 22,2  |
| PGB verstandelijk gehandicapten (b)             | 7                           | 41     | 176    | 0,9             | 42,4                       | 43,8  |
| <i>Verpleging en verzorging</i>                 |                             |        |        |                 |                            |       |
| Verpleeghuizen                                  | 2.317                       | 2.872  | 4.599  | 22,7            | 4,4                        | 12,5  |
| Verzorgingshuizen                               | 2.351                       | 2.707  | 3.475  | 17,1            | 2,9                        | 6,4   |
| Thuiszorg                                       | 1.368                       | 1.569  | 2.794  | 13,8            | 2,8                        | 15,5  |
| PGB verpleging en verzorging                    | 42                          | 57     | 249    | 1,2             | 6,0                        | 44,8  |
| Overig (c)                                      | 881                         | 977    | 1.351  | 6,7             |                            |       |
| Totaal  | 11.088                      | 13.428 | 20.290 | 100,0           | 3,9                        | 10,9  |

\* De sectorindeling is gebaseerd op de gegevens over 2003. Omdat er in de loop der tijd voorzieningen aan de AWBZ zijn toegevoegd of vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar een andere regeling, is een aantal correcties toegepast. De belangrijkste daarvan zijn:

- 1994: Toevoeging Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en verzorgingshuizen en weglating van geneesmiddelen en hulpmiddelen.
- a RIAGG: Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg; RIBW: Regionale instelling voor beschermd wonen.
- b PGB: Persoonsgebonden budget.
- c De groep 'Overig' omvat onder meer: delen van preventieve zorg en gezondheidsbescherming, gezondheidscentra, abortusklinieken, curatieve somatische zorg die langer duurt dan 1 jaar, diverse subsidies op de verschillende beleidsterreinen. De precieze samenstelling van deze groep kan voor de verschillende jaren anders zijn.

Het grootste deel van de AWBZ werd in 2003 besteed aan verpleeghuizen (22,7%), gevolgd door verzorgingshuizen (17,1%) en de psychiatrische ziekenhuizen inclusief RIAGG-en en RIBW-en (14,7%). Ook de kosten van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en thuiszorg waren substantieel met respectievelijke 12,9% en 13,8%. Ondanks de populariteit en de sterke groei in de afgelopen jaren waren de totale kosten van de persoonsgebonden budgetten (PGB) relatief laag (2,1%).

Tabel 1 biedt vergelijkingsmateriaal voor de jaren 1994 en 1999. Daaruit blijkt dat de totale kosten eerst met 3,9% en meer recent met 10,9% per jaar zijn toegenomen. Als we ons concentreren op de wat grotere voorzieningen, zijn met name de kosten van verpleeghuizen en van de thuiszorg sinds 1999 enorm toegenomen (12,5-15,5% per jaar). Ook voor de gezinsvervangende tehuizen en de dagverblijven voor mensen met een verstandelijke handicap kan een substantiële stijging van de kosten worden genoteerd. De kostenstijging bij de verzorgingshuizen bleef gedurende het gehele achterliggende decennium achter bij de rest.

Overigens zijn sinds 1 april 2003 de AWBZ-aanspraken in functionele termen omschreven. Enkele bekende functies zijn: huishoudelijke verzorging, behandeling, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding en verblijf. Als gevolg van deze beleidswijziging kunnen instellingen uit verschillende sectoren zich ook op elkaars terrein begeven. Een verzorgingshuis kan bijvoorbeeld ook persoonlijke en huishoudelijke verzorging bij mensen thuis gaan leveren. Strikt genomen is een indeling van de kosten naar sectoren en voorzieningen dus verouderd. Er zijn echter nog geen gegevens over de totale kosten per AWBZ-functie bekend. En zolang dit niet het geval is, is een indeling naar zorgsectoren het meest informatief; niet in het minst voor een vergelijking met het verleden.

#### **4 Kosten van ziekten en aandoeningen**

Toch zijn er nog meer manieren om naar de kosten van de gezondheidszorg te kijken. In de *De zorgeuro ontrafeld* hebben onderzoekers

van het RIVM en het Erasmus MC alle zorgkosten toegewezen aan aspecten van vraag, aanbod en financiering (Polder 2002). Concreet gaat het om: zorgsector, diagnose, leeftijd en geslacht alsmede de wijze van financiering. Een van de kernboodschappen van dit onderzoek is dat het overgrote deel van de zorgkosten wordt besteed aan chronische zorg voor mensen met langdurige kwalen en klachten, en bijvoorbeeld niet aan belangrijke doodsoorzaken als kanker en hartaanvallen. Psychische stoornissen bleken in 1999 met een totaalbedrag van 7,8 miljard euro (ruim 21% van het totaal) met stip bovenaan te staan. Maar dan hebben we het ook over een grote categorie, bestaande uit dementie, verstandelijke handicaps en psychiatrische ziekten. 'Zorg voor de geest kost het meest', kopte *Het Algemeen Dagblad* naar aanleiding van een van de publicaties (AD 2001).

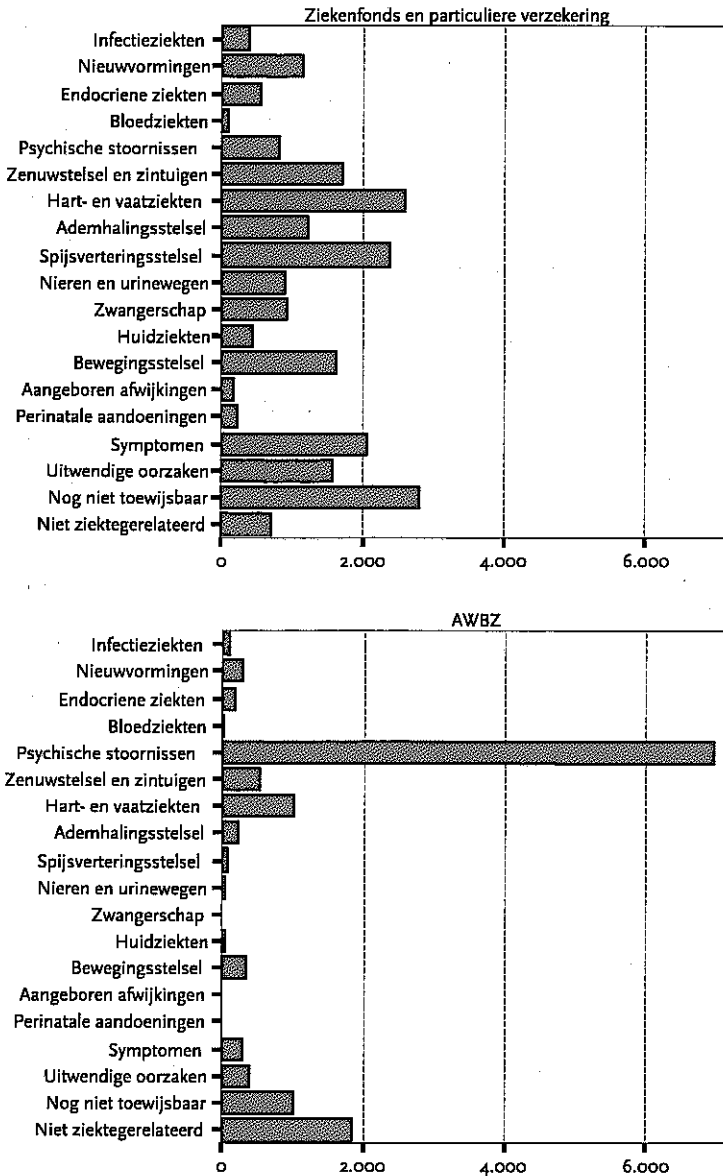
Wanneer zoals in figuur 2 de zorgkosten tegelijkertijd worden uitgesplitst naar ziektegroep en wijze van financiering, blijkt dat de kosten van psychische stoornissen vrijwel volledig ten laste van de AWBZ komen. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars dragen er wel iets aan bij, voornamelijk kosten van geneesmiddelen, maar vergeleken met andere diagnosegroepen is dat relatief weinig. Wordt alleen naar de AWBZ gekeken, dan valt bovendien op dat de meeste kosten aan de psychische stoornissen kunnen worden toegeschreven. Van de andere groepen zijn vooral de hart- en vaatziekten (vanwege CVA's) van belang en de aandoeningen van het bewegingsstelsel en de uitwendige oorzaken (vanwege versleten en gebroken heupen). De groep 'niet ziektegerelateerd' toont substantiële kosten die verband houden met de woonkosten in verzorgingshuizen.

Een bijkomend voordeel van de scheiding naar financieringsvorm is dat de kosten van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars een veel gelijkmatiger patroon over de ICD-groepen opleveren; een patroon dat bovendien beter spoort met een vergelijkbare studie uit bijvoorbeeld Duitsland (Statistisches Bundesamt 2004).

Wij concluderen dat de AWBZ in de eerste plaats een verzekering is voor mensen met dementie, een verstandelijke handicap of een psychiatrische stoornis.



Figuur 2 Kosten van de AWBZ in 1999 naar diagnose (hoofdgroepen van de ICD-9) in vergelijking met de totale kosten van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars (miljoenen euro)



## 5 Kosten naar leeftijd en geslacht

Met de cijfers uit *De zorgeuro ontrafeld* kan ook een onderscheid naar leeftijd en geslacht worden gemaakt. Algemeen is bekend dat de zorgkosten per inwoner sterk oplopen met de leeftijd. Maar wat zou het onderscheid naar financieringsbron in dit verband betekenen? Figuur 3 laat zowel de totale zorgkosten als de kosten per inwoner van Nederland zien naar leeftijd, geslacht en financiering. Als we naar de totale kosten kijken, valt een aantal zaken op. In de eerste plaats zijn de gezamenlijke uitgaven van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor vrijwel alle leeftijdsgroepen hoger dan de uitgaven van de AWBZ. Alleen voor vrouwen ouder dan 75 jaar en mannen ouder dan 85 jaar is het AWBZ-bedrag hoger. In de tweede plaats zijn de kosten voor vrouwen hoger dan de kosten voor mannen. Voor het totaal van de zorgkosten is de man-vrouwverhouding ongeveer 40:60. Dit komt zowel door de kosten van zwangerschap en geboorte die geheel aan de moeder zijn toegewezen, als door de hogere levensverwachting van de vrouwen. Voor vrouwen bedraagt de levensverwachting bij de geboorte namelijk 80,6 jaar en voor mannen 75,5 jaar. Daarbij is het zo dat vrouwen de extra jaren ten opzichte van mannen hoofdzakelijk in minder goede gezondheid doorbrengen (Van Oers 2002).

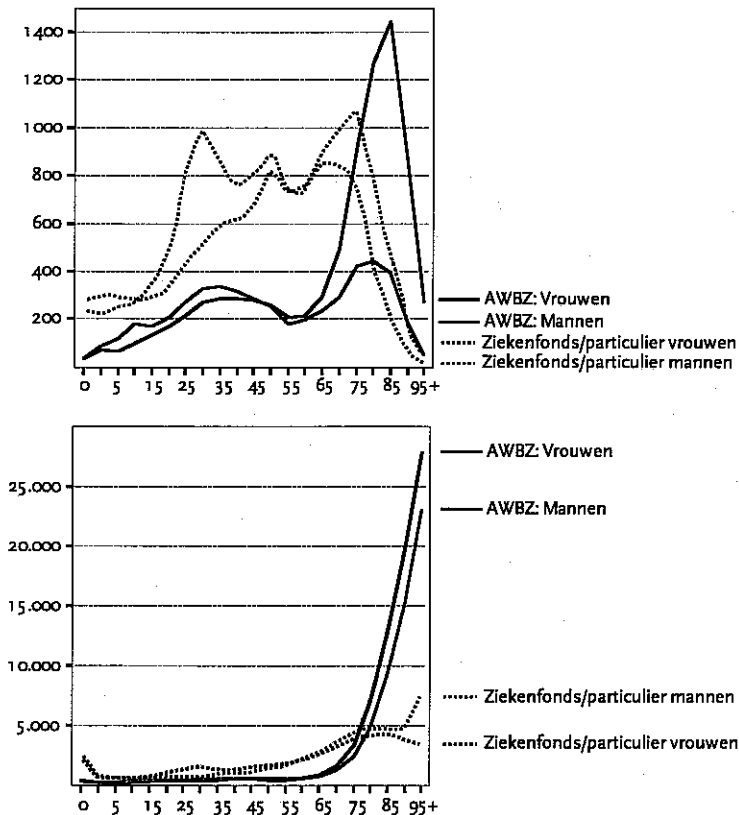
Dit laatste zien we terug in de hogere kosten voor vrouwen bij de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, maar vooral ook bij de hoge AWBZ-kosten van vrouwen. Omdat vrouwen vanwege het verschil in levensverwachting gemiddeld vaker alleenstaand zijn dan mannen, maken ze meer gebruik van formele zorg. Dit geldt zowel voor de thuiszorg als voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. Iedereen die wel eens bij zo'n instelling binnenloopt, zal dit patroon onmiddellijk herkennen. Alleen voor de jongere leeftijdsgroepen blijken de AWBZ-kosten hoger te zijn voor mannen. Dit komt met name omdat verstandelijke handicaps bij mannen meer voorkomen dan bij vrouwen.

Uit bovenstaande volgt dat het kostenverschil tussen mannen en vrouwen veel geringer zal zijn wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde kosten per inwoner van Nederland. De tweede grafiek in figuur 3 brengt dit in beeld. De hogere kosten voor vrouwen in de periode waarin de kinderen worden geboren, keren terug. De kosten van ziekenfondsen

en particuliere verzekeraars nemen nog wel toe met de leeftijd, maar de stijging valt te overzien. Dat laatste geldt niet voor de AWBZ-kosten die voor mensen vanaf 75 jaar leeftijd een zeer sterke stijging laten zien. Dit heeft twee oorzaken: een toename van het zorggebruik per zorggebruiker en vooral ook een toename van het aantal zorggebruikers per leeftijdscategorie.

Wij concluderen dat de AWBZ vooral een verzekering is voor een relatief kleine groep mannen en vrouwen, jonger dan 70 jaar, en een relatief grote groep mensen, met name vrouwen, ouder dan 70 jaar.

Figuur 3 Kosten van de AWBZ (doorgetrokken curves) naar leeftijd en geslacht in vergelijking met ziekenfondsen en particuliere verzekeraars (onderbroken curves). Boven: totale kosten (miljoenen euro); onder: gemiddelde kosten (euro)



## 6 Kosten in de toekomst

Een van de belangrijkste vragen is hoe het verder zal gaan met de kosten van de AWBZ. Zal het patroon van figuur 1 zich in de toekomst voortzetten of niet? Met behulp van de cijfers uit *De zorgeuro ontrafeld* kunnen projecties worden gemaakt van de toekomstige zorgkosten. De vergrijzing speelt daarbij een centrale rol. Wanneer immers de kosten per inwoner sterk toenemen met de leeftijd, zullen de totale kosten toenemen wanneer het aantal ouderen toeneemt. En het aantal ouderen zal toenemen. In 2002 was 13,6% van de bevolking ouder dan 65 jaar. Voor 2010 wordt een aandeel van 14,8% verwacht, en in de jaren daarna zal het aandeel verder toenemen omdat dan de naoorlogse geboortegolf met pensioen gaat. Omstreeks 2020 is al één op de vijf Nederlanders 65 jaar of ouder (CBS 2003). Daarbij is ook rekening gehouden met een verdere stijging van de levensverwachting.

Als gevolg van de demografische veranderingen zullen de kosten van de AWBZ tot 2010 met gemiddeld 1,3% per jaar toenemen (tabel 2). Voor de verzorgingshuizen wordt de meeste groei verwacht, namelijk 2,1% per jaar. Voor de gehandicaptenzorg is de toename het kleinst (0,4% per jaar). Dit komt omdat mensen met een handicap een veel lagere levensverwachting hebben. In 2010 komen de totale AWBZ-kosten volgens deze projectie 11% hoger uit dan in 2002, en in 2020 maar liefst 24% hoger. En dat in constante prijzen, dat wil zeggen dat loon- en prijsontwikkelingen hier nog bij komen.

Deze toekomstverwachting leunt op de veronderstelling dat het zorggebruik per inwoner in een bepaalde leeftijdscategorie niet verandert. Of anders gezegd: er wordt uitgegaan van dezelfde zorg als in 2002, inclusief wachtlijsten en andere knelpunten. Deze veronderstelling is echter onhoudbaar. De historie van de AWBZ laat zien dat het zorggebruik in de loop der jaren sterk is toegenomen, ook als gecorrigeerd wordt voor demografische veranderingen. Voor de periode 1994-2002 is de trendmatige groei berekend op 3,0% per jaar (tabel 2). Ook nu gaat het om volumegroei in constante prijzen. De toename was het grootst voor de gehandicaptenzorg, terwijl bij de verzorgingshuizen, na correctie voor de vergrijzing dus, sprake was van een krimp. Hierboven zagen we al dat het budget voor de verzorgingshuizen het minst was toegenomen.

Tabel 2 Kostenprojectie van de AWBZ in 2010 en 2020 bij ongewijzigd beleid. Groeicijfers voor demografische en hypothetische trendmatige groei (Indexcijfers, 2003=100)

| Sector                      | 2002-2010              | 1994-2002         | 2010            |                            | 2020            |
|-----------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
|                             | demografie<br>per jaar | trend<br>per jaar | demo-<br>grafie | demo-<br>grafie<br>+ trend | demo-<br>grafie |
| Geestelijke gezondheidszorg | 0,6%                   | 3,4%              | 105             | 137                        | 110             |
| Gehandicaptenzorg           | 0,4%                   | 4,7%              | 103             | 149                        | 104             |
| Verpleeghuizen              | 1,9%                   | 3,2%              | 116             | 150                        | 139             |
| Verzorgingshuizen           | 2,1%                   | -0,8%             | 118             | 111                        | 139             |
| Thuiszorg                   | 1,5%                   | 3,5%              | 113             | 149                        | 132             |
| Totaal                      | 1,3%                   | 3,0%              | 111             | 140                        | 124             |

Gecombineerd met de vergrijzing, die hier de grootste invloed heeft (zie tabel 2) en na correctie voor de prijsontwikkeling, is het volume van de verzorgingshuiszorg dus gekrompen.

De trendmatige groei omvat een groot aantal factoren, die zowel met de zorgvraag als met het aanbod en het overheidsbeleid te maken hebben. Door een toename van ziektelast en andere epidemiologische ontwikkelingen verandert de zorgvraag. Deze wordt daarnaast ook beïnvloed door veranderende preferenties van zorggebruikers, veranderend vraaggedrag en bijvoorbeeld maatschappelijke ontwikkelingen als het tweeverdienerschap, waardoor het beroep dat op de formele zorg wordt gedaan, toeneemt. Bij het zorgaanbod kunnen technologische ontwikkelingen worden genoemd en allerlei andere veranderingen in het zorgaanbod, zoals de daling van de gemiddelde verpleegduur in ziekenhuizen, waardoor het beroep op onder meer thuiszorg is toegenomen. Het beleid, ten slotte, heeft een doorslaggevende invloed op de ruimte die geboden wordt om de zorg te laten groeien. In de periode 1994-2002 kunnen drie fasen worden onderscheiden, zoals we in de inleiding hebben gezien: van strakke budgettering, via meerjarenafspraken naar een situatie waarin alle feitelijk geleverde zorg via de AWBZ werd gefinancierd, het zogeheten 'boter-bij-de-vis'-beleid.

Het is eigenlijk geen vraag of de trendmatige groei zich in de toekomst zal voortzetten. De huidige bewindslieden hebben kostenbeheersing in de AWBZ tot een centraal beleidsthema gemaakt. Maar als de historische groei zich zou mogen herhalen, dan zou de AWBZ in 2010 al 40% duurder zijn dan in 2002 (zie tabel 2); wederom in constante prijzen.

Deze eenvoudige projecties zijn min of meer in lijn met meer geavanceerde modelberekeningen van het SCP. Onlangs heeft het SCP in een rapport samen met het RIVM becijferd dat de vraag naar AWBZ-hulp in de komende twintig jaar met 50% zal toenemen, en het gebruik met 25% (Van den Berg Jeths 2004). Voor specifieke onderdelen van de AWBZ gelden in verschillende varianten hogere dan wel lagere percentages, maar als totaalbeeld blijft staan dat het gebruik ongeveer toeneemt overeenkomstig de demografische projectie in tabel 2, en dat de additionele stijging van de vraag buiten de AWBZ moet worden opgevangen. Daarmee komen we op het terrein van het overheidsbeleid. Maar eerst iets over de manier waarop AWBZ-zorg in het buitenland is geregeld.

## **7 Langdurige zorg in het buitenland**

Geen ander land ter wereld heeft een AWBZ. Uiteraard hebben alle westerse landen te maken met langdurige zorg voor ouderen en mensen met handicaps en stoornissen. Maar in alle landen wordt deze zorg verschillend georganiseerd. In een recente studie van onderzoeksbureau Ecorys wordt gesproken over grote verschillen tussen landen die niet eenduidig of los van de context te vergelijken zijn (Ten Have 2004). Om te beginnen is het begrip langdurige zorg niet eenduidig. Verzorgingshuizen, bijvoorbeeld, zijn een typisch Nederlands verschijnsel. Verpleeghuizen verschillen van land tot land. In Zweden wordt er een voorziening met eigen kamers, douche en toilet onder verstaan. In Nederland hebben de meeste verpleeghuizen twee tot zespersoonskamers, maar in een land als Spanje zijn achtpersoonskamers gangbaar. Weer een ander voorbeeld betreft de gehandicaptenzorg die in Nederland tot de langdurige zorg wordt gerekend, maar in een land als Australië tot de welzijnssector. Ten slotte wordt de geestelijke gezondheidszorg in meerdere landen tot de ziekenhuiszorg gerekend,

zoals ook in Nederland de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) lange tijd door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars werden bekostigd.

Ook de financiering verschilt van land tot land. Financiering uit belastinggeld komt het meeste voor. Wisselend per land is daarbij een kleinere of grotere rol voor lokale partijen weggelegd. Eveneens wisselend per land wordt de zorg in natura verleend of krijgt de zorggebruiker een uitkering waarmee hij of zij zelf de zorg kan inkopen. In vrijwel alle landen is de zorg begrensd tot een bepaalde omvang. Concreet betekent dit dat de zorggebruikers een groter of kleiner deel van de zorg zelf bekostigen.

Duitsland is een van de weinige landen met een verzekering voor langdurige zorg, de *Pflege-versicherungsgesetz* (Pflege-VG). Deze is verplicht voor iedereen met een ziektekostenverzekering. Daarmee lijkt deze verzekering op de AWBZ. Ook kent de Pflege-VG intra- en extramurale zorg en behoort de gehandicaptenzorg tot het verstrekkingpakket. De geestelijke gezondheidszorg valt er echter buiten en, anders dan in Nederland, gelden voor alle voorzieningen maximumbedragen. Zo wordt van de gehandicaptenzorg maar 10% via de verzekering bekostigd, en geldt voor de intramurale zorg een maximum vergoeding van 1688 euro per maand. Vergeleken met een verpleeghuisbed in Nederland waarvan de kosten ongeveer 4000 euro per maand bedragen, is dit erg weinig. Het geheel overziende, is het dan ook niet verwonderlijk dat de premie voor de Pflege-VG met 1,7% van het inkomen beduidend lager is dan de AWBZ-premie in Nederland (Ten Have 2004).

Wij concluderen met Cor van Mosseveld dat de kosten van de gezondheidszorg op voorhand niet internationaal vergelijkbaar zijn (Van Mosseveld 2003). Dit geldt voor de totale kosten en met meer nadruk voor de kosten van de langdurige zorg. Alleen via een zeer grondige aanpak kan de vergelijkbaarheid worden verbeterd en kunnen zinvolle uitspraken worden gedaan. Organisaties als de OECD werken hard aan internationale standaardisatie door middel van het *System of Health Accounts* (OECD 2000). In Nederland voert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een vergelijkende studie uit naar de

organisatie en financiering van AWBZ-zorg in andere landen. De resultaten worden eind dit jaar verwacht.

## 8 Beleid

De waarschuwing van de RVZ voor 'exploderende zorguitgaven' is niet onopgemerkt gebleven. Al snel na hun aantreden gingen minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross bezuinigen op de instellingsbudgetten (Ministerie van VWS 2003). Vooral in de thuiszorg kwam de klap hard aan met kortingen van meer dan tien procent. Verder werden met ingang van 2004 de eigen bijdragen fors verhoogd (Koninklijk Besluit 2003). Dat leidde niet alleen tot veel onrust en verwarring, maar vormde voor zo'n 15.000 mensen (ongeveer 3,5% van het totale aantal gebruikers) tevens de aanleiding om de thuiszorg op te zeggen (Ministerie van VWS 2004a). Ook de centralisering van de indicatiestelling kan in dit verband worden genoemd (Ministerie van VWS, 2004b), alsmede het bevriezen van de productieafspraken per 1 maart 2004 (Ministerie van VWS 2004c). De jongste ontwikkeling betreft een convenant dat de bewindslieden met alle koepelorganisaties hebben gesloten voor een periode van drie jaar. In dit convenant is afgesproken dat de instellingen jaarlijks 1,25% meer mensen zullen helpen voor hetzelfde bedrag. Het Kabinet heeft toegezegd niet met nieuwe pakket- en tariefmaatregelen te komen wanneer de uitgaven van de AWBZ binnen het kader blijven (Ministerie van VWS 2004d).

Maar het belangrijkste in het nieuwe beleid is wel een veranderde visie op de AWBZ. In de ogen van de bewindslieden dient de AWBZ niet langer een brede verzekering voor van alles en nog wat te zijn, maar terug te keren tot haar oorspronkelijke doel: een volksverzekering voor onverzekerbare risico's (Ministerie van VWS 2003a).

Er zijn verschillende manieren om de AWBZ te reduceren. Hoogervorst en Ross willen ook meer wegen tegelijk bewandelen. Ten eerste wordt voorgesteld om alle psychiatrische zorg korter dan een jaar over te hevelen naar de basisverzekering die in 2006 van start moet gaan (Ministerie van VWS 2003b). De verwachting is dat ook andere kortdurende zorg deze route zal volgen. Ten tweede willen zij via een



Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) een deel van de AWBZ-voorzieningen decentraliseren naar de gemeenten (Ministerie van VWS 2004e). Het plan is om ook de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) in de WMO te integreren. Een van de belangrijkste aspecten van de WMO is dat mensen niet langer een wettelijke aanspraak op bepaalde voorzieningen hebben. De verantwoordelijkheid voor een passend aanbod van WMO-voorzieningen zal geheel bij de gemeenten komen liggen die daarvoor niet-geoormerkte uitkeringen uit het gemeentefonds ontvangen. De betrokkenheid van de zorggebruikers zal via de gemeentelijke politiek en lokale organisaties gestalte moeten krijgen. Van de WMO zijn op dit moment slechts de contouren bekend. De term Wet Maatschappelijke Onduidelijkheid is al een begrip. Kijkend vanuit de AWBZ zouden in elk geval huishoudelijke verzorging, dagbesteding en bepaalde vormen van activerende en ondersteunende begeleiding naar de gemeenten worden overgeheveld. De WMO is niet bedoeld voor voorzieningen waar wonen de belangrijkste functie is. Niettemin zijn er wel aanwijzingen dat bijvoorbeeld delen van de verzorgingshuiszorg uit de AWBZ zullen verdwijnen. Waar ze wettelijk onderdak vinden is nog niet duidelijk, maar het ligt voor de hand dat het departement van volkshuisvesting en gemeentelijke woningbouwcorporaties een belangrijke rol gaan spelen.

## 9 Conclusie

Uitgaande van de demografische verwachtingen zal er tot 2010 op de AWBZ 11% procent moeten worden bezuinigd om de kosten gelijk te houden. Wanneer van de trendmatige ontwikkeling wordt uitgegaan, zal dit zelfs 40% moeten zijn. Bezuinigingen komen daar nog bovenop. De voorgenumen overheveling van delen van de thuiszorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg is toereikend om een bezuiniging van ruim twee miljard in de boeken te schrijven. Voor verdergaande bezuinigingen zijn verdergaande stappen nodig.

Overhevelen is echter iets anders dan bezuinigen. In feite gaat het bij overhevelen alleen om een herallocatie van kosten waarbij een andere verantwoordelijkheidsverdeling resulteert. Op maatschappelijk niveau blijven de kosten gelijk, tenzij de bedragen bij het overhevelen worden

gereduceerd of er zodanige prikkels worden ingebouwd dat er minder zorg gebruikt gaat worden. Tegelijkertijd zal de zorgvraag echter blijven toenemen, waardoor het per saldo toch een heel lastige opgave zal zijn om werkelijk een kostenverlaging te bereiken. Erik Schut verwacht dat 'ook de komende Rijksbegrotingen gekenmerkt zullen worden door budgetoverschrijdingen en een mix van aanbodregulering via conventanten en reducties van collectieve verzekeringsaanspraken om deze overschrijdingen te beperken' (Schut 2004). Een van de meest voor de hand liggende routes om de AWBZ te zuiveren, zal zijn om de kosten van wonen en levensonderhoud uit het pakket te halen. De AWBZ wordt dan beperkt tot de langdurige zorg als zodanig, waarbij mensen, afhankelijk van hun eigen welstand, zelf hun woonbehoefte en levensonderhoud dienen in te vullen. Daardoor zal de maatschappelijke ongelijkheid echter wel toenemen. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om voor de AWBZ of belangrijke delen daarvan een vermogens-toets in te stellen, zodat alleen mensen die de zorg echt niet zelf kunnen financieren, aanspraak mogen maken op een collectieve regeling. Een derde mogelijkheid zou kunnen zijn om naar buitenlands voorbeeld de vergoedingen of verstrekkingen te maximeren tot een bepaald bedrag dat lager is dan de kostprijs. Wellicht zijn er nog andere maatregelen of mengvormen die verder kunnen worden uitgewerkt. Daarbij is het wel van belang dat in het beleid rekening wordt gehouden met het gegeven dat de AWBZ-zorg voor het grootste deel wordt besteed aan mensen met beperkte verstandelijke vermogens, zoals we in figuur 2 hebben gezien.

Het gaat te ver om de AWBZ anno 2004 een collectieve stroppenpot te noemen. Voor de twintig miljard die aan AWBZ-zorg wordt besteed, krijgt de Nederlandse samenleving heel veel terug: goede zorg, werkgelegenheid, solidariteit en nog veel meer. Maar om te voorkomen dat de AWBZ wel een stroppenpot wordt, is een krachtig ombuigingsbeleid noodzakelijk. De ingeslagen richting lijkt een goede aanzet te zijn. Maar voor de omvorming tot een duurzame AWBZ in een humanitaire samenleving zal nog heel wat werk moeten worden verzet.

## Auteur

*Johan Polder* is werkzaam bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV).

## Literatuur

*Algemeen Dagblad*, 5 oktober 2001.

Berg Jeths, A. van den, J.M. Timmermans, N. Hoeymans, I.B. Woittiez (2004) *Ouderen nu en in de toekomst – Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 – 2020*, Bilthoven, Houten: RIVM, SCP, Bohn Stafleu Van Loghum.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003) *Bevolkingsprognose 2000-2050*, Voorburg.

College voor Zorgverzekeringen (2004) *Lasten en financiering AWBZ 2003-2004*, Diemen.

Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (Dekker, 1987) *Bereidheid tot verandering*, 's-Gravenhage.

Have, A. ten, B. van Hulst, M. Visser (2004) *Internationale vergelijking langdurige zorg*, Rotterdam: Ecorys-NEI.

Koninklijk Besluit (2003), nr. 03.005145. Den Haag, 12 december 2003.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1989) *Financieel overzicht zorg 1990*, Rijswijk.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1990) *Werken aan zorgvernieuwing*, Rijswijk.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995) *Financieel overzicht zorg 1996*, Rijswijk.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998) *VWS start uitwerken regeerakkoord*, Persbericht 77, 's-Gravenhage, 7 september 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000) *Wachlijsten verpleging en verzorging versneld aangepakt*, Persbericht 28, 's-Gravenhage, 29 maart 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000a) *Zorgnota 2001*, 's-Gravenhage.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003) *Begroting, financieel beeld zorg en beleidsagenda 2004*, 's-Gravenhage.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a) *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ*, (Brief met kenmerk DBO-U-2412236), 's-Gravenhage, 15 september 2003.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003b) *Overheveling 'op geneezing gerichte zorg'*, (Brief met kenmerk GVM/2418491), 's-Gravenhage, 21 november 2003.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004) *Brancherapporten Care en Geestelijke gezondheidszorg en Maatschappelijke zorg*, 's-Gravenhage.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004a) *Opzeggingen thuiszorg door hogere eigen bijdrage*, Nieuwsbericht, 's-Gravenhage, 14 juni 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004b) *Plan van aanpak centraliseren indicatiestelling AWBZ*, (Brief met kenmerk AWBZ/2452493), 's-Gravenhage, 13 februari 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004c) *Beheersing groei AWBZ / voorhang aanwijzing ex WTG*, (Brief met kenmerk Z/P-2472134), 's-Gravenhage, 5 april 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004d) *Beleidsagenda 2005*, 's-Gravenhage.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004e) *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, (Brief met kenmerk DVVO-U-2475093), 's-Gravenhage, 23 april 2004.
- Mosseveld, C.J.P.M. van (2003) *International Comparison of Health Care Expenditure – Existing frameworks, Innovations and Data Use*, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- OECD (200) *A system of health accounts*, Parijs: OECD/CREDES.
- Oers, J.A.M. van (2002) *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*, Bilthoven, Houten: RIVM, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Polder, J.J., J. Takken, W.J. Meerding, G.J. Kommer, L.J. Stokx (2002) *Kosten van ziekten in Nederland – De zorgeuro ontrafeld*, Bilthoven, Rotterdam, Houten: Centrum VTV RIVM, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus MC, Bohn Stafleu Van Loghum.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003) *Exploderende zorguitgaven*, Zoetermeer.
- Schut, F.T. (2004), Bezuinigingen en hervormingen in de zorg, *Economisch Statistische Berichten*, 89(4443), 471-473.
- Statistisches Bundesamt (2004) *Krankheitskosten 2002*, Wiesbaden.
- Tweede Kamer der Staten Generaal (TK, 1997-1998) 25 657 nr. II.
- Tweede Kamer der Staten Generaal (TK, 1998-1999) *Zicht op zorg*, 26 631, nr. I.
- Vektis (2003) *Zorgmonitor 2003 – Financiering van de zorg in 2002*, Zeist.