

## Langdurige Zorg: uw zorg of onze zorg?

Over publieke belangen en de houdbaarheid van de AWBZ



**Auteur:** D.E. van Meeuwen  
**Studentnummer:** 313145  
**Scriptiebegeleider:** Prof. Dr. J. van Sinderen  
**Einddatum:** Januari 2011

## INHOUDSOPGAVE

<b>INTRODUCTIE .....</b>	<b>3</b>
<b>EEN SCHETS VAN DE HUIDIGE AWBZ .....</b>	<b>5</b>
INDICATIESTELLING .....	6
ZORGKANTOOR EN ZORGAANBIEDER .....	6
PERSOONSGEBONDEN BUDGET .....	7
FINANCIERING .....	7
EIGEN BIJDRAGE CLIËNT .....	8
UITGAVEN .....	9
CLIËNTGROEPEN .....	10
WERKGELEGENHEID .....	11
SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN DE AWBZ .....	11
DE ZVV .....	12
DE WMO .....	13
<b>PUBLIEK BELANG IN DE GEZONDHEIDSZORG .....</b>	<b>15</b>
TWEE VERSCHILLENDE UITGANGSPUNTEN .....	15
VERKENNING .....	16
GRENS TUSSEN PUBLIEK EN PRIVAAT .....	18
<b>PROBLEMATIEK VAN DE AWBZ .....</b>	<b>19</b>
ZORGINHOUDELIJKE PROBLEMEN .....	19
BEHEERSBAARHEID VAN DE KOSTEN .....	19
JEUGDZORG .....	20
INDICATIESTELLING .....	21
GEBREK AAN CONCURRENTIE DOOR ZORGKANTOREN .....	21
FINANCIEEL DRAAGVLAK .....	22
TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN .....	22
<b>OVERHEID ÉN MARKT: HET RESULTAAT TELT! .....</b>	<b>24</b>
ORDENINGSBELEID .....	24
KWALITEIT .....	25
TOEGANKELIJKHEID .....	26
DOELMATIGHEID .....	26
<i>Markteffectentoets</i> .....	26
<i>Effectanalyse</i> .....	28
CONCLUSIE RAPPORT .....	28
<b>DE AWBZ IN DE TOEKOMST .....</b>	<b>30</b>
AFSCHAFFEN VAN DE AWBZ .....	30
PUBLIEK BELANG IN DE GEZONDHEIDSZORG .....	32
NIEUWE DEFINITIE .....	33
STAPPENPLAN BIJ HET KWALIFICEREN VAN PUBLIEK BELANG .....	33
NOODZAKELIJKHEID .....	34
EFFECTIVITEIT .....	35
AANBEVELINGEN .....	36
<i>Kerntaken</i> .....	36
<i>Wonen en zorg scheiden</i> .....	36
<i>Afschaffen zorgkantoren</i> .....	37
<i>Vraagsturing</i> .....	38
<i>Persoonsgebonden budget</i> .....	38
<b>REFERENTIES .....</b>	<b>43</b>

## INTRODUCTIE

In 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Berichten over verschraling van de zorg en financiële problemen waren daarvoor de directe aanleiding. In het nieuwe systeem is er gekozen voor een stapsgewijze invoering van marktwerking. Het doel hiervan is om enerzijds de keuzevrijheid van de cliënt te vergroten en anderzijds de efficiëntie van de zorgaanbieders te verbeteren.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) blijft niet buiten de discussie. Ook in de volksverzekering voor langdurige zieken loopt de spanning op. Sterk stijgende uitgaven, cliëntenstops en financiële problemen bij thuiszorginstellingen zorgen voor veel onvrede bij cliënten. Een herziening van het systeem wordt daarom noodzakelijk geacht.

In de afgelopen jaren hebben diverse adviesorganen, planbureaus, toezichthouders en ambtelijke werkgroepen zich gebogen over de vraag hoe het nu verder moet met de AWBZ. De adviezen liepen sterk uiteen: van enkel een herstructurering van het huidige stelsel tot volledige opheffing van de AWBZ. In 2008 kwam de Sociaal Economische Raad (SER) met een eigen onderzoek (SER, 2008) naar het functioneren van de zorg voor langdurig zieken. In tegenstelling tot de radicale adviezen pleit de SER ervoor om de AWBZ als verzekering grotendeels in stand te houden, maar wel fors te herstructureren. De SER noemt drie kernelementen (heldere aanspraken, goede indicatiestelling, geld volgt klant) die versterkt moeten worden. Het rapport maakt niet duidelijk in hoeverre dit praktisch realiseerbaar is. De gevolgen voor de lange termijn blijven onderbelicht.

Vlak na de verschijning van het advies van de SER brak de wereldwijde economische crisis uit. Als gevolg van deze crisis waren enkele grote ingrepen door de overheid in de financiële sector onvermijdelijk. Het begrotingstekort liep snel op en Nederland geraakte in de grootste crisis van de afgelopen decennia. De crisis voegde een extra dimensie toe aan het debat. De politieke wil om te bezuinigen nam toe. Het besef groeide dat niet alleen op korte termijn de overheidsfinanciën weer op orde moesten komen, maar dat ook de publieke belangen in de toekomst gewaarborgd moeten blijven. Bezuinigingen zijn daarbij noodzakelijk. Het kabinet besloot om ambtelijke werkgroepen in te stellen die bij allerlei beleidsterreinen onderzoek moesten doen naar besparingsmogelijkheden. Zo ook bij de AWBZ.

Zoals al aangegeven, waren er voor de crisis al zorgen over het AWBZ-stelsel. Naast het ontstane overheidstekort zijn er op de langere termijn nog andere ontwikkelingen van belang. De vergrijzing en de stijging van de levensverwachting zullen een toename van de zorgkosten tot gevolg hebben.

Tegelijk is er een trend waarneembaar dat de premie-inkomsten van de AWBZ dalen. Dit gecombineerde effect van dalende inkomsten en stijgende uitgaven is in de kern het probleem waar beleidsmakers nu en in de toekomst mee geconfronteerd worden.

In deze scriptie zullen we vanuit economisch perspectief het AWBZ-stelsel evalueren. Daarbij wordt gekeken naar de problematiek van de AWBZ en de houdbaarheid van het stelsel met het oog op de toekomst.

We definiëren wat het publiek belang van de overheid in de gezondheidszorg –en specifiek de AWBZ– is. Dit onderdeel concentreert zich rond de verhouding tussen eigen verantwoordelijkheid en publiek belang en de afweging tussen markt en overheid. We zullen onderzoeken welke criteria gelden voor publiek belang en of deze criteria adequaat zijn.

Het uitgangspunt hierbij is het rapport ‘Overheid én markt: het resultaat telt!’ (SER, 2010). Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de SER onderzocht welke lessen getrokken kunnen worden uit marktwerkingsoperaties uit het verleden. Daarnaast worden er in het rapport aanbevelingen gedaan voor de introductie van verdere marktwerking in de toekomst. Er wordt voornamelijk ingegaan op de gevolgen van marktwerking op het publiek belang. Door middel van een effectanalyse probeert de SER deze gevolgen in kaart te brengen. We zullen onderzoeken of de effectanalyse toepasbaar is binnen de AWBZ en of deze toegevoegde waarde heeft.

In het voorlaatste onderdeel zal de toekomst van de AWBZ centraal staan. De problemen zijn gesignaleerd, maar welke oplossingen zijn mogelijk? Hoe kunnen we het AWBZ-stelsel houdbaar maken voor de toekomst? Deze vragen hopen we te beantwoorden in dit onderdeel.

Het laatste hoofdstuk van de scriptie zal samenvattend en concluderend van aard zijn.

## EEN SCHETS VAN DE HUIDIGE AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte volksverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. Sinds 14 december 1967 is de wet van kracht.

Iedere inwoner van Nederland en iedereen die in Nederland inkomsten geniet, is van rechtswege verzekerd voor de AWBZ. De aanspraak is breed geformuleerd in artikel 6, lid 1 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:

*'De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening'*

Om invulling aan deze doelstelling te kunnen geven werd de AWBZ opgezet als een raamwet waarbinnen bij *Algemene maatregel van Bestuur* nieuwe zaken konden worden geregeld. Dit is feitelijk ook gebeurd, zoals uit onderstaande tabel blijkt.

*Tabel 1: Uitbreiding van de aanspraken op AWBZ-zorg*

1968	Verpleeghuis- en gehandicaptenzorg
1970	Medische kindertehuizen
1971	Medische kleuterdagverblijven, Het Dorp
1973	Dagverblijven
1974	Preventie/screening en vaccinatieprogramma's
1976	Gezinsvervangende tehuizen
1977	Dagbehandeling in verpleeginrichtingen
1980	Kruiswerk (wijkverpleegkundigen)
1989	Gezinsverzorging, hulpmiddelen en psychiatrische hulp
1997	Verzorgingshuizen (wet op de bejaardenoord)

Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010), p.31.

In alle gevallen moet het gaan om aandoeningen of beperkingen waarvoor iemand langdurige hulp nodig heeft. In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ zijn vijf aanspraken opgenomen:

- *persoonlijke verzorging*, zoals wassen en hulp bij eten en drinken.
- *verpleging*, bijvoorbeeld wondverzorging, toedienen van medicijnen of injecties.
- *behandeling*, zoals zorg bij een aandoening, psychische stoornis of revalideren na een beroerte.
- *verblijf*, bijvoorbeeld als het niet (meer) mogelijk is om zelfstandig te wonen en verblijf in een instelling nodig is.
- *begeleiding*, zoals dagactiviteiten buitenshuis, nachtopvang, of gesprekken bij gedragsproblemen.

Per 1 januari 2009 is het onderscheid tussen ondersteunende en activerende begeleiding vervallen. De ondersteunende begeleiding is overgeplaatst naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

### *Indicatiestelling*

Er zijn geen exacte criteria in de wet opgenomen, waardoor het niet eenvoudig is om te bepalen of een cliënt recht heeft op AWBZ-zorg. Om dit probleem te ondervangen, moet een cliënt een indicatie krijgen zodat hij daadwerkelijk aanspraak kan maken op de AWBZ-zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verstrekt deze AWBZ-indicaties. Het doel van het stellen van de indicatie is het objectief bepalen welke zorg de cliënt nodig heeft en in welke mate. Voor zorg zonder verblijf, ofwel extramurale zorg, geeft de instelling een indicatie af. Uit die indicatie moet blijken op welke AWBZ-functies de verzekerde is aangewezen, de omvang van de zorg en voor welke periode de zorg geldt. Voor de intramurale zorg geldt een andere regeling. Sinds 1 juli 2007 wordt er gewerkt met zorgzwaartepakketten (zzp's). In een zzp is opgenomen op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur.

Bij het stellen van de indicaties wordt er naar de volgende criteria gekeken:

- sociale redzaamheid
- bewegen en verplaatsen
- probleemgedrag
- psychisch functioneren
- geheugen- en oriëntatiestoornissen

Het CIZ beoordeelt of de cliënt op minstens een van de bovengenoemde punten een matige of ernstige beperking heeft. Als dit het geval is, kan er aanspraak worden gemaakt op de AWBZ-zorg. De groep cliënten is dus erg divers. Ze hebben geen gemeenschappelijke eigenschap dan dat ze allen aangewezen zijn op langdurige zorg.

### *Zorgkantoor en zorgaanbieder*

Nadat via de indicatiestelling is vastgesteld dat een cliënt recht heeft op AWBZ-zorg, stuurt het CIZ de indicatie naar de cliënt en naar het zorgkantoor. De AWBZ geeft in principe recht op zorg in natura. Deze zorg wordt door de zorgaanbieder geleverd, maar wordt betaald door de zorgverzekeraar bij wie de cliënt is ingeschreven.

De zorgverzekeraars zijn formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. In de praktijk komt deze taak neer op de 32 zorgkantoren die Nederland rijk is. De zorgkantoren vervullen dus een bemiddelingsrol tussen cliënt en zorgaanbieder. Die rol zou eigenlijk door zorgverzekeraars moeten

worden bekleed, maar dit is met goedkeuring van het ministerie van VWS uitbesteed aan de zorgkantoren.

De bemiddelingsrol houdt in dat het zorgkantoor de plicht heeft om een cliënt te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder. Daarnaast onderhandelt het zorgkantoor namens alle verzekeraars over de te leveren zorg. Het gaat hierbij om zowel intramurale als extramurale zorg in natura. Per jaar wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de zogenaamde contracteerruimte vastgesteld. Dit is het budget dat verdeeld wordt over de verschillende zorgkantoren. Vervolgens onderhandelen deze kantoren met de zorgaanbieders over de te leveren zorg.

#### *Persoonsgebonden budget*

Naast de zorg in natura kan de cliënt ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). In dat geval krijgt de cliënt een budget, waarmee hij zelf zorg mag inkopen bij de zorgaanbieder. De mogelijkheid van een pgb geldt niet voor de functies behandeling en (langdurig) verblijf.

De pgb-regeling staat los van de contracteerruimte, die wel geldt voor zorg in natura. Er is een landelijke subsidieregeling. Het pgb is echter nog niet wettelijk verankerd. De verwachting is dat dit de komende jaren zal plaatsvinden.

#### *Financiering*

De AWBZ wordt grotendeels collectief gefinancierd. Alle burgers -met inbegrip van ouderen boven de 65 jaar en de AWBZ-cliënten zelf- betalen mee aan deze volksverzekering. De AWBZ-premie bedraagt 12,15% over het inkomen in de eerste twee belastingschijven.

De onderstaande tabel laat de inkomsten en uitgaven zien voor het jaar 2008.

*Tabel 2:*

### **Inkomsten en uitgaven Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in 2008 in miljarden euro's.**

#### **Inkomsten**

Ontvangsten uit procentuele premie (12,15%)	13.10
Rijksbijdrage in het kader van gedeerde premieopbrengsten (BIKK)	4.60
Eigen bijdragen	1.70
<i>Totaal inkomsten (incl. overig)</i>	<u>19.40</u>

#### *Uitgaven*

21.40

#### **Exploitatiesaldo**

-/- 2,1

Bron: Begroting VWS (2008), p.168. (gecorrigeerd op basis van informatie van VWS naar aanleiding van verhoging van AWBZ-premie naar 12,15%)

Uit de tabel blijkt dat er voor 13,1 miljard euro aan premie binnenkomt. Echter, dit is minder dan we op grond van de procentuele premie van 12,15% zouden verwachten. Het verschil ontstaat doordat de heffingskortingen in mindering worden gebracht op de premieopbrengsten. Sinds 2001 zijn de kortingen fors gestegen, waardoor de premieopbrengsten steeds meer onder druk komen te staan. De uitgaven aan de AWBZ blijven echter wel stijgen. Het gevolg hiervan is dat de procentuele premie niet meer toereikend is om de uitgaven te denken.

Om dit tekort op te vangen, is de rijksbijdrage (BIKK) ingesteld. In 2008 bedroeg deze bijdrage 4,6 miljard euro en is bedoeld om de hogere heffingskortingen te compenseren. De laatste jaren is de bijdrage niet voldoende om de gederfde inkomsten als gevolg van de hogere heffingskortingen op te vangen. Dit heeft tot gevolg dat het AWBZ-fonds met toenemende tekorten kampt.

### *Eigen bijdrage cliënt*

In 2008 werden de AWBZ-uitgaven voor circa 1,7 miljard euro gefinancierd uit eigen betalingen en eigen bijdragen.

Een cliënt moet een eigen bijdrage betalen als hij in een AWBZ-instelling verblijft. Er gelden hiervoor diverse regelingen. Wanneer iemand bijvoorbeeld slechts voor een aantal dagen per week opgenomen wordt in een AWBZ-instelling, hoeft hij niet de volledige eigen bijdrage te betalen. De bijdrage wordt dan verrekend naar het aantal dagen dat de cliënt in de instelling verblijft.

Voor de groep cliënten die aanspraak maken op intramurale zorg (binnen een AWBZ-instelling) zijn er twee eigen bijdrageregelingen:

1. De lage eigen bijdrage is minimaal € 144,40 per maand en maximaal € 758,60 per maand.
2. De hoge eigen bijdrage is maximaal € 2.081,60 per maand. Hier geldt geen minimum.

De eerste zes maanden van het verblijf in een AWBZ-instelling betaalt de cliënt de lage bijdrage. Na die eerste periode is het afhankelijk van de persoonlijke situatie van de cliënt of men de hoge of de lage bijdrage blijft betalen. Daarbij is bepalend of de cliënt getrouwd is en de kosten voor het levensonderhoud van kinderen moet betalen.

Wanneer men niet voldoet aan die voorwaarde, moet de hoge eigen bijdrage betaald worden. Deze bijdrage bedraagt 8,5% van het bijdrageplichtige inkomen, die door de cliënt berekend kan worden op de website van het CAK-BZ.<sup>1</sup> Dit staat voor het Centraal Administratie Kantoor- Bijzonder Zorgkosten, de instelling waar de eigen bijdrage ook aan moet worden betaald.

Voor extramurale zorg gelden andere regels. Deze bijdrage is afhankelijk van leeftijd, leefsituatie en inkomen en kan ook berekend worden op de site van het CAK-BZ.

---

<sup>1</sup> [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)



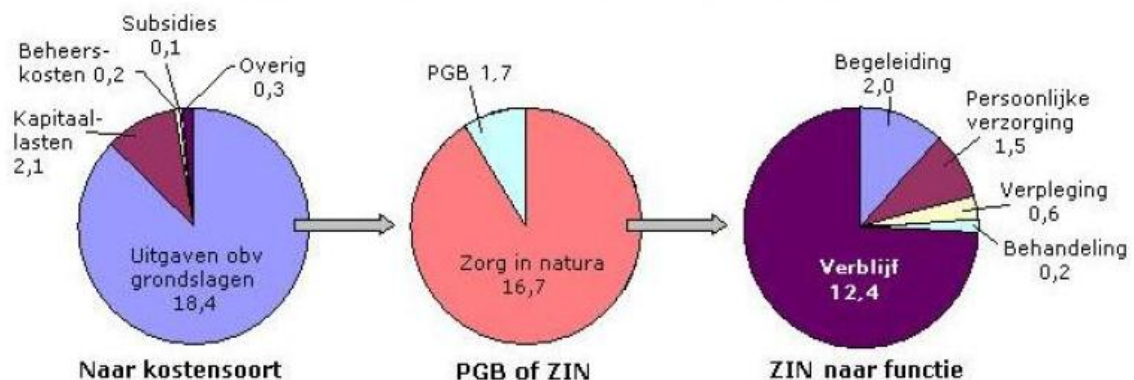
Er is een anticumulatieregeling van kracht voor de eigen bijdragen aan de WMO en de AWBZ. Dit houdt in dat er eerst een eigen bijdrage aan de WMO moet worden betaald en daarna pas de eigen bijdrage voor de AWBZ. Als de maximum eigen bijdrage is bereikt, hoeft men niet meer te betalen. Aangezien een groot deel van de cliënten van zowel de WMO als de AWBZ gebruik maakt, komen veel AWBZ-verzekerden niet aan de bijdrage voor de AWBZ toe. Ouderen maken bijvoorbeeld vaak gebruik van WMO-voorzieningen als huishoudelijke hulp, maar doen daarnaast een beroep op extramurale zorg die binnen de AWBZ valt. Door de anticumulatieregeling is de betekenis van de eigen bijdrage voor de AWBZ afgenomen.

### *Uitgaven*

In onderstaande figuur worden de kosten van het jaar 2008 uitgesplitst.

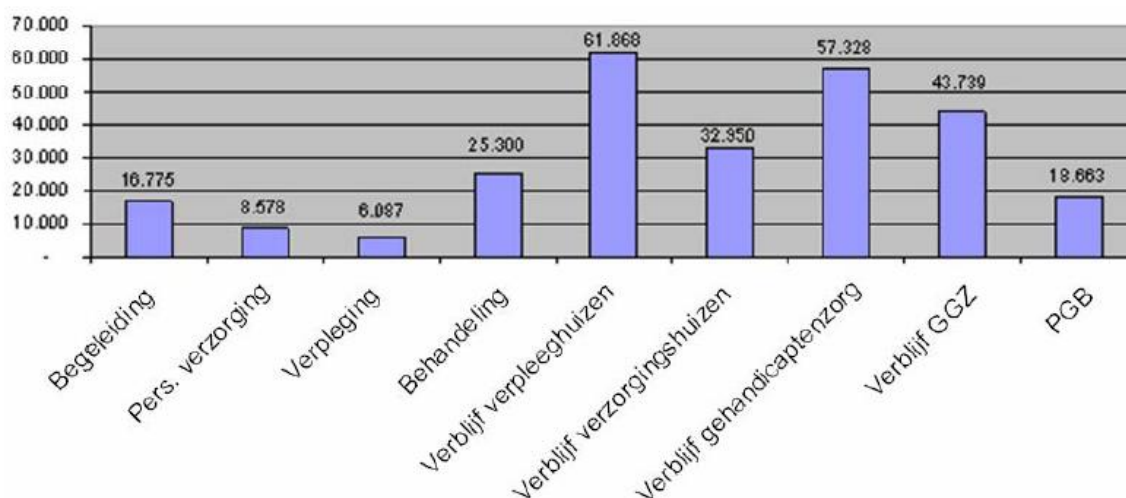
De uitgaven op basis van de grondslagen vormen de grootste kostensoort in de linker figuur. Dit zijn uitgaven voor de zorgverlening. Onder kapitaallasten vallen de bouwkosten van de intramurale instellingen. Het diagram in het midden laat zien dat er slechts een beperkt bedrag (1,7 miljard euro) aan het persoonsgebonden budget wordt besteed. In het rechterdiagram wordt de Zorg in natura (ZIN) uitgesplitst naar functie. De functie verblijf neemt het grootste deel van de uitgaven in beslag. De uitgaven aan gehandicapten en de ouderenzorg vallen hieronder. Ook in figuur 2 zijn de uitgaven aan intramurale zorg in het oog springend.

*Figuur 1 – Uitgavenverdeling AWBZ in het jaar 2008 (miljarden euro's)*



Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010) p. 27.

Figuur 2 – Gemiddelde uitgaven per gebruiker in 2008 (euro's)



Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010), p.28.

### Cliëntgroepen

Volgens het ministerie van VWS maakten in 2008 ongeveer 600.000 personen gebruik van de AWBZ. In de intramurale instellingen verblijven ongeveer 253.000 personen, tegenover 335.000 extramurale zorgvragers. Zij ontvangen de zorg thuis of in een zelfgekozen wooncluster. Ook kan het voorkomen dat zij alleen meedoen aan dagbestedingsactiviteiten.

Uit het onderschrift van tabel 3 valt op te maken dat deze cijfers zijn gestegen gedurende 2008. Ditzelfde geldt voor het aantal pgb-houders: het aantal cliënten dat hiervan gebruikt maakt steeg van 88.000 in januari 2008 naar 115.000 in januari 2010.

Tabel 3: Gebruikers van de AWBZ: aantallen en profiel (2008)

Zorg met verblijf	Zorg aan Huis	AWBZ gebruikers naar doelgroep	Zorg in natura	PGB	Beide
55.000	17.000	Ouderen met psychogeriatrische aand. ◀ <b>72.000</b> ▶	70.000	1.000	1.000
109.000	210.000	Ouderen met somatische aandoening ◀ <b>319.000</b> ▶	295.000	19.000	5.000
66.000	47.000	Gehandicapten ◀ <b>113.000</b> ▶	85.000	19.000	9.000
23.000	61.000	Pers. met psychiatrische stoornis(sen) ◀ <b>84.000</b> ▶	50.000	32.000	2.000
253.000 <sup>a</sup>	335.000 <sup>b</sup>	Totaal aantal AWBZ-gebruikers ◀ <b>588.000</b> ▶	500.000	71.000 <sup>c</sup>	17.000 <sup>c</sup>

\* Volledige informatie is op dit moment alleen beschikbaar op basis van gegevens uit januari 2008. Voor de eindtotalen a en b zijn inmiddels ook cijfers op basis van begin 2009 beschikbaar: 259.000, respectievelijk 360.000. Per januari 2010 was het totaal aantal PGB-houders 115.000 (c).

Bron: VWS-bewerking van gegevens afkomstig van: ZZP-bronbestand, NZa, CAK, CIZ, CVZ en VGZ

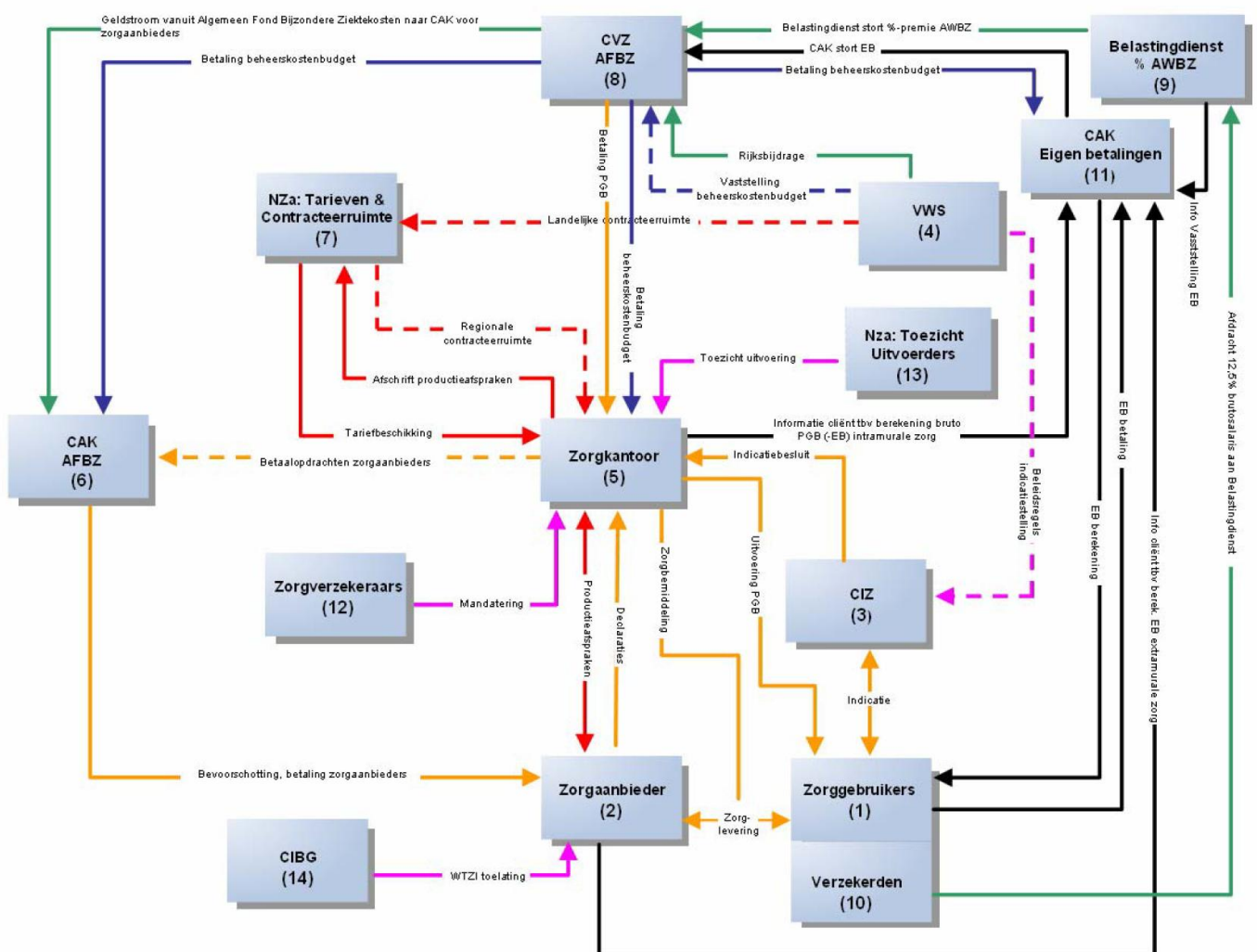
## Werkgelegenheid

Aan het einde van het jaar 2006 waren er bijna 2.500 AWBZ-instellingen. In totaal waren er binnen deze instellingen ongeveer 650.000 mensen (367.000 fte's) aan het werk. De verdeling over de instellingen was toen als volgt:

- Thuiszorg: 22%
- Verpleeghuizen: 22%
- Verzorgingstehuizen: 18%
- Gehandicaptenzorg: 24%
- GGZ-instellingen: 14%

In 2006 viel de genezingsgerichte ggz-zorg nog onder de AWBZ. Inmiddels is dit overgegaan naar de Zvw.

## Schematische weergave van de AWBZ



Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010), p.95.

## **PLAATS VAN DE AWBZ BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG**

De omgeving van de AWBZ is de afgelopen jaren aanzienlijk gewijzigd. Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Een jaar later werd de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd. Deze stelselwijzigingen hebben ook hun invloed op de AWBZ. Vanuit die gedachte willen we in dit onderdeel de plaats van de AWBZ binnen de gezondheidszorg analyseren.

### *De Zvw*

Iedere inwoner van Nederland is verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. De verzekering wordt afgesloten tussen de cliënt en de zorgverzekeraar en is daarom privaat van aard. Verzekeraars hebben de plicht om iedere verzekeringsplichtige te accepteren en de cliënt heeft recht op een wettelijk omschreven zorgpakket. In dit zorgpakket worden functiegerichte aanspraken beschreven, zoals onder andere geneeskundige zorg en mond zorg.

Naast de acceptatieplicht geldt er een verbod op premiedifferentiatie. Verzekeraars mogen geen hogere premie rekenen voor risicogroepen of oudere mensen. Er mag wel een collectieve korting worden aangeboden. Werkgevers kunnen een collectieve verzekering voor hun werknemers afsluiten en daarmee maximaal 10% korting krijgen. De verzekerde kan daarnaast zelf kiezen voor een hoger eigen risico, waardoor de nominale premie iets omlaag kan. Binnen die marge kan een zorgverzekeraar zijn premie zelf bepalen.

Er is hier dus sprake van een zekere vorm van marktwerking, omdat de verzekeraars binnen de door de overheid gestelde kaders kunnen concurreren met elkaar. De getrapte vorm van marktwerking stimuleert de zorgverzekeraars tot efficiënt inkopen van zorg bij de zorgverleners. De mogelijkheid voor de verzekerde om een keer per jaar van verzekeraar te veranderen geeft de verzekerde meer macht. In tegenstelling tot een systeem van volledige aanbodsturing kan een verzekerde nu met de voeten spreken door de kwalitatief slechtere verzekeraar te mijden. Bovendien hebben de zorgaanbieders (ziekenhuizen e.d.) een sterkere prikkel om hun kwaliteit, prijs en doelmatigheid te bewaken. Als dit niet meer van goede kwaliteit is, zullen zorgverzekeraars en daarmee de cliënten de zorgaanbieder links laten liggen.

De verzekerde kan via de zorgverzekeraar een aanvullende verzekering afsluiten. De aanvullende verzekering bevat dekking voor aanspraken die niet tot het publieke belang behoren. Voor deze verzekering geldt géén acceptatieplicht en de verzekeraar mag premiedifferentiatie toepassen op basis van leeftijd en gezondheid. De premie hoeft dus niet voor alle verzekerden gelijk te zijn.

Naast de premie voor de basis- en de eventuele aanvullende verzekering, betaalt de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage aan de Belastingdienst. Werkgevers compenseren deze bijdrage gedeeltelijk, zelfstandigen en gepensioneerden betalen een lagere inkomensafhankelijke bijdrage maar worden niet gecompenseerd.

De zorgverzekeraars verkrijgen hun inkomsten uit de premies van de verzekerden. Daarnaast ontvangen ze een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, de zogenaamde vereveningsbijdrage. Deze bijdrage is opgebouwd uit de inkomensafhankelijke bijdrage die de verzekerde afdragen aan de Belastingdienst en de rijksbijdrage. Het Zorgverzekeringsfonds wordt beheerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

De Zvw is in 2006 ingevoerd. Daarmee is de systematiek van de gezondheidszorg gewijzigd. Van aanbodsturing wordt geleidelijk overgegaan op vraagsturing. De dynamiek is groter geworden op de verzekeringsmarkt. De liberalisering van de zorginkoopmarkt is echter een langdurig proces dat nog de nodige tijd nodig heeft. Het is daarom nog te vroeg om te evalueren of de stelselwijziging de zorg op langere termijn structureel verbetert.

### *De WMO*

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen voor maatschappelijke ondersteuning. Het is bedoeld voor mensen die zelf of met hulp uit de sociale omgeving niet in staat blijken te zijn om mee te doen in de samenleving. Voor deze doelgroep neemt de gemeente haar verantwoordelijkheid door ze te ondersteunen en hun zelfredzaamheid te vergroten. Concreet gaat het hierbij om een aantal aanspraken waar burgers recht op hebben, de zogenaamde prestatievelden.

De negen prestatievelden zijn:<sup>2</sup>

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten
2. Op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van huiselijk geweld

---

<sup>2</sup> Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010), p.42.

8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid

#### *Relatie tot de AWBZ*

Iemand die conform de AWBZ-grondslagen recht heeft op zorg, valt automatisch onder de groep 'kwetsbare personen' binnen de WMO. Er kan geen beroep worden gedaan op de WMO als er al via andere wetten (AWBZ of Zvw) aanspraak gemaakt kan worden op bepaalde zorgtaken. De gemeenten hebben via de WMO de taak om zoveel mogelijk samenhang met andere regelingen te creëren.

De WMO is geen verzekering. Een burger kan wel aanspraak maken op grond van de wettelijke basis van de WMO, want dan is de gemeente via de wet verplicht om bijstand te verlenen.

Ten aanzien van de negen prestatievelden heeft de gemeente een grote vrijheid. De rijksoverheid heeft een algemeen kader gesteld, inclusief de randvoorwaarden en procedure-eisen. De gemeente mag binnen dit kader eigen beleid bepalen. Iedere vier jaar moet de gemeente een beleidsplan opstellen waarin het aangeeft welke beleidskeuzes gemaakt zullen worden en hoe ze de verschillende doelgroepen willen bedienen.

#### *Financiering WMO*

De gemeenten ontvangen via het gemeentefonds middelen voor de uitvoering van de WMO. In 2010 gaat het om een totaalbedrag van 1,626 miljard euro. Gemeenten mogen zelf een eigen bijdrage vragen, maar verplicht is dat niet. Voor deze bijdrage gelden door de minister opgestelde regels.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben een onafhankelijke partij gevraagd om de hoogte van de uitvoeringskosten te bepalen. Deze zijn vastgesteld op 67 miljoen euro.

De gemeenten hebben eenmalig 30 miljoen euro extra gekregen om de WMO in te voeren. Dit is bovenop het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 45 miljoen, in totaal dus € 75 miljoen.

## **PUBLIEK BELANG IN DE GEZONDHEIDSZORG**

Voor dat we ingaan op de problematiek van de AWBZ is het zinvol om eerst stil te staan bij de definitie van het publieke belang in de gezondheidszorg. De overheid heeft de zorg voor langdurig zieken altijd als een publiek belang gezien. Vanuit die gedachte wordt de AWBZ collectief gefinancierd. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2003 is er meer discussie gekomen over de rol van de overheid in de zorg. Daaruit voortvloeiend kwam de vraag op of marktwerking het publieke belang beter kan dienen dan de inmenging van de overheid. Deze discussie is niet op zuiver economische gronden te beslechten, aangezien de definities van het publieke belang sterk uiteenlopen. Bovendien is het onderscheid tussen markt en overheid vager geworden sinds de invoering van het nieuwe stelsel dat gebaseerd is op concurrentie en marktwerking. Het klassieke onderscheid tussen het budgetmechanisme van de overheid en het marktmechanisme van de private sector brengt ons niet verder in de discussie. Inmiddels weten we dat publieke goederen wel degelijk via de markt geleverd kunnen worden.

Publiek belang en marktwerking zijn politiek en ideologisch geladen begrippen geworden, wat de discussie over dit onderwerp bemoeilijkt. Allerlei niet-rationele argumenten als 'marktwerking moeten we gewoon niet willen' of 'de markt is de oplossing voor alle problemen' verstoren het wezenlijke debat. De centrale vragen in deze discussie zijn: Wat is publiek belang en hoe kan het publieke belang het beste behartigd worden? Welke rol heeft de overheid in het vaststellen van het publieke belang en in hoeverre dient de overheid zelf voor de invulling van het publieke belang zorg te dragen?

### *Twee verschillende uitgangspunten*

De Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid (WRR) stelt in haar rapport *Het borgen van publiek belang* dat de overheid 'binnen de moderne samenleving de enige is die gelegitimeerd is om namens de samenleving als geheel dwingend te bepalen welke publieke belangen moeten worden behartigd.' Kort gezegd stelt de WRR dat iets een publiek belang is als de overheid zegt dat het zo is.

In *Calculus van het publiek belang* verwoorden Teulings, Bovenberg en Van Dalen een andere visie op publiek belang. Zij definiëren publiek belang als 'een complex extern effect waarvan de realisatie door free-rider gedrag wordt verhinderd.' In die gevallen waar de externe effecten zo complex zijn dat de markt ze niet op kan lossen, heeft de overheid de taak om in te grijpen. Zij kan de free-riders dwingen om mee te doen.

De definitie van de WRR en die van de drie wetenschappers zijn twee uitersten. De WRR begint bij de overheid. De overheid stelt vast welke maatschappelijke belangen behartigd zouden moeten worden. Een maatschappelijk belang is bijvoorbeeld het recht op goede gezondheidszorg. Dit maatschappelijk belang wordt publiek volgens de WRR 'indien de overheid zich de behartiging van

een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt' (WRR, 2000, p. 20). Dit betekent overigens niet dat ieder publiek belang door de overheid behartigd moet worden. De overheid kan ook besluiten om marktwerking in te schakelen om zo goede zorg te garanderen. In de visie van de WRR bepaalt de overheid dus wat publiek belang is en alleen als de overheid bepaalt dat belangen behartigd kunnen worden door de markt, is marktwerking mogelijk.

Bij de visie van Calculus wordt de markt als uitgangspunt genomen. Marktwerking zorgt door middel van vrije prijsvorming voor een efficiënte combinatie van vraag en aanbod waardoor er transacties worden gedaan die voor beide partijen voordelig zijn. Deze transacties gaan door tot er een pareto-efficiënte allocatie van goederen en diensten is bereikt. Op dat optimale punt kan er niemand beter worden zonder dat iemand anders moet inleveren. Het marktmechanisme werkt echter niet feilloos: door verschillende oorzaken kan de markt niet goed functioneren. Enkele vormen van marktfalen zijn:

1. Gebrek aan concurrentie
2. Informatieasymmetrie
3. Externe effecten (zowel positief als negatief)
4. Publieke goederen die een individu niet zelf kan opbrengen

Volgens Calculus ontstaat er in de situaties van marktfalen een publiek belang. Individuen slagen er via het marktmechanisme niet in om een optimale allocatie te bereiken, waardoor ingrijpen van de overheid nodig is. Overigens hoeft de overheid niet altijd in te grijpen bij een complex extern effect. Als de kosten van het ingrijpen hoger zijn dan de baten, kan de overheid besluiten om niet in te grijpen op de falende markt.

Beide visies hebben hun tekortkomingen. Zo is de visie van de WRR erg breed en daardoor wat vaag. In principe kan alles als publiek belang aangemerkt worden. De visie van Calculus is juist beperkt, omdat publiek belang meer omvat dan een complex extern effect. De overheid kan bijvoorbeeld een rechtvaardigere inkomensverdeling ook als publiek belang aanmerken. Hoewel beide visies incompleet zijn, kunnen we ze toch gebruiken als startpunt in de discussie.

### *Verkenning*

Als het gaat om de vraag wat publiek belang is zullen we aansluiting zoeken bij artikel 22 van de Grondwet. In artikel 22 wordt publiek belang omschreven als 'maatregelen treffen ter bevordering van de volksgezondheid.' Bij deze taakomschrijving komt de vraag op of de publieke taak betrekking heeft op de gezondheid of op het zorgaanbod. Moet de overheid het als haar taak zien om de gezondheid te bevorderen en te beschermen of moet de overheid het zorgaanbod controleren en



garanderen? En als de publieke taak dan betrekking heeft op de gezondheid, gaat het dan om individuele of collectieve gezondheid?

Een interessante ontwikkeling in deze -voornamelijk politieke- discussie is de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel is de filosofie van de gezondheidszorg veranderd. In Nederland kenden we een systeem van aanbodsturing, waarbij de aanbieder de voorwaarden stelt en de cliënt nauwelijks invloed kan uitoefenen op de zorg.

Dit systeem faalde. Er waren onaanvaardbare lange wachtlijsten en de zorgkosten stegen sterk.

In het nieuwe zorgstelsel is aanbodsturing vervangen door vraagsturing. Het idee hierachter is om een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem te creëren, waarbij de vraag van de cliënt centraal staat. Met de wijziging hoopte men het marktfalen te verminderen in de gezondheidszorg. Het gebrek aan concurrentie werd aangepakt door getrapte marktwerking toe te staan. Dit houdt in dat er marktwerking plaatsheeft, maar dat de overheid de kaders stelt en een toezichhoudende rol heeft. De systeemwijziging werd aan de Tweede Kamer als volgt toegelicht:

*'Samengevat komt de nieuwe rolverdeling neer op een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de positie van de aanbieder en de verzekeraar, een versterking van de positie van de verzekeraar ten opzicht van de zorgaanbieders, en vergroting van de speelruimte voor de zorgaanbieders. De rol van de overheid is in die rolverdeling kaderstellend en toezichhoudend.'*

Tot de stelselwijziging had het publieke belang betrekking op het zorgaanbod. De borging van het publieke belang werd geconcretiseerd door het in stand houden en controleren van het zorgaanbod. Daarbij zijn de voorwaarden van de zorg -toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit- belangrijk. Het publieke belang is gewaarborgd als aan deze voorwaarden is voldaan. Nadeel van deze zienswijze is echter dat de begrippen toegankelijkheid en kwaliteit abstract zijn. Het laat een zekere ruimte voor interpretatie over. Echter, de borging van het publieke belang vereist een precieze omschrijving, zeker wanneer de zorg door private partijen wordt aangeboden. De vraag wat precies het publieke belang is voor de burger, moet goed kunnen worden geconcretiseerd.

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel zou de definiëring van het publieke belang dan ook moeten veranderen. Er is min of meer afstand gedaan van aanbodregulering en daar is vraagsturing voor in de plaats gekomen. Het publiek belang wordt echter nog steeds in aanbodtermen omschreven. In het gewijzigde stelsel zou het publieke belang in de gezondheidszorg moeten worden omschreven als de taak van de overheid om te zorgen voor een goede gezondheid van alle ingezetenen. De keuze voor gezondheid als publiek belang brengt echter vergelijkbare moeilijkheden met zich mee. Hoe kan gezondheid gedefinieerd worden en welk onderscheid dient er gemaakt te worden tussen het individu en het collectief?

Dit is afhankelijk van de maatschappelijke perceptie van gezondheid. De mate waarin mensen geven om hun gezondheid zal uiteindelijk bepalen wat de invulling van het publieke belang moet worden. Via democratische besluitvorming wordt besloten welke zorgtaken de overheid op zich neemt. Daarmee hebben publieke belangen een dynamisch karakter en zijn minder exclusief dan meestal wordt aangenomen.

#### *Grens tussen publiek en privaat*

We hebben vastgesteld dat publieke belangen uiteindelijk worden bepaald via democratische besluitvorming. Echter, dit ontnemt ons niet de mogelijkheid om vanuit economisch oogpunt te bezien waar de grens ligt tussen publieke en private belangen.

Een goede indicator om die grens aan te geven is de omvang en de intensiteit van de overheidsregulering. Deze grens is ook dynamisch, net als de invulling van het publieke belang.

Wanneer we de definiëring van het publiek belang als gegeven interpreteren, kunnen we binnen dat kader bezien of de overheid het publieke belang op een juiste wijze behartigt. De overheid moet de voorwaarden scheppen voor een efficiënte borging van het publieke belang. In het geval van de AWBZ is het publieke belang de zorg voor langdurig zieken. Met behulp van de mate van overheidsregulering kunnen we evalueren of het publieke belang in de AWBZ op dit moment effectief geconcretiseerd wordt. De regulering komt onder andere tot uitdrukking in centrale wet- en regelgeving, in de manier waarop de zorg gefinancierd wordt en in de uitvoerings- en toezichtstructuur.

In het volgende onderdeel zullen we de problematiek van de AWBZ behandelen.

## **PROBLEMATIEK VAN DE AWBZ**

De problemen binnen de AWBZ zijn te verdelen in een aantal categorieën. Er zijn zorginhoudelijke knelpunten, problemen met de beheersbaarheid van de kosten en knelpunten met betrekking tot het financiële draagvlak.

Daarnaast maken we onderscheid tussen huidige problemen en knelpunten die in de toekomst te verwachten zijn.

### *Zorginhoudelijke problemen*

Het belangrijkste zorginhoudelijke probleem is de ontbrekende samenhang tussen de verschillende voorzieningen. Iemand die gebruik maakt van de AWBZ heeft in veel gevallen ook andere voorzieningen nodig. Deze voorzieningen vallen onder andere wetten dan de AWBZ. Het probleem hierbij is dat de regelingen uiteenlopen, waardoor de samenhang ontbreekt. Cliënten hebben te maken met verschillende instanties met elk hun eigen indicatieprocedures en beleidsregels. Voor de cliënt is niet altijd duidelijk waar hij aanspraak op mag maken en bij welke instantie hij moet aankloppen. De ketenzorg functioneert dus niet goed.

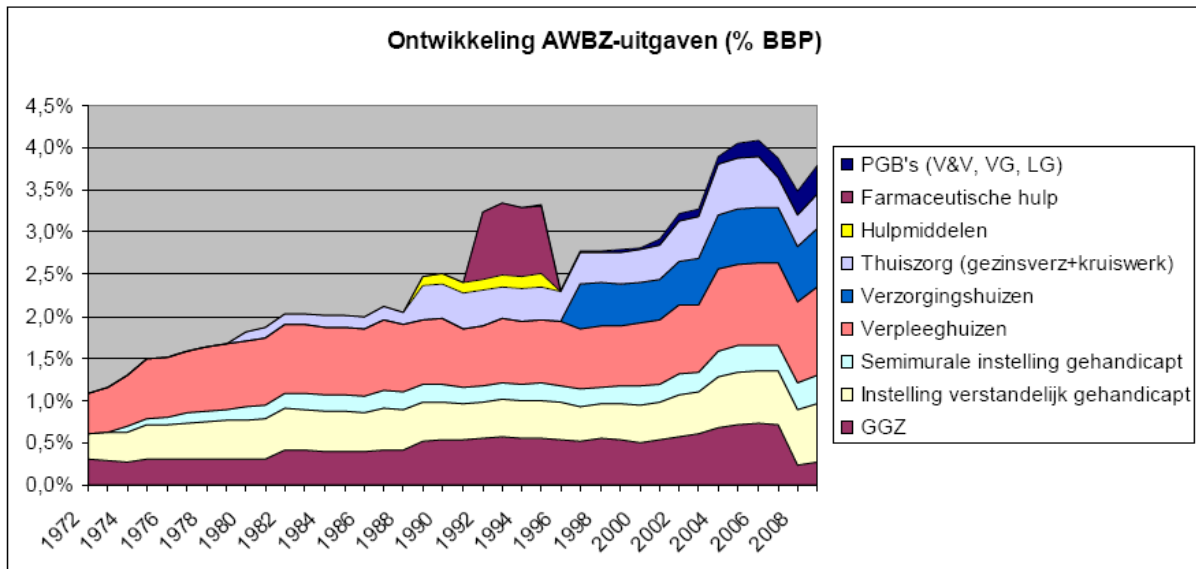
Daarnaast kunnen cliënten de zorg onvoldoende zelf sturen. Het systeem is nog teveel aanbodgeoriënteerd, waardoor er beperkte diversiteit en flexibiliteit is in het zorgaanbod.

De introductie van de het persoonsgebonden budget is een stap in de goede richting. Met het persoonsgebonden budget kan een cliënt zelf meer invloed uitoefenen op de zorg. Bovendien zorgt dit voor een extra prikkel voor zorgaanbieders. Aanbieders die slechte zorg leveren, zullen worden afgestraft omdat er minder cliënten naar hen komen.

De keerzijde van het succes van het persoonsgebonden budget is wel dat de kosten daarvan fors zijn gestegen.

### *Beheersbaarheid van de kosten*

De afgelopen jaren zijn de uitgaven aan de AWBZ aanzienlijk gestegen. In onderstaande figuur is te zien dat de uitgaven als percentage van het nationaal inkomen zijn gestegen van 1% in 1972 tot bijna 4% in 2010.



Bron: Rapport Brede Heroverwegingen (2010), pag. 32.

Deze stijging is voornamelijk het gevolg van de breed geformuleerde AWBZ-aanspraken. De AWBZ bevat ook aanspraken die gericht zijn op het ondersteunen en begeleiden van mensen met beperkingen waardoor ze niet normaal kunnen deelnemen aan de samenleving. Onder dit type aanspraak wordt een breed scala aan activiteiten aangeboden. Daarbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre dit onder de langdurige zorg zou moeten vallen. In theorie zou deze zorg ook onder de WMO kunnen vallen. Vanwege lange procedures maken burgers echter liever aanspraak op de AWBZ. Bovendien is het zo dat gemeenten bij een eventuele samenloop van regelingen de AWBZ mogen laten voorgaan.

De ruime aanspraken zijn enerzijds voordelig, omdat er een flexibele invulling mogelijk is. Die flexibiliteit maakt vraagsturing mogelijk. Anderzijds lijkt het met de huidige aanspraken zo te zijn dat er veel oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de AWBZ. Vanwege de onduidelijke afbakening wordt onder de noemer van de AWBZ veel zorg aangeboden die feitelijk weinig te maken heeft met langdurige zorg. Er is echter geen sprake van oneigenlijk gebruik omdat de onduidelijke afbakening deze invulling van zorg toelaat.

### *Jeugdzorg*

Een zorgonderdeel waar de problematiek van de onduidelijke afbakening aan het licht komt is de jeugdzorg. Voor de jeugdzorg zijn diverse wetten in het leven geroepen. Zo kan er op grond van de Wet op Jeugdzorg (WJZ) aanspraak gemaakt worden op opvoedingsondersteuning, voor behandeling is er een regeling binnen de Zvw, jongeren met een psychiatrische stoornis kunnen terecht bij de AWBZ met de functiegerichte aanspraak 'begeleiding' en tenslotte kan een jongere via de WMO

aankloppen bij de gemeente voor ondersteunende begeleiding. Behalve dat dit zeer onoverzichtelijk is voor de cliënt, kan afgevraagd worden of dit de efficiëntie van de zorg ten goede komt.

Het gevolg van de wirwar aan regelingen en voorzieningen is dat cliënten de makkelijkste weg gaan kiezen. Dit is terug te zien in de statistieken, waarbij sprake is van een afwenteling op de AWBZ. Vooral de stijging in het gebruik van het persoonsgebonden budget is hierbij opvallend. In de periode 2003 tot en met 2006 steeg het aantal jeugdige pgb-houders binnen de AWBZ van 16% tot 27%.

Deze trend heeft zich verder ontwikkeld zodat het vorige kabinet onlangs besloten heeft om dit jaar geen nieuwe pgb-aanvragen meer toe te kennen.

De ruime indicatiestelling van de AWBZ vormt een serieus probleem voor de beheersbaarheid van de kosten. Een fundamentele herziening van de aanspraken en de wijze van indicatiestelling zal nodig zijn om het systeem ook in de toekomst te laten functioneren.

### *Indicatiestelling*

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of en in welke mate mensen recht hebben op AWBZ-zorg. Vanwege de breed geformuleerde aanspraken is het voor deze instantie niet eenvoudig om een objectieve indicatiestelling uit te voeren. Bij de beoordeling heeft het CIZ alleen te maken met de cliënt. Deze zal de neiging hebben om in te zetten op een ruime indicatie. Volgens de theorie van *moral hazard* is er bij verzekeringen zoals de AWBZ altijd een risico van overconsumptie. Zeker in het geval van een pgb zal de cliënt het maximaal mogelijke budget willen ontvangen. Nu is het zo dat als de cliënt het niet eens is met de indicatie bezwaar kan worden aangetekend. Daardoor heeft het CIZ de neiging om ruim te indiceren. De instelling wordt daar niet op afgerekend, omdat er geen controle is op de indicatiestelling.

### *Gebrek aan concurrentie door zorgkantoren*

De zorgkantoren vormen een extra schakel in de keten van zorgvrager, zorgaanbieder en verzekeraar. Zij onderhandelen namens de verzekeraar met de zorgaanbieders over de contracten. Deze extra bestuurslaag is eigenlijk overbodig. Zorgkantoren hebben geen prikkel om het beste voor de cliënt er uit te halen, omdat ze niet met elkaar concurreren. Verzekeraars moeten concurreren met elkaar om cliënten aan zich te binden. Zij hebben dus een prikkel om goede kwaliteit zorg te regelen tegen een aanvaardbare prijs. Er zal door verzekeraars streng op toegezien worden dat de kwaliteit van de aangeboden zorg op peil blijft. Zorgkantoren hebben deze sterke prikkel niet, wat niet ten goede komt aan de prijs-kwaliteit verhouding van de zorg.

### *Financieel draagvlak*

Een ander knelpunt is het financiële draagvlak van de AWBZ. Zoals eerder aangegeven bij de beschrijving van de AWBZ, staan de inkomsten onder druk als gevolg van heffingskortingen. De gedeefde premie-inkomsten worden maar gedeeltelijk gecompenseerd door de rijksbijdrage. Het tekort op de AWBZ-begroting zal op enigerlei wijze opgevuld moeten worden. De beleidsmakers kunnen simpelweg de belastingtarieven verhogen, dit is echter niet efficiënt. Niet alleen omdat een hogere belastingdruk schadelijk voor de economie kan zijn, maar vooral omdat het effect van de heffingskortingen dan grotendeels teniet gedaan wordt. De kortingen worden gegeven aan mensen waarvan de regering van mening is dat het hun taak is om deze mensen te ontzien. Door het tarief te verhogen wordt deze korting ongedaan gemaakt. Bovendien heeft het hoger marginale tarief negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van loonkosten en werkgelegenheid.

Als gevolg van (onder andere) vergrijzing zal het draagvlak van de AWBZ in de toekomst nog verder onder druk komen te staan, daarover meer in de volgende sectie.

### *Toekomstige ontwikkelingen*

In de komende jaren zal het aantal bejaarden en hoogbejaarden sterk toenemen. Volgens een rapport van de SER zal het aantal 65-plussers stijgen van 2,5 miljoen in 2005 naar 4 miljoen in 2040.<sup>3</sup> Als gevolg van een hogere gemiddelde leeftijd en een lager geboortecijfer zal de bevolkingspiramide sterk veranderen. Allereerst heeft dit effect op het zorggebruik: doordat er meer ouderen zijn zal de vraag naar zorg waarschijnlijk stijgen. Daarnaast zal de verhouding actieven en inactieven op de arbeidsmarkt veranderen. De premie zal door minder mensen moeten worden opgebracht, terwijl er meer budget nodig is om de zorg te financieren. Dit dubbele effect zal het financiële draagvlak verder versmallen.

Vanwege de toename van de zorgbehoefte zal er meer personeel nodig zijn in de zorg. Het probleem is echter dat door de vergrijzing veel personeel uitstroomt. Om toch voldoende personeel aan te trekken en niet met capaciteitsproblemen te maken te krijgen, zullen de lonen in de zorg moeten stijgen. De hogere loonkosten hebben weer een negatief effect op de overheidsbegroting.

De toekomstige ontwikkelingen binnen de zorg kunnen niet los van de economische ontwikkelingen gezien worden. Het CPB verwacht dat de economie de komende jaren met 1,75% zal groeien<sup>4</sup>. De welvaart zal nog steeds toenemen, maar wel in een minder hard tempo.

Dit heeft diverse effecten. De kans is groot dat dit zorgt voor een hogere vraag naar zorg. Vanwege de gestegen welvaart zijn ouderen welvarender. Ze hebben behoefte aan goede zorg en maatwerk.

---

<sup>3</sup> Bron: SER (2005), *Van alle leeftijden*, p.107.

<sup>4</sup> Bron: CPB (2010), *Economische verkenning 2011-2015*.

Een hogere zorgvraag én hogere eisen aan de zorg zijn niet te combineren met de huidige vorm van de AWBZ. De keuzevrijheid moet vergroot worden. Vermogende ouderen zouden bijvoorbeeld moeten kunnen kiezen voor een verpleeghuis met zeer goede zorg, waar ze extra voor moeten betalen.

De hervorming van het stelsel vraagt dan ook om een bezinning op de zorgtaken binnen de AWBZ. Welke criteria worden gebruikt om te beoordelen welke zorg collectief aangeboden moet worden? Zijn dit juiste criteria? Op deze vragen zullen we ingaan in het volgende onderdeel.

## **OVERHEID ÉN MARKT: HET RESULTAAT TELT!**

In maart 2010 is er door de SER een rapport uitgebracht over marktwerking en publieke belangen. De aanleiding voor dit rapport was een adviesaanvraag van de Tweede Kamer in november 2008. Het verzoek aan de SER was om, gelet op de ervaringen met het introduceren van marktwerking in het verleden, aanbevelingen te doen voor de toekomst.

### *Orderingsbeleid*

In het rapport wordt publiek belang beschreven als belangen waarvan de behartiging voor de samenleving als geheel wenselijk is en die de politiek zich om deze reden aantrekt. Om deze belangen te behartigen voert de overheid sociaaleconomisch beleid. Dit beleid is gericht op het vergroten van de maatschappelijke welvaart. Er wordt een breed welvaartsbegrip gehanteerd: de maatschappelijke welvaart bestaat uit zowel materiële als sociale welvaart. Onder sociale welvaart verstaan we het welzijn van de burgers en de kwaliteit van de leefomgeving.

De centrale vraag in het rapport is hoe de maatschappelijke welvaart vergroot kan worden. Is het efficiënter om via marktwerking een publiek belang te borgen of moet de overheid zelf de touwtjes in handen houden?

In het hoofdstuk over publiek belang hebben we de redenen voor overheidsingrijpen behandeld. Idealiter moet de overheid een juiste balans zien te vinden tussen marktwerking en overheidscoördinatie. Meer marktwerking zorgt voor meer concurrentie. De concurrentie geeft producenten een prikkel om de kosten te verlagen en beter te luisteren naar de wensen van de cliënt. Bovendien kan er door concurrentie een betere allocatie van de middelen bereikt worden. Anderzijds kan de overheid ook fouten maken in een marktwerkingsoperatie. De markt kan teveel vrijheid krijgen, waardoor de overheid geen grip meer heeft op de kwaliteit van de goederen of diensten. Het kan ook zo zijn dat de overheid op een verkeerde manier coördineert, waardoor er te hoge prijzen gevormd worden en de cliënt uiteindelijk slechter af is.

Een marktwerkingsoperatie vraagt dus om een gedegen studie van de sector. Enkel het advies 'meer overheid' of 'meer marktwerking' heeft weinig waarde. Het rapport spreekt over 'orderingsbeleid'. Met deze term wil de SER aangeven dat het beleid moet bestaan uit een combinatie van uiteenlopende instrumenten. Zowel de markt als de overheid heeft hierin een rol.

Zoals de titel van het rapport aangeeft, is het resultaat bepalend. Afhankelijk van de risico's op marktfalen en overheidsfalen wordt bepaald welke instrumenten gebruikt worden om het publieke belang te borgen.



In het rapport van de SER worden drie criteria genoemd waar het publiek belang aan getoetst moet worden: kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid.

### *Kwaliteit*

De overheid moet er allereerst op toe zien dat de kwaliteit van het publieke goed op peil blijft. In geval van de AWBZ betekent dit dat de regering moet zorgen voor een zo goed mogelijke verhouding tussen de gezondheidsvoordelen en de kosten van de producten en behandelingen. Gezondheid is een schaars goed en kan niet tegen elke prijs gerealiseerd worden. Het is bijvoorbeeld (nog) niet haalbaar om iedere inwoner preventief te laten onderzoeken op kanker of andere veel voorkomende ziektes. De beleidsmakers moeten daarom binnen het gegeven budget bekijken of de kwaliteit geoptimaliseerd kan worden.

Voor onze onderzoeksvraag is het van belang op welke manier de kwaliteit het beste gewaarborgd wordt. Voor het ABWZ-stelsel zijn we op zoek naar de juiste coördinatie van markt en overheid, waarbij de kwaliteit het hoogst is. Dit optimale punt valt samen met een goede balans tussen eigen verantwoordelijkheid en sociale zekerheid. Een juiste balans houdt in dat een cliënt enerzijds aanspraak mag maken op een collectief aangeboden goed. Dit goed kan zowel via de overheid als via het marktmechanisme tot stand komen. Daarnaast kan een cliënt zich privaat verzekeren tegen aanvullende gezondheidsrisico's die niet collectief gedekt worden.

Een voorbeeld om dit te verduidelijken. Een van de problemen binnen de AWBZ is de te ruime indicatiestelling. Daardoor stijgt de zorgvraag sterker dan verwacht. De kwaliteit van de geleverde zorg komt door deze toename onder druk te staan. Om de kwaliteit op peil te houden moet de overheid twee dingen doen.

Allereerst moet er gekeken worden of de huidige verhouding tussen marktwerking en overheid optimaal is. Is er overheidsfalen? Zo ja, kan het falen voorkomen worden door de markt? De markt kan hier mogelijk corrigerend werken door voor een vraag gestuurde aanpak te kiezen.

Anderzijds kan de markt weinig doen aan de te ruime indicatiestelling, omdat die wettelijk is vastgelegd. De overheid kan de indicatiestelling wel aanpassen om vervolgens de uitvoering van de zorg aan de markt over te laten.

Daarnaast moet de overheid naar aanleiding van de te ruime indicatiestelling bekijken of en in welke mate de zorgtaken van de AWBZ tot het publieke belang behoren. Welke aanspraken vallen binnen het publieke belang en wat behoort tot de eigen verantwoordelijkheid? De criteria kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid zijn te abstract om daar absolute uitspraken over te doen.

### *Toegankelijkheid*

Als het gaat om toegankelijkheid moet voor een publiek belang gelden dat het in gelijke mate toegankelijk is voor iedereen. Omdat het publiek is, kan niemand op voorhand worden uitgesloten van gebruik. Bij de AWBZ wordt niemand op voorhand uitgesloten, aangezien iedere ingezetene van Nederland toegang heeft tot deze volksverzekering. Op het eerste gezicht lijkt dit criterium dus gewaarborgd. Echter, in de praktijk kan dit problemen opleveren. De eis dat de AWBZ toegankelijk moet zijn voor iedereen betekent niet dat een ieder de zorg krijgt aangeboden waar hij om verzoekt. De indicaties van het CIZ zijn hierbij leidend.

Bovendien kunnen de criteria toegankelijkheid en kwaliteit met elkaar in conflict raken. Als een verzorgingstehuis bijvoorbeeld ondermaats presteert, zou er vanuit het oogpunt van kwaliteit gekozen kunnen worden voor het sluiten van de instelling. Dit heeft gevolgen voor de toegankelijkheid. Ouderen kunnen immers niet meer naar het verzorgingstehuis toe vanwege de sluiting. Men zal een andere instelling op moeten zoeken die mogelijk niet in de buurt is.

Zo zijn er nog meer situaties te bedenken waar toegankelijkheid en kwaliteit botsen. Ook als er voldoende andere goed presterende instellingen in de buurt zijn, wordt er soms toch gekozen voor het in stand houden van het falende verzorgingstehuis. Daaruit blijkt dat er ook impliciete publieke belangen bestaan. Op basis van de criteria zou de instelling gesloten moeten worden, maar de impliciete belangen bepalen uiteindelijk dat de instelling mag blijven bestaan.

### *Doelmatigheid*

Een derde criterium is doelmatigheid of ook wel betaalbaarheid. Dit begrip is erg breed en abstract. Bij de afweging en coördinatie tussen overheid en markt moeten de verwachte gevolgen met betrekking tot doelmatigheid worden afgewogen.

### *Markteffectentoets*

In 2008 is door de minister van Economische Zaken daarvoor een instrument aangereikt, de Markteffectentoets (MET). Dit is een toets die een wijziging in het orderingsbeleid in kaart probeert te brengen, specifiek met het oog op de doelmatigheid. Overigens wordt er bij de MET ook gekeken naar de gevolgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en de sociaaleconomische effecten.

De MET is dus vooral bedoeld als onderbouwing van nog te maken keuzes op het gebied van orderingsbeleid. De vragen in de toets staan niet op zichzelf maar zijn onderdeel van de Bedrijfeffectentoets. In deze toets worden de gevolgen van voorgenomen wet- en regelgeving voor het bedrijfsleven in kaart gebracht. Daarbij ligt de nadruk op de kosten en baten van de wijziging en de gevolgen voor de concurrentiepositie van Nederland ten opzichte van het buitenland.

De vragen van de MET luiden als volgt:<sup>5</sup>

8. Wat zijn de gevolgen van de ontwerpregelgeving voor de werking van de markt?  
Hierbij moet in elk geval aan de orde komen of er sprake is van de volgende beleidsinstrumenten:
- (Niet meer) verplichten om bepaalde publieke diensten openbaar aan te besteden.
  - Opheffen of invoeren wettelijke begrenzing aan het aantal aanbieders.
  - Opheffen of invoeren wettelijke beperking op de rechtsvorm.
  - Opheffen of invoeren van een vast tarief, minimumtarief of maximumtarief.
  - Verplichte horizontale of verticale eigendomssplitsing voor bedrijven in een sector.
  - Vergroten of verkleinen van de mate van budgetverantwoordelijkheid bij gebruiker.

Indien één of meer van deze beleidsinstrumenten zal worden ingezet, of indien uit het antwoord op vraag 8 blijkt dat de werking van de markt wezenlijk verandert of als gevolg van de ontwerpregelgeving zal veranderen, dan moeten de volgende verdiepingsvragen worden beantwoord.

- a) Waarom wordt gekozen voor beleid dat aangrijpt bij de werking van de markt? Welk probleem ten aanzien van de werking van de markt wordt met het beleid aangepakt?  
Wat zijn de beoogde einddoelen waaraan de veranderde marktwerking zal bijdragen?
  - b) Beschrijf de huidige marktstructuur (vraagzijde én aanbodzijde van de markt). Hoe zal deze mogelijk veranderen na beleidswijziging? Is flankerend beleid nodig (bijv. markttoezicht)?
  - c) Beschrijf het huidige gedrag van marktpartijen (vraagzijde én aanbodzijde). Wat is de verwachte verandering in dit gedrag als gevolg van de beleidswijziging? Is flankerend beleid nodig (bijv. consumentenbeleid)?
  - d) Hoe draagt de beoogde verandering in de marktstructuur en/of gedragingen van marktpartijen bij aan de: kwaliteit (objectief gemeten, subjectief ervaren, keuzebreedsheid/differentiatie), toegankelijkheid (beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid), doelmatigheid (statische en dynamische efficiëntie) van het product of de dienst die in deze markt wordt geleverd?
9. Wat zijn de sociaaleconomische effecten van ontwerpregelgeving (werkgelegenheid, arbeidsvoorwaarden en dergelijke)?

In het SER-rapport wordt commentaar gegeven op de MET. Het feit dat er via de toets rekening gehouden wordt met wat de effecten van een wijziging zijn voor publieke belangen wordt als positief ervaren. Ook spreekt het rapport goedkeurend over de reikwijdte van de toets. De MET wordt namelijk toegepast bij elk beleid dat op een of andere manier gevolgen heeft voor de publieke belangen.

Er is ook kritiek op de toets. De MET komt pas openbaar bij de Memorie van Toelichting bij een wetsvoorstel. Volgens de SER is dit te laat, omdat het kabinet dan al gekozen heeft voor een bepaalde beleidsvariant. Het gevaar hiervan is dat de toets minder kritisch wordt afgenomen. Men heeft immers al voor een bepaald beleid gekozen en zal daarom feiten zoeken die de keuze rechtvaardigt. Daarnaast gaat er ook veel nuttige informatie verloren, als alleen de effecten van het wetsvoorstel worden gepresenteerd. Juist de afweging tussen de verschillende effecten van de beleidsvarianten is interessant.

---

<sup>5</sup> Bron: SER. (2010). *Overheid én markt: het resultaat telt!* (p. 162-163)

### *Effectanalyse*

Om de nadelen van de MET te ondervangen, heeft de SER een eigen Effectanalyse ontworpen. Deze analyse borduurt voort op de MET, maar met het verschil dat de Effectanalyse ook laat zien wat de belangrijkste afwegingen zijn geweest bij de wijziging in het ordeningsbeleid. Het advies van de SER is om de analyse als hulpmiddel te gebruiken bij iedere fundamentele wijziging in het ordeningsbeleid.

De Effectanalyse omvat de volgende stappen: <sup>6</sup>

1. Analyse van de uitgangssituatie en identificatie van publieke belangen: de publieke belangen moeten aan het begin van het beleidsproces worden gedefinieerd. Hierbij moet rekening worden gehouden met de sectorkenmerken;
2. Definiëring van de doeleinden: in relatie tot probleem en oorzaken en zo concreet mogelijk;
3. Ontwikkelen van beleidsvarianten, gewenste eindsituatie en transitie: het is belangrijk om in het begin van de beleidsvoorbereiding uiteenlopende beleidsalternatieven te verkennen. Er kunnen immers veel verschillende instrumenten worden ingezet, zoals uitvoering of inkoop door de overheid, subsidies en het tot stand brengen van concurrentie. Hierbij moet zowel aandacht zijn voor de uiteindelijke ordening als ook voor de transitie naar deze eindsituatie;
4. Analyse van de effecten van de beleidsvarianten op onder meer publieke belangen, consumenten, werknemers en regeldruk;
5. Vergelijking van de beleidsvarianten op basis van het saldo van effecten op de publieke belangen en de verdeling van deze effecten over verschillende groepen;
6. Ontwikkelen van monitoring en evaluatie, waaronder het opstellen van de juiste indicatoren om ontwikkelingen te kunnen meten en waarderen.

De Effectanalyse is in vergelijking met de MET minder expliciet. De stappen uit de analyse zijn abstracter. Hoe men bijvoorbeeld de effecten op publieke belangen meet, is niet verder uitgewerkt. De MET stelt verdiepingsvragen zodat de effecten zo concreet mogelijk in kaart gebracht kunnen worden.

Het is aan te bevelen om ook in de Effectanalyse gedetailleerde vragen op te nemen. In de discussie rondom publiek belang worden al teveel rookgordijnen opgetrokken. Fundamentele analyses van de effecten van een wijziging in het ordeningsbeleid zijn schaars. Daarom verdienen de MET en de Effectanalyse alle aanbeveling. Het zijn goede instrumenten om de discussie te rationaliseren. Er kan op objectievere gronden een besluit genomen worden en de analyse dwingt de beleidsmakers om de verschillende belangen goed af te wegen.

### *Conclusie rapport*

Het rapport van de SER een verhelderende bijdrage geeft aan de discussie. Het ordeningsbeleid, waarbij steeds een goede combinatie moet worden gezocht van verschillende instrumenten, vraagt om een gedegen studie van de effecten. De Effectanalyse is hierbij een goed hulpmiddel, waarbij we willen opmerken dat de vragen zo concreet mogelijk geformuleerd moeten worden.

---

<sup>6</sup> Bron: SER. (2010). *Overheid én markt: het resultaat telt!* (p. 181-182)

De criteria kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid kunnen als raamwerk gebruikt worden om de publieke belangen aan te toetsen. Deze criteria zijn echter abstract. Zoals al aangegeven in het onderdeel over publiek belang in de gezondheidszorg, is een precieze omschrijving van het publiek belang vereist. Zeker nu in veel gevallen private partijen de operationele verantwoordelijkheid hebben, is het van belang dat er duidelijke criteria zijn.

Bovendien hebben kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid betrekking op het in stand houden van het zorgaanbod. Die visie is gedateerd en heeft plaats gemaakt voor een vraag gestuurde aanpak. Publiek belang zou dus ook in vraag gerelateerde termen moeten worden omschreven. In het volgende onderdeel willen we daartoe een poging wagen. Daarnaast willen we in dat onderdeel voorstellen doen voor herziening van de AWBZ.

## **DE AWBZ IN DE TOEKOMST**

In dit onderdeel willen we nadenken over de toekomst van de AWBZ. De volksverzekering is aan herziening toe en daarvoor zijn veel beleidsopties mogelijk. In dit onderdeel willen we een aantal beleidsrichtingen kort schetsen. Vervolgens werken we de beleidsoptie die naar onze mening gekozen dient te worden verder uit.

### *Afschaffen van de AWBZ*

In 2008 kwam de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg met het opmerkelijke advies om de AWBZ af te schaffen. Dit betekent niet dat de overheid het publiek belang om te zorgen voor de langdurig zieken op moet geven, maar wel de aanbeveling om de volksverzekering in zijn huidige vorm af te schaffen. Het advies van de Raad viel niet overal in goede aarde; de meeste politieke partijen waren van mening dat deze optie te verstrekkend is.<sup>7</sup>

Toch is dit een beleidsoptie die de aandacht verdient. Waarom is de AWBZ eigenlijk publiek belang?

De AWBZ kan gesplitst worden in twee delen: de taken die gericht zijn op zorg –ofwel *cure* en *care*– en taken die gericht zijn op het bevorderen van maatschappelijke participatie. De zorgtaken worden nu zowel binnen de Zorgverzekeringswet als binnen de AWBZ uitgevoerd. In theorie zou dit volledig naar de Zorgverzekeringswet kunnen worden overgebracht. Voor de maatschappelijke taak geldt dat die binnen de AWBZ en binnen de WMO wordt uitgevoerd. Ook dit kan volledig worden neergelegd bij de WMO, waarbij de gemeente de regie gaat voeren over de uitvoering.

### *Uitvoering*

De overheveling naar de Zorgverzekeringswet kan op veel verschillende manieren gestalte krijgen. Zo kan ervoor gekozen worden om het huidige basispakket uit te breiden met een 'basispakket langdurige zorg.' Het principe dat iedere ingezetene in Nederland recht heeft op de niet op genezing gerichte, langdurige zorg blijft dan van kracht. In het basispakket staat vermeld op welke zorgtaken de cliënt recht heeft en daarnaast kan men zich bijverzekeren. Een cliënt kan bijvoorbeeld een aanvullend pakket nemen, waardoor hij recht heeft op een luxueuzer verzorgingstehuis.

De uitbreiding van het basispakket met aanspraken voor langdurige zorg heeft wel tot gevolg dat de zorgpremie fors zal stijgen. Daartegenover staat dat de belastingpremie die nu betaald wordt aan de AWBZ komt te vervallen.

---

<sup>7</sup> Bron: <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/CDA-en-VVD-tegen-afschaffen-AWBZ.htm>

### *Voordelen*

Een van de voordelen van deze optie is dat cliënten met een chronische aandoening nog maar onder een regime vallen. De zorgfases kunnen daardoor beter op elkaar afgestemd worden. Voor de zorgverzekeraar wordt het aantrekkelijk om dure intramurale zorg te voorkomen. Men zal dus inzetten op een doelmatige behandeling die concurreert met andere zorgverzekeraars. Dit kan positieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg.

Voor cliënten die hulp nodig hebben op maatschappelijk gebied zou een dergelijke stelselwijziging ook positief kunnen uitpakken. Gemeenten hebben dan de taak om specifiek beleid te ontwikkelen om de maatschappelijke participatie te bevorderen.

### *Nadelen*

Nadelen van de afschaffing van de AWBZ zijn er ook. Cliënten, vooral degenen die langdurig of permanent in een instelling verblijven, zijn voor zorgverzekeraars erg duur. Verzekeraars zullen de neiging hebben om risicoselectie toe te passen om dure cliënten uit hun bestand te houden. Als dit wettelijk niet mogelijk is en ze cliënten verplicht moeten accepteren, zal men de neiging hebben om te streng te indiceren. Dan bestaat het risico dat cliënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Bovendien kan deze stelselwijziging te duur uitpakken. De zorgpremie zal fors stijgen en niet iedere cliënt kan dit financieel dragen. Voor die doelgroep moet extra zorgtoeslag beschikbaar komen om dit te compenseren.

Een ander nadeel heeft betrekking op de WMO. Deze wet is relatief kort geleden ingevoerd en is nog in ontwikkeling. Het takenpakket is nog beperkt. De overheveling van de aanspraken heeft echter grote consequenties voor de WMO. Gemeenten moeten oog hebben voor moeilijke doelgroepen als de geestelijke gezondheidszorg, terwijl ze daar veelal geen ervaring mee hebben.

Bovendien zijn er cliëntgroepen die zowel aanspraak maken op de zorgtaken als de maatschappelijke taken. Een cliënt met het Downsyndroom woont vaak intramuraal, maar maakt ook gebruik van maatschappelijke voorzieningen. Bij de afschaffing van de AWBZ moet die cliënt zowel bij de Zvw als de WMO aankloppen. Dit is onwenselijk aangezien deze groep cliënten juist gebaat is bij continuïteit en rechtszekerheid. De mogelijkheid om tussen wal en schip te vallen zal toenemen. Enerzijds is er de zorgverzekeraar die wil concurreren en de kosten wil beperken, anderzijds is er de gemeente die niet gemachtigd is taken te vervullen die buiten hun pakket liggen. De kans dat een cliënt met een combinatie van aandoeningen buiten de boot valt, is dus groter dan in het huidige stelsel. Dit geldt niet alleen voor mensen met een Downsyndroom, maar bijvoorbeeld ook voor cliënten die lijden aan schizofrenie.

### *Conclusie*

Concluderend kunnen we stellen dat de voordelen van het afschaffen vooral betrekking hebben op doelmatigheid. Overmatig zorggebruik kan beter worden voorkomen en door concurrentie kan de kwaliteit verbeteren. Voor cliënten is er in deze optie meer ruimte om de eigen regie te voeren, bijvoorbeeld bij het uitkiezen van een zorgverzekeraar of zorginstelling.

De nadelen van het afschaffen zijn echter groot. Zorgverzekeraars zullen proberen risicoselectie toe te passen om dure behandelingen te vermijden. Ook is er een groep cliënten die zelf niet in staat is om de eigen regie te voeren. Een derde nadeel is de stijging van de zorgpremie als gevolg van het afschaffen. De bereidheid om zich te verzekeren kan daardoor afnemen, zeker als het gaat om zorgtaken waar men waarschijnlijk geen aanspraak op zal maken. Ten slotte verwachten we problemen bij het overhevelen van taken naar de WMO, vooral wanneer de cliënt zowel van voorzieningen binnen de WMO als de Zvw gebruik maakt. Deze nadelen brengen ons tot de conclusie dat er een taak voor de overheid blijft als het gaat om het garanderen van zorg die privaat onverzekerbaar is.

De invulling van deze taak zal in het vervolg van het hoofdstuk centraal staan. Het is noodzakelijk dat de AWBZ grondig herzien wordt, daarom komen we met een vernieuwde definitie van publiek belang in de gezondheidszorg. Er zal onderzocht worden welke gevolgen dit heeft voor de geldende aanspraken van de AWBZ. Daarbij vragen we ons af welke criteria gelden voor het aanmerken van een zorgtaak als publiek belang en hoe we kunnen komen tot een optimale afruil tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Ten slotte passen we het voorgaande toe op de AWBZ door verschillende aanbevelingen te formuleren die het stelsel houdbaar moeten maken voor de toekomst.

### *Publiek belang in de gezondheidszorg*

Eerder hebben we vastgesteld dat het publiek belang in de gezondheidszorg in aanbodtermen wordt omschreven. Daarbij is het controleren van het zorgaanbod het belangrijkste. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn de criteria waaraan het publiek belang getoetst kan worden. In de praktijk kunnen deze criteria met elkaar botsen. Er moet dan een optimale afweging gemaakt worden tussen de kwaliteit van de geleverde zorg tegen een aanvaardbare prijs en de toegankelijkheid van de zorg.

In de praktijk blijkt echter dat een kwalitatief slechte instelling toch mag blijven bestaan. Er is dan sprake van een impliciet belang. Wij zijn echter van mening dat belangen die niet gedefinieerd zijn, ook niet als publiek aangemerkt moeten worden. Niet het in stand houden van instellingen, maar de kwaliteit moet centraal staan in de afweging of iets een publiek belang is.



We willen daarom pleiten voor een andere omschrijving van het publiek belang in de gezondheidszorg, namelijk de taak van de overheid om te zorgen voor een goede gezondheid van alle ingezetenen. De overheid moet de voorwaarden scheppen voor een gezond klimaat. Dit betekent niet dat de hele gezondheidszorg door de overheid bepaald moet worden. Aansluitend op de visie zoals verwoord in *Calculus van het publieke belang*, vinden we het van groot belang dat de markt voldoende ruimte krijgt. Om de markt haar plaats te kunnen geven in de borging van het publieke belang, moet de overheid zorgen voor een duidelijke afbakening van de taken.

We zijn daarom van mening dat de doelstelling van de AWBZ opnieuw geformuleerd moeten worden.

#### *Nieuwe definitie*

Gezien de geconstateerde problemen die de onduidelijke afbakening met zich meebrengt, is het van belang dat de AWBZ opnieuw wordt gedefinieerd. Onze nieuwe definitie luidt:

*De AWBZ is een volksverzekering voor de intensieve, niet op genezing gerichte, langdurige zorg. Hierbij gaat het om het aanbieden van zorg voor de risico's die niet individueel verzekerd kunnen worden.*

De AWBZ wordt teruggebracht tot de kern: de zorg voor langdurig zieken. Het blijft een volksverzekering waarvoor iedere inwoner van Nederland van rechtswege verzekerd is.

We zijn ons er van bewust dat het al of niet aanmerken van een publiek belang uiteindelijk een keuze is die via democratische besluitvorming tot stand komt. Dit ontnemt ons echter niet de mogelijkheid om vanuit wetenschappelijk oogpunt te proberen om kaders te stellen en het publiek belang af te bakenen.

#### *Stappenplan bij het kwalificeren van publiek belang*

De afbakening van het publiek belang is een lastige aangelegenheid. Dit heeft voornamelijk te maken met de subjectiviteit van publiek belang. Een voorbeeld om deze subjectiviteit te verduidelijken.

*Vb. Een man van 79-jaar heeft een ongeneselijke vorm van kanker. Normaal gesproken heeft hij niet lang meer te leven. Echter, er is een behandeling mogelijk waarbij zijn levensduur vermoedelijk met een maand verlengd kan worden. Bovendien heeft de patiënt als gevolg van de behandeling veel minder pijn. De behandeling kost 60.000 euro.*

Uit deze casus blijkt dat het niet eenvoudig is om besluiten op dit gebied te nemen. Een mensenleven is niet zomaar in geld uit te drukken. In het voorbeeld gunnen we de man een behandeling zodat hij minder pijn heeft en langer kan leven. Voor de familie kan dit ook van onschatbare waarde zijn.

Anderzijds is de behandeling duur en de gewonnen levensduur relatief beperkt. Bovendien is er een schaarsteprobleem: er moeten keuzes gemaakt worden. Kiezen voor behandeling A kan beperkingen voor behandeling B met zich mee brengen. Voor de overheid is het moeilijk om hierin een afweging te maken.

Hoe kan deze afweging concreet vorm krijgen?

In 2006 en 2007 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) hierover advies uit aan de minister van VWS. De Raad noemt twee criteria voor de opname van zorgtaken: noodzakelijkheid en effectiviteit.

#### *Noodzakelijkheid*

Het criterium noodzakelijkheid moet de ernst van de ziekte aangeven. Dit impliceert: hoe ernstiger, hoe meer reden om in het pakket op te nemen. Als we dit toepassen op de AWBZ, komen we tot de volgende vragen met betrekking tot het criterium noodzakelijkheid:

- *Is het noodzakelijk dat een zorgtaak als publiek belang aangemerkt wordt?*

Dit is de kernvraag. Nog los van de vraag of de overheid ook de uitvoering van de zorgtaak voor haar rekening moet nemen, is het van belang dat er duidelijkheid ontstaat over de verhouding tussen eigen verantwoordelijkheid en publiek belang.

Aansluitend bij de visie van Calculus zijn we van mening dat de overheid pas aan bod komt in geval van marktfalen. Binnen de gezondheidszorg is dit echter al snel het geval. Door informatieasymmetrie functioneert de markt niet goed. Bovendien kan een individu vaak niet zelf de kosten dragen van een behandeling. Dit heeft geleid tot de algemene visie dat de gezondheidszorg in grote mate publiek belang is.

Echter, we blijven van mening dat er kritisch gekeken moet worden naar individuele zorgtaken. Daarbij moet steeds de vraag gesteld worden of het noodzakelijk is dat een zorgtaak als publiek belang aangemerkt wordt.

- *Hoort de zorgtaak thuis binnen de AWBZ?*

Als een zorgtaak als publiek belang is aangemerkt, is het van belang om te bepalen binnen welk stelsel de zorgtaak valt. Valt de taak begeleiding in de jeugdzorg binnen de Zvw, de WMO of de AWBZ?

Zoals we al constateerden in de passage over de problematiek van de AWBZ is dit onderscheid vaak niet helder. We pleiten daarom voor een striktere handhaving van de definitie. Wat dit concreet betekent voor het huidige AWBZ-stelsel hopen we in het vervolg uit te werken.

- *Is het noodzakelijk dat de overheid de uitvoering van de zorgtaak voor haar rekening neemt?*  
Het aanmerken van een zorgtaak als publiek belang heeft niet automatisch tot gevolg dat de overheid de borging van dat publieke belang geheel voor haar rekening neemt. Het publiek belang kan ook via de markt geleverd worden. De overheid heeft dan een kaderstellende en toezichthoudende rol. Tussen budgettering door de overheid en pure marktwerking zitten veel verschillende varianten. Per zorgtaak dient een optimale afstemming gevonden te worden. De ontwikkelde toetsen (MET en de Effectanalyse) kunnen daaraan bijdragen.

### *Effectiviteit*

Een ander criterium voor opname in het zorgpakket en aanmerking als publiek belang is effectiviteit. Effectiviteit is een breed begrip en kent vele meeteenheden.

Zo kan men rekenen met een QALY-score om de kosten voor een behandeling te objectiveren. QALY staat voor *Quality-adjusted life year*, een maatstaf die aangeeft hoeveel jaar een patiënt extra kan leven als gevolg van de behandeling. Met behulp van deze berekeningen probeert men zo effectief mogelijk om te gaan met de beperkte middelen in de gezondheidszorg. Sommige vormen van zorg zijn zo duur en de levensverlenging zo beperkt dat je de vraag kunt stellen of de behandeling uit collectieve middelen betaald moet worden.

Het nadeel van deze methode is echter dat dit voor de AWBZ uitermate lastig is om te bepalen. De AWBZ is namelijk niet gericht op behandeling of genezing van een kwaal, maar primair op de langdurige zorg. Er is in veel gevallen geen substantiële verbetering van de gezondheid. Dit maakt de QALY-score minder geschikt voor de AWBZ.

Effectiviteit in de AWBZ kan naar onze mening het beste omschreven worden als de optimale uitruil tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Dit klinkt goed, maar is tegelijkertijd abstract. En we hebben, zoals u in het vorige hoofdstuk heeft kunnen lezen, niet veel aan abstracte omschrijvingen. Daarom vraagt dit om verduidelijking en een concrete uitwerking.

### *Aanbevelingen*

We hebben vastgesteld dat de algemene taak van de overheid op het gebied van de gezondheidszorg kan worden omschreven als het zorgen voor een goede gezondheid van alle ingezetenen. De overheid dient zich daarbij steeds af te vragen welke rol er voor haar is weggelegd. Als er een rol is voor de overheid komen de begrippen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid om de hoek kijken. In het vervolg zullen we deze begrippen in hun onderlinge samenhang verder uitwerken.

### *Kerntaken*

De nieuwe definitie houdt concreet in dat men terecht kan bij de AWBZ voor zorg die langer duurt dan 1 jaar. Zorg voor mensen met een ernstige, meervoudige handicap zal in de AWBZ blijven. Ook de ouderenzorg valt daaronder. De functiegerichte aanspraken *persoonlijke verzorging, verpleging, intramurale geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg* blijven dus onderdeel uitmaken van de AWBZ. Alle zorg die niet goed medisch objectief geïndiceerd kan worden, wordt overgeheveld naar andere voorzieningen, zoals de WMO en de Zvw. Dit geldt ook voor de eerstelijnszorg en de op herstel gerichte revalidatie.

Deze toepassing van de nieuwe definitie heeft tot gevolg dat de volksverzekering weer teruggebracht wordt tot haar oorspronkelijke doelstelling: de zorg voor langdurig zieken. Dit heeft diverse positieve gevolgen. De kwaliteit kan verhoogd worden doordat de kerntaken helder zijn. De toegankelijkheid blijft in principe gewaarborgd. Het kan zelfs zo zijn dat de toegankelijkheid vergroot wordt, doordat bepaalde functies teruggebracht worden naar één loket.

De functies dagbesteding en begeleiding kunnen bijvoorbeeld overgeheveld worden naar de WMO. De gemeente kent deze mensen beter dan de grote en logge zorgkantoren.

### *Wonen en zorg scheiden*

Een beleidsoptie die al jaren genoemd wordt, is het scheiden van wonen en zorg. Dit op zichzelf staande onderwerp zou alleen al stof kunnen vormen voor een gehele scriptie, in dit verband zullen we er kort op in gaan.

Het financieel scheiden van wonen en zorg kent een aantal voordelen. In de eerste plaats kan er beter worden aangesloten bij de woonwensen van de zorgvragers. Een cliënt is autonoom in het kiezen van een woning en wordt gestimuleerd om zoveel mogelijk de eigen regie over zijn leven te houden. Een veeleisende cliënt kan tegen meerprijs een woning betrekken die geheel aan zijn wensen voldoet. In het huidige stelsel moet de cliënt in veel gevallen genoeg nemen met wat hij aangeboden krijgt.

Daarnaast kan het scheiden van wonen en zorg doelmatigheidswinst opleveren. Er wordt beter aangesloten op de wensen die de cliënt heeft en gemeenten kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid op het gebied van huisvesting.

Een derde argument is dat de woonfunctie eigenlijk niet in een volksverzekering thuis hoort. Wonen is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de burgers zelf. Door wonen en zorg te scheiden maakt de overheid pas op de plaats. Overigens moeten er wel neutraliserende maatregelen genomen worden om de cliënten te compenseren. De intramurale eigen bijdrage kan omlaag en als een cliënt niet in staat is om de huur op te brengen, moet er huursubsidie verstrekt worden.

Ook moet opgemerkt worden dat het niet altijd mogelijk is om wonen en zorg te scheiden. Als er bijvoorbeeld sprake is van erg complexe zorg, waarbij een cliënt veelvuldig gebruik moet maken van speciale voorzieningen, is dit niet mogelijk.

Samengevat kunnen we stellen dat het scheiden van wonen en zorg de keuzevrijheid van de cliënt vergroot en de kosten van de AWBZ kan terugdringen. Bij de stelselwijziging moet wel rekening gehouden worden met de zwakkeren en de complexiteit van de zorgvraag.

#### *Afschaffen zorgkantoren*

In het huidige stelsel wordt gewerkt met zorgkantoren. De zorgverzekeraars zijn formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. In de praktijk wordt dit uitbesteed aan de zorgkantoren. We pleiten voor het afschaffen van de zorgkantoren. Dit scheelt een extra bestuurslaag en het heeft voordelen voor de patiënt. Men hoeft voortaan nog maar bij één instantie aan te kloppen, namelijk de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan direct met de zorginstellingen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit. Dit zorgt voor doelmatigheidsprikkels. Zorginstellingen die qua efficiëntie en kwaliteit achter blijven, zullen het uiteindelijk afleggen tegen instellingen die wel goed presteren.

De markt krijgt zo meer ruimte. De achterliggende gedachte is dat de markt beter in staat is om een afriil te maken tussen de begrippen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Anders dan bij besluitvorming van de overheid, heeft de markt wel een automatisch mechanisme dat het aanbod op de vraag afstemt. Door middel van prijsvorming drukken aanbieders uit voor welke prijs ze een zorgtaak willen leveren. De vrager zal alleen akkoord gaan als hij van mening is dat de prijs een goede weerspiegeling is van de kwaliteit van het geleverde product. De transactie is dan vervolgens voor beide partijen profijtelijk. Beide partijen hebben bovendien een prikkel om voor het uiterste te gaan. De prijs-kwaliteit verhouding moet bijvoorbeeld goed zijn, anders zal de vrager een andere aanbieder zoeken.

Het afschaffen van de zorgkantoren moet marktfalen tegengaan. Tegenover de zorgaanbieder komt nu een machtige inkoper van de zorg, in de vorm van een zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar

behartigt impliciet de belangen van de patiënt door een optimale prijs-kwaliteit verhouding van zorg te kiezen. Toezicht op het functioneren van de markt is essentieel. Zo moet er voortdurend op toegezien worden dat de belangen van de patiënt centraal blijven staan en dat er geen illegale prijsafspraken gemaakt worden.

### *Vraagsturing*

In het huidige systeem wordt gewerkt met aanbodregulering. Instellingen krijgen een bepaald budget waarmee ze zorg moeten leveren en ze hebben een contracteerplicht. Er zijn weinig prikkels voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering omdat instellingen per handeling gefinancierd worden.

We hebben juist het belang van vraagsturing aangetoond. Minder bureaucratie, duidelijke aanspraken en een goede afbakening zijn daar onderdeel van.

Om vraagsturing meer ruimte te geven, moet er overgestapt worden op cliëntvolgende financiering. Dit betekent dat de cliënt zijn aanbieder kan kiezen en dat de AWBZ-uitvoerder de declaratie achteraf vergoedt op basis van het bij het vastgestelde zorgzwaartepakket behorende normbedrag (het persoonsvolgend budget). Als de declaratie hoger uitvalt dan het normbedrag, dan moet de cliënt het verschil zelf bijbetalen.

De vrije aanbiederkeuze prikkelt de zorgverzekeraar tot een actief contracteerbeleid. De kwaliteit van de zorg en de samenhang binnen het zorgpakket moet goed zijn. Als dat niet naar behoren gedaan wordt, loopt de zorgaanbieder het risico van leegstand en onderbenutting. Het persoonsvolgend budget zorgt dus voor een extra prikkel om kwaliteit te leveren. De zorgverzekeraars hebben hierin ook de taak om de cliënt van advies te voorzien. Zij moeten samen met de cliënt onderhandelen met de zorgaanbieder.

### *Persoonsgebonden budget*

De cliënt kan naast zorg in natura nog steeds kiezen voor het persoonsgebonden budget. Het verschil met het persoonsvolgend budget is dat de cliënt bij een pgb zelf zorg in kan kopen. De cliënt stelt zelf een zorgarrangement samen en kan daarbij ook kiezen voor niet-gecertificeerde zorgaanbieders. Zo kan een gezin een student Social Work vragen om hun kind een aantal dagdelen te begeleiden tegen een vergoeding. Ook mantelzorgers kunnen betaald worden vanuit het pgb. Los van de vraag of het wenselijk is dat deze zorgtaken met publiek geld betaald moeten worden, is dit een ontlasting van de professionele zorgverleners. In het licht van de verwachte schaarste op de arbeidsmarkt kan dit een creatieve oplossing zijn.

De afgelopen jaren steeg het aantal pgb-aanvragen jaarlijks met 11,7%. In de periode 2004-2009 stegen de pgb-uitgaven gemiddeld met 21,2% per jaar.<sup>8</sup> Vanwege deze groei zag de minister van VWS, destijds minister Klink, zich genoodzaakt geen nieuwe pgb-aanvragen meer toe te kennen. Tot nu toe wordt er een subsidieplafond gehanteerd. Dit plafond is in de loop der jaren voortdurend naar boven bijgesteld en daar is nu een einde aan gekomen. De huidige minister overweegt het pgb een wettelijke basis te geven. Het pgb wordt daarmee een verzekerd recht, waarmee het financiële plafond beter kan worden gehandhaafd. Dit is een stap in de goede richting.

We pleiten ook voor een grondige herziening van de aanspraken die gemaakt kunnen worden op het pgb. Met het terugkeren naar de kerntaken van de AWBZ moet ook het pgb alleen voor de kerntaken beschikbaar zijn.

Samengevat komen de aanbevelingen neer op het toepassen van de hernieuwde definitie van de AWBZ. Dit komt concreet tot uiting in het schrappen van een aantal aanspraken, het scheiden van wonen en zorg. Verder is het aan te bevelen de marktwerking tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te vergroten om zo de keuzevrijheid van de cliënt te vergroten.

---

<sup>8</sup> Bron: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/CVZ-Groei-pgb-zet-onverminderd-door.htm>

## CONCLUSIE

In deze scriptie staat de volksverzekering voor langdurig zieken centraal. De AWBZ is al een aantal jaren onderwerp van discussie. Sterk stijgende uitgaven, inefficiëntie en onduidelijke afbakening van de aanspraken zijn de belangrijkste oorzaken voor de ontstane spanningen. De economische crisis van de afgelopen jaren had tot gevolg dat de politieke wil om te bezuinigen toenam. Ook de vragen rondom marktwerking en publiek belang bleven actueel.

Tegen die achtergrond is er in deze scriptie nagedacht over de toekomst van het AWBZ-stelsel. Na een globale beschrijving van deze volksverzekering voor langdurig zieken, is er stil gestaan bij het publiek belang en de invulling van het publieke belang in de gezondheidszorg.

Er zijn twee verschillende uitgangspunten bij de definiëring van publiek belang. De definitie van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid begint bij de overheid door te stellen dat de overheid de enige is die bepaalt of iets een publiek belang is. De wetenschappers Teulings, Bovenberg en Van Dalen beginnen bij de markt en stellen dat er alleen in situaties van marktfalen een publiek belang voor de overheid ontstaat. Hoewel beide visies hun tekortkomingen hebben, kunnen ze gebruikt worden om te bepalen welke publieke belangen in de gezondheidszorg al of niet door de overheid behartigd moeten worden.

Het publiek belang van de overheid in de gezondheidszorg wordt in de Grondwet omschreven als 'maatregelen treffen ter bevordering van de volksgezondheid.' Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet werd dit publieke belang geconcretiseerd door het in stand houden en controleren van het zorgaanbod. Het publieke belang werd in aanbodtermen omschreven.

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel kwam er ruimte voor marktwerking en een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de aanbieder en de zorgverzekeraar. Daarmee maakt aanbodsturing plaats voor vraagsturing. Het publiek belang wordt echter nog steeds in aanbodtermen omschreven. Het is aan te bevelen om de definiëring van het publieke belang te herijken door het te formuleren in vraagtermen. Publiek belang zou dan kunnen worden omschreven als de taak voor de overheid om te zorgen voor een goede gezondheid van alle ingezetenen.

De concrete invulling van het begrip gezondheid zal uiteindelijk via democratische besluitvorming bepaald moeten worden. Publieke belangen zijn afhankelijk van de maatschappelijke perceptie en daarmee dynamisch van aard.



Wanneer vastgesteld is welke rechten een cliënt heeft en we de definiëring van publiek belang als gegeven interpreteren, kunnen we vervolgens wel bezien of de overheid de invulling op juiste wijze behartigt. De overheid stelt de kaders en houdt toezicht op de uitvoering van de zorgtaken. Dit houdt impliciet in dat het niet noodzakelijk is dat de overheid zelf zorg draagt voor het concretiseren van het publiek belang. Dat kan zij ook aan de markt overlaten. De vraag markt of overheid is dus te beperkt, het gaat om de evaluatie van de overheidsregulering. De overheid moet steeds kritisch kijken of het haar taak is om een bepaald belang voor haar rekening te nemen en in welke mate dit vormgegeven kan worden. Daarbij gaat het om de wijze van financiering en toezicht.

In het volgende onderdeel zijn de problemen van het huidige AWBZ-stelsel in kaart gebracht. Er zijn zorginhoudelijke problemen die zich voornamelijk toespitsen op de ontbrekende samenhang tussen de verschillende voorzieningen. De ketenzorg functioneert niet naar behoren, waardoor cliënten verzeild raken in een woud van zorgketten, regels en indicatieprocedures.

Daarnaast is de kostenbeheersing een probleem wat de aandacht vraagt. Dit is voornamelijk het gevolg van te breed geformuleerde aanspraken en onvoldoende prikkels om zuinig te indiceren. De zorgkantoren die namens de zorgverzekeraars opereren, staan gezonde concurrentie in de weg. Verzekeraars kunnen niet rechtstreeks met de zorgaanbieders onderhandelen, omdat daar de zorgkantoren tussen zitten. Dit is bureaucratisch en inefficiënt.

Het financieel draagvlak van de AWBZ is een ander knelpunt. Enerzijds staan de inkomsten onder druk als gevolg van de toegenomen heffingskortingen. Dit wordt maar gedeeltelijk gecompenseerd door de rijksbijdrage. Anderzijds is de trend waarneembaar dat de uitgaven aan de AWBZ steeds maar toenemen. Met het oog op de toekomst is het van belang dat deze in balans gebracht worden. Het aantal ouderen zal namelijk fors stijgen en daarmee ook de vraag naar zorg. De verhouding actieven en inactieven op de arbeidsmarkt zal veranderen, wat tot gevolg heeft dat de premie door minder mensen zal moeten worden opgebracht.

Deze gecombineerde effecten maken duidelijk dat herziening van het stelsel noodzakelijk is.

Het door de SER uitgebrachte rapport over marktwerking en publieke belangen spreekt over ordeningsbeleid. De Raad wil met die term aangeven dat beleid moet bestaan uit een combinatie van uiteenlopende instrumenten. Het is de taak van de overheid om de optimale balans tussen markt en overheid te vinden en zowel marktfalen als overheidsfalen te minimaliseren. Een bruikbaar middel daarbij is de Effectanalyse. Deze analyse kan helpen om de gevolgen van een wijziging in ordeningsbeleid in kaart te brengen.

Het rapport hanteert de criteria kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid om het publiek belang aan te toetsen. Deze begrippen vragen om een preciezere omschrijving en zijn teveel gericht op de aanbodzijde van de zorg. Het rapport laat de vraagzijde daardoor onderbelicht.

In het laatste onderdeel wordt ingegaan op de toekomst van de AWBZ. Allereerst is er onderzocht of het mogelijk is om de AWBZ af te schaffen. De taken kunnen in theorie verdeeld worden over de Zvw en de WMO, maar de praktijk is weerbarstiger. De AWBZ kan fors versoerd worden, maar het afschaffen blijkt tot nu toe een brug te ver.

Om de AWBZ te hervormen, hebben we gepleit voor het omschrijven van het publiek belang in vraagtermen. De gezondheid van alle ingezetenen is daarbij bepalend en niet zozeer het in stand houden van het zorgaanbod.

Er is ook geprobeerd om de doelstelling van de AWBZ te herijken, ten einde een betere afbakening te realiseren. Daarmee wordt de volksverzekering teruggebracht tot de kern: een voorziening van langdurig zieken. De doelstelling kan concreet gemaakt worden door steeds te kijken naar de noodzakelijkheid en effectiviteit van een zorgtaak. Bij noodzakelijkheid gaat het om de vraag of de zorgtaak publiek belang is, thuis hoort binnen de AWBZ en of het noodzakelijk is dat de overheid de zorgtaak zelf behartigt. Bij effectiviteit gaat het om een zorgvuldige afweging tussen de begrippen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Tot slot zijn er aanbevelingen gedaan om de langdurige zorg in de toekomst te kunnen waarborgen. Deze aanbevelingen vloeien voort uit de hernieuwde definitie van de AWBZ en behelzen een terugkeer naar de kerntaken. Zo wordt er gepleit voor het overhevelen van bepaalde aanspraken naar andere collectieve voorzieningen en het scheiden van de functie wonen en zorg. Voorts kunnen er doelmatigheidsprikkels ingezet worden, onder andere door het afschaffen van de zorgkantoren en het introduceren van het persoonsvolgend budget. Dit heeft tot doel de concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te bevorderen om zo de keuzevrijheid van de cliënt te vergroten.

## REFERENTIES

### LITERATUUR

- Baarsma, B., Theeuwes, J. (2009). Publiek belang en marktwerking: argumenten voor een welvaartseconomische aanpak.  
**In:** Van Damme, E., Schinkel, M. *Marktwerking en Publieke Belangen* (p. 23 -86). Amsterdam: Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde Preadviezen.
- CAK (2009). *Eigen bijdrage Zorg met Verblijf*. Brochure voor 2010. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor.
- CAK (2010). *Eigen bijdrage Zorg zonder Verblijf en WMO*. Brochure voor 2010. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor.
- CPB (2010). *Economische Verkenning 2011-2015*. Den Haag: Centraal Plan Bureau.
- Janssen, M., Schep, K., Van Sinderen, J. (2009). Over het Borgen van Publieke Belangen in de Zorg: De rol van Markten en Toezicht.  
**In:** Van Damme, E., Schinkel, M. (2009). *Marktwerking en Publieke Belangen* (p. 179-200). Amsterdam: Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde Preadviezen.
- Rapport Brede Heroverwegingen (2010), *Langdurige zorg: rapport brede heroverwegingen*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Meijerink, R. (2009). Gezondheid als publieke waarde.  
**In:** Raad voor het Openbaar Bestuur, *Het wegen van publieke waarden* (p. 133-138). Den Haag.
- Sauter, W. (2009). *Marktwerking in de zorg: Toezicht met het oog op de consument*. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar, Universiteit van Tilburg.
- Schut, E. (2008). "Welke toekomst voor de AWBZ?" *Me Judice*, 5 augustus.
- SER (2005). *Van alle leeftijden*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

- SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- SER. (2010). *Overheid én markt: het resultaat telt!* Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Teulings, C., Bovenberg, L., Van Dalen, H. (2003). *De Calculus van het publieke belang*. Den Haag: ministeries van Economische Zaken en Financiën.
- VWS (2008). *Begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008*. Den Haag: ministerie van VWS.
- WRR (2000). *Het borgen van publiek belang*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, rapport 56. Den Haag: SDU.

#### WEBSITES

- <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/CDA-en-VVD-tegen-afschaffen-AWBZ.htm>
- <http://www.zorgvisie.nl/Financien/CVZ-Groei-pgb-zet-onverminderd-door.htm>
- [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)