

Netspar NEA PAPERS

Erik Schut en Wynand van de Ven

Leidt uitvoering
door concurrerende
zorgverzekeraars tot een
doelmatige en financieel
houdbare AWBZ?



The background of the page is composed of numerous thin, black, curved lines that sweep across the page from the top left towards the bottom right, creating a sense of movement and depth. These lines vary in curvature and density, some being more pronounced than others.

Erik Schut en Wynand van de Ven

Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ?

NEA PAPER 32

NETSPAR ECONOMISCHE ADVIEZEN



Netspar

Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Colofon

NEA Papers is een uitgave van Netspar
Juni 2010

Redactie

Henk Don (Chairman) – NMA
Fieke van der Lecq – Erasmus Universiteit Rotterdam
Erik Jan van Kempen – Ministerie van Financiën
Jan Koeman – Ministerie van SZW
Niels Kortleve – PGGM
Albert Mentink – AEGON
Joos Nijtmans – Syntrus Achmea Pensioenbeheer
Alwin Oerlemans – APG
Jan Potters – Universiteit van Tilburg
Joeri Potters – Cardano Risk Management
Peter Schotman – Universiteit van Maastricht
Hein Stam – Mn Services
Hens Steehouwer – ORTEC Finance BV
Marno Verbeek – Erasmus Universiteit Rotterdam
Peter Wijn – APG
Sjoerd van der Zee – Nationale Nederlanden

Vormgeving

B-more Design
Bladvulling, Tilburg

Drukwerk

Drukkerij Universiteit van Tilburg

Redactieadres

Netspar, Universiteit van Tilburg
Postbus 90153, 5000 LE Tilburg
info@netspar.nl

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).

INHOUD

<i>Voorwoord</i>	7
<i>Samenvatting</i>	11
<i>1. Inleiding</i>	13
<i>2. Van monopolistische zorgkantoren naar concurrerende zorgverzekeraars?</i>	17
<i>3. Hebben zorgverzekeraars belang bij AWBZ-cliënten?</i>	21
<i>4. Voldoende kritische AWBZ-verzekerden?</i>	24
<i>5. Financieel risico zorgverzekeraars?</i>	26
<i>6. AWBZ of Zvw?</i>	34
<i>7. Zorgsparen?</i>	41
<i>8. Conclusie en discussie</i>	51
<i>Referenties</i>	56

VOORWOORD

Netspar stimuleert debat over de gevolgen van vergrijzing voor het (spaar-)gedrag van mensen, de houdbaarheid van hun pensioenen en het overheidsbeleid. Doordat veel van de babyboomers met pensioen gaan, zal het aantal 65-plussers in de komende decennia snel toenemen. Meer in het algemeen leven mensen gezonder en langer en krijgen gezinnen steeds minder kinderen. Vergrijzing staat vaak in een negatief daglicht, want ten opzichte van de bevolking tussen 20 en 65 jaar zou het aantal 65-plussers wel eens kunnen verdubbelen. Kan de werkende beroepsbevolking dan nog wel het geld opbrengen voor een groeiend aantal gepensioneerden? Moeten mensen meer uren maken tijdens hun werkzame periode en later met pensioen gaan? Of moeten de pensioenen worden gekort of de premies worden verhoogd om het collectieve pensioen betaalbaar te houden? Moeten mensen worden aangemoedigd zelf veel meer verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen pensioen? En wat is dan nog de rol van de sociale partners in het organiseren van een collectief pensioen? Kunnen en willen mensen eigenlijk wel zelf gaan beleggen voor hun pensioen of zijn ze graag bereid dat aan pensioenfondsen over te laten? Van wie zijn de pensioengelden eigenlijk? En hoe kan een helder en eerlijk speelveld voor pensioenfondsen en verzekeraars worden gedefinieerd? Hoe kunnen collectieve doelstellingen als solidariteit en meer individuele wensen worden verzoend? Maar vooral: hoe kunnen de voordelen van langer en gezonder leven worden benut voor een meer gelukkige en welvarende samenleving?

Om een aantal redenen is er behoefte aan debat over de gevolgen van vergrijzing. We weten niet altijd precies wat de gevolgen van vergrijzing zijn. En de gevolgen die wel goed kunnen inschatten, verdienen het om bekend te worden bij een groter publiek. Belangrijker is natuurlijk dat veel van de keuzen die moeten worden gemaakt een politieke dimensie hebben en daarover is debat hard nodig. Het gaat immers om maatschappelijk zeer relevante en actuele vraagstukken waar, in de meest letterlijke zin oud en jong mee worden geconfronteerd. Om die redenen heeft Netspar de NEA Papers ingesteld. In een NEA Paper neemt de auteur gemotiveerd stelling over een beleidsrelevant onderwerp. De naam NEA Papers heeft twee betekenissen. Ten eerste, NEA staat voor Netspar Economische Adviezen. De auteurs adviseren op persoonlijke titel en op verzoek van Netspar over actuele economische kwesties op het gebied van vergrijzing en pensioenen. Ten tweede, NEA klinkt als Nee-Ja en geeft daarmee een wezenskenmerk van elk debat aan.

Henk Don

Voorzitter van de Netspar Redactieraad.

Affiliaties

Erik Schut en Wynand van de Ven zijn beide als hoogleraar verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

LEIDT UITVOERING DOOR CONCURRERENDE ZORGVERZEKERAARS TOT EEN DOELMATIGE EN FINANCIËEL HOUBBARE AWBZ?

Samenvatting

De komende kabinetsperiode wordt beslissend voor de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de volksverzekering voor langdurige zorg. In voorbereiding is namelijk een besluit om de AWBZ per 2012 niet langer te laten uitvoeren door de regionale zorgkantoren, maar door de concurrerende zorgverzekeraars. Deze maatregel moet de zorgverlening doelmatiger maken en beter afstemmen op de wensen en behoeften van de cliënt. Ook zou dit voorstel bijdragen aan de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn.

In dit paper beargumenteren we dat dit voorstel niet verstandig is. Zorgverzekeraars hebben thans geen financieel belang bij investeringen in goede AWBZ-zorg, omdat de gebruikers van langdurige zorg voorspelbaar verliesgevend zijn. Vooral nog ontbreekt elk perspectief op adequate prikkels tot doelmatige zorginkoop.

Zelfs al zou de maatregel leiden tot een doelmatiger zorgverlening, dan nog is de vraag of dit voldoende is om de financiële houdbaarheid van de AWBZ te waarborgen. Om te voorkomen dat over enkele decennia een te groot beroep op de solidariteit van jongere generaties wordt gedaan, is van verschillende kanten

voorgesteld om via zorgsparen kapitaal op te bouwen waarmee in latere jaren de ouderenzorg wordt gefinancierd. In dit paper zetten we echter uiteen dat aan zorgsparen belangrijke nadelen kleven. Zorgsparen kan een zinvol instrument zijn in combinatie met een beperking van het AWBZ-pakket of een eigen risico in de AWBZ (bovenop de huidige eigen bijdragen). Als alternatief voor zorgsparen kan een te sterk beroep op de solidariteit van jongere generaties ook worden voorkomen door het invoeren van een leeftijdsafhankelijke opslag op de AWBZ-premie voor de huidige oudere generatie en/of een tijdelijke (leeftijdsafhankelijke) spaaropslag bovenop de kostendeckende AWBZ-premie ten behoeve van een collectieve spaarpot.

1. Inleiding

De toekomst van de volksverzekering voor langdurige zorg (AWBZ) staat al jaren volop ter discussie. Oorzaak is de onvrede over het functioneren van de AWBZ en twijfels over de houdbaarheid op lange termijn, mede gelet op de vergrijzing van de bevolking.¹ Veelgenoemde problemen zijn de zeer globaal omschreven aanspraken op zorg, de (mede daardoor) weinig eenduidige indicatiestelling, de inconsistente bekostigingssystematiek en de risicoloze uitvoering door de regionale zorgkantoren (IBO Werkgroep AWBZ 2006, NZa 2007, RVZ 2008, SER 2008).

Een reeks adviezen over de toekomst van de AWBZ (CVZ 2005, IBO Werkgroep AWBZ 2006, NZa 2007, RVZ 2008) werd in april 2008 afgesloten met een advies van de Sociaal-Economische Raad (SER 2008). In juni 2008 nam het kabinet dit SER-advies grotendeels over en medio 2009 volgde een nader uitgewerkt kabinetsstandpunt (Tweede Kamer 2008, 2009a). In dit standpunt stelt het kabinet voor om de uitvoeringstructuur van de AWBZ drastisch te wijzigen. Vanaf 2012 zou de AWBZ niet langer moeten worden uitgevoerd door regionale zorgkantoren maar door concurrerende zorgverzekeraars, mits tegen die tijd aan bepaalde randvoorwaarden kan worden voldaan (Tweede Kamer 2008, 2009a).

Het voornemen dat zorgverzekeraars voor hun eigen verzekeren de AWBZ zouden uitvoeren, is overigens niet nieuw. Al in 2001 stelde het toenmalige kabinet dit voor in de nota "Vraag aan bod" (Tweede Kamer 2001, p. 65-66). Destijds werd de prioriteit echter gelegd bij de hervorming van de verzekering voor curatieve zorg. Toen deze hervorming met de invoering van de

1 Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) raamt dat het aantal gebruikers van ouderenzorg tot 2030 jaarlijks met 1,2% zal toenemen en de reële uitgaven met 3,5% (Woittiez et al. 2009).

Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 een feit was, werd het voor-nemen opnieuw van stal gehaald en werd aangekondigd om de zorgkantoren per 1 januari 2009 op te heffen. Het kabinet besloot echter eerst advies in te winnen over de toekomstige uitvoerings-structuur van de AWBZ. Dit heeft wel geleid tot uitstel, maar vooralsnog niet tot afstel van het oorspronkelijke voornemen om de uitvoering van de AWBZ over te laten aan concurrerende zorgverzekeraars.

Als concurrerende zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden de AWBZ gaan uitvoeren, zijn verzekerden niet langer aangewezen op het ene zorgkantoor in de regio. Dan krijgen zij keuzevrijheid. Weliswaar hebben zorgverzekeraars momenteel formeel de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ, maar in de praktijk hebben zij de uitvoering gemandateerd aan 32 zorgkantoren, die namens alle zorgverzekeraars in een regio de AWBZ uitvoeren. De zorgkantoren zijn verbonden aan een van de zorgverzekeraars, meestal de grootste in de regio. Het probleem met de zorgkantoren is dat zij geen enkel financieel risico lopen en weinig externe prikkels ondervinden om hun best te doen voor de verzekerden in hun regio.

Wanneer verzekerden kunnen 'stemmen met de voeten', mag volgens het kabinet worden verwacht dat de wensen en behoeften van cliënten meer centraal zullen komen te staan (Tweede Kamer 2009a; zie ook *Zorgverzekeraars Nederland 2009*, p.5). Andere verwachte voordelen zijn een betere afstemming van curatieve en langdurige zorg, en één loket voor alle verzekerde zorg (Tweede Kamer 2009a).

Het kabinet zou uiterlijk 1 april 2010 een definitief besluit nemen over een uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars vanaf 2012. Na de val van het kabinet is dit dossier door de Tweede Kamer als 'controversieel' aangemerkt. Hiermee

is het voorgenomen besluit echter niet van tafel. Het demissionaire kabinet heeft aangegeven “de besluitvorming terzake verder voor te bereiden, opdat een nieuw kabinet na de zomer van 2010 hierover een beslissing kan nemen” (Tweede Kamer 2010b). Ook de ambtelijke Werkgroep Langdurige Zorg (2010) die in het kader van de brede heroverwegingsoperatie voorstellen moest doen om ruim 4 miljard euro op de collectieve uitgaven voor langdurige zorg te bezuinigen, presenteert uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars nadrukkelijk als een van de vier mogelijke beleidsvarianten (“Zorg verzekerd”).

De vraag is of een meer doelmatige uitvoering van de AWBZ, gelet op de vergrijzing van de bevolking – en daarmee het toenemend beroep op ouderenzorg in de komende decennia – voldoende is om de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn te waarborgen. Diverse zorgverzekeraars (Piersma 2010b) en aanbieders van ouderenzorg (Actiz 2010) hebben zorgsparen en kapitaaldekking als mogelijke oplossing voorgesteld.

In dit paper staat de volgende vraag centraal: leidt de uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars tot een meer doelmatige, cliëntgerichte en financieel houdbare uitvoering van de AWBZ? Hierbij beperken wij ons tot de vraag of aan zorgverzekeraars de juiste prikkels en instrumenten kunnen worden verschaft. Juiste prikkels vormen een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Ook belangrijk is vervolgens of zorgverzekeraars voldoende instrumenten bezitten om met zorgaanbieders goede afspraken te maken over de prijs en kwaliteit van zorg. Verder is het van belang dat er sprake is van evenwichtige onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Een analyse van de marktstructuur en concurrentieverhoudingen in de diverse deelmarkten van de langdurige zorg valt echter buiten het bestek van dit paper.

Het paper is als volgt opgebouwd. Allereerst geven we kort aan wat het probleem is met de huidige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren (paragraaf 2). Vervolgens onderzoeken we welk belang zorgverzekeraars hebben bij het werven van langdurige zorggebruikers (paragraaf 3), in hoeverre deze gebruikers bereid en in staat zullen zijn om zorgverzekeraars effectief onder druk te zetten (paragraaf 4), en in hoeverre het mogelijk is om op verantwoorde wijze adequate financiële prikkels in te voeren die zorgverzekeraars stimuleren om zo doelmatig mogelijk langdurige zorg in te kopen (paragraaf 5). Onder de veronderstelling dat een uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars haalbaar en wenselijk zou zijn, gaan we daarna in op de vraag of de uitvoering bij voorkeur binnen het wettelijk kader van de AWBZ of van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zou moeten plaatsvinden (paragraaf 6). Tenslotte besteden we in paragraaf 7 aandacht aan de vraag of er goede argumenten zijn om het huidige omslagstelsel voor ouderenzorg (deels) te vervangen door een systeem van zorgsparen of kapitaaldekking. We sluiten het paper af met conclusies en een antwoord op de bovengeformuleerde centrale vraag.

2. Van monopolistische zorgkantoren naar concurrerende zorgverzekeraars?

Volgens het kabinet kleeft aan de huidige constructie met regionale zorgkantoren in de AWBZ een aantal nadelen (Tweede Kamer 2009a, p.17). Een belangrijk knelpunt is dat verzekerden niet kunnen 'stemmen met de voeten', waardoor zorgkantoren onvoldoende stimulans hebben om de AWBZ cliëntgericht uit te voeren. Ook dragen de zorgkantoren bij de uitvoering van de AWBZ geen financieel risico, waardoor zij geen intrinsiek belang hebben om de AWBZ-premie betaalbaar te houden. Daarnaast is een nadeel van de constructie met zorgkantoren dat mensen die gebruik maken van AWBZ-zorg, vaak te maken hebben met drie loketten: de gemeente (voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)), het zorgkantoor (voor de AWBZ) en de zorgverzekeraar (voor de Zvw). Ook is een nadeel dat de huidige uitvoeringsstructuur – waarin zorgverzekeraars voor de andere verzekeraars (en hun verzekerden) gezamenlijk langdurige zorg inkopen (AWBZ), maar elkaars concurrenten zijn op de zorginkoopmarkt voor curatieve zorg (Zvw) – geen prikkels bevat voor een goede afstemming van curatieve en langdurige zorg.

2.1 Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars

Volgens het kabinet (Tweede Kamer 2009a, p.17-18) kan aan die nadelen tegemoet worden gekomen door concurrerende zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden de AWBZ te laten uitvoeren. Van het organiseren van één loket voor het recht op zorg (zowel AWBZ als Zvw) en van het kunnen 'stemmen met de voeten' verwacht het kabinet de nodige voordelen voor het verlenen van service aan cliënten en het organiseren van ketenzorg. De wensen en behoeften van cliënten zullen meer centraal komen te staan.

Zorgverzekeraars zullen belang hebben bij het organiseren van een goede samenhang tussen cure (Zvw) en care (AWBZ). Ook zullen ze vanuit preventief oogpunt geneigd zijn te investeren in een goede samenhang tussen zorg en welzijn. Te verwachten is bovendien dat kleine, nieuwe zorgaanbieders kansen zullen krijgen, omdat zorgverzekeraars zich bij de uitvoering van de AWBZ van elkaar willen onderscheiden. Volgens het kabinet draagt een uitvoering voor eigen verzekerden ook bij aan de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn.²

Maar er zijn ook nadelen. Gemeenten hebben met meerdere zorgverzekeraars te maken in plaats van met één zorgkantoor. Dat kan lastig zijn voor de gemeenten. Waar uitvoering door zorgverzekeraars de afstemming tussen cure (Zvw) en care (AWBZ) zal verbeteren, is dat tussen care (AWBZ) en welzijn (Wmo) minder vanzelfsprekend. Wellicht zijn extra inspanningen nodig.³ Ook zal volgens het kabinet ongewenste risicoselectie tegen moeten worden gegaan.

2.2 Voorwaarden voor uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars

In 2008 heeft het kabinet aangegeven medio 2010 te bezien of aan de voorwaarden is voldaan om in 2012 (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen klanten (Tweede Kamer 2008). Het kabinet gaf daarbij aan deze stap

- 2 Het kabinet motiveert niet expliciet waarom een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden bijdraagt aan de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn (Tweede Kamer, 2009a, p. 18). Wellicht dat impliciet meer doelmatigheid en een betere samenhang tussen cure en care is verondersteld.
- 3 Het kabinet stelt dat het denkbaar is dat zorgverzekeraars een representatiemodel kiezen, waarbij de marktleiders de afspraken namens alle zorgverzekeraars maken (Tweede Kamer 2009a, p.19).

alleen maar te willen zetten als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan: de introductie van risicodragendheid voor de verzekeraars (zodat zorgverzekeraars geprikkeld worden om bij de zorginkoop te letten op doelmatigheid), persoonsvolgende in plaats van instellingsgerichte bekostiging, stabiele tarieven voor de zorgverlening, en administraties en declaraties op individueel cliëntniveau. Ook moet de uitvoering van de AWBZ gescheiden plaatsvinden van de uitvoering van de Zvw. Verder zal de indicatiestelling verbeterd moeten zijn, moeten eigen betalingen een gepast gebruik stimuleren en moet er een goede samenwerking zijn tussen de zorgverzekeraars en de gemeenten. Daarnaast is de juridische haalbaarheid een voorwaarde.

Het kabinet wil een nadrukkelijke afweging maken van de beoogde voor- en nadelen. Ook wil het duidelijkheid hebben voor welke cliënten een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden meer of juist minder meerwaarde heeft. Bij een definitief besluit over de uitvoering van de AWBZ vanaf 2012 weegt voor het kabinet in het bijzonder dat niet alleen cliënten die dat willen en daartoe in staat zijn hun voorkeuren tot uitdrukking kunnen brengen, maar ook en vooral dat de zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen (zoals meervoudig zwaar gehandicapten) te allen tijde goed geregeld en gewaarborgd en op elkaar afgestemd zijn. Voordat het kabinet de AWBZ in een meer risicodragende omgeving brengt, moet dat zeker zijn gesteld.

2.3 Drie vragen

Om na te gaan of enkele van bovengenoemde voorwaarden zijn vervuld of kunnen worden vervuld, beantwoorden we in de volgende drie paragrafen de volgende vragen: hebben zorgverzekeraars belang bij AWBZ-cliënten? Zijn er voldoende kritische

AWBZ-verzekerden? En (hoe) is het mogelijk om op verantwoorde wijze adequate financiële prikkels in te voeren die zorgverzekeraars stimuleren om zo doelmatig mogelijk langdurige zorg in te kopen?

3. Hebben zorgverzekeraars belang bij AWBZ-cliënten?

Krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen zorgverzekeraars voor verzekerden met hoge verwachte Zvw-uitgaven een compensatie op basis van de risicoverevening. Deze compensatie blijkt echter onvoldoende voor tal van groepen verzekerden die relatief oververtegenwoordigd zijn binnen de groep AWBZ-zorggebruikers (zie Tabel 1). Zorgverzekeraars lijden bijvoorbeeld

Tabel 1. Voorspelbaar verlies per volwassene op de Zvw-uitgaven voor subgroepen verzekerden die relatief oververtegenwoordigd zijn binnen de groep AWBZ-zorggebruikers.

AWBZ-zorg gerelateerde kenmerken	Omvang subgroep	Voorspelbaar verlies*
Zorggebruik 3 jaar geleden		
- Hulp gehad van thuiszorg	2,2%	1152
Zelf gerapporteerde aandoeningen 3 jaar geleden		
- Incontinentie	7,7%	500
- Gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën	16,3%	401
- Chronische gewrichtsontsteking (reumatoïde artritis)	6,1%	725
- Zeven of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	2,9%	1461
Functionele beperkingen (OESO) 3 jaar geleden		
- Beperkt in het horen	4,8%	308
- Beperkt in beweeglijkheid	14,9%	653
Fysieke gezondheidsindicatie (SF-36) 3 jaar geleden		
- Slechtste score fysiek functioneren	10,0%	1140
- Slechtste score algemene gezondheid	10,0%	919
Mentale gezondheidsindicatie (SF-36) 3 jaar geleden		
- Slechtste score sociaal functioneren	10,0%	649
- Slechtste score geestelijke gezondheid	10,0%	297

* Geschat voorspelbaar verlies in 2004 per persoon in euro's-2007 per volwassene bij vereveningsformule-2007 (zonder generieke verevening en nacalculatie; exclusief vaste kosten ziekenhuisverpleging).

Bron: Stam en Van de Ven (2007), tabel 3, 4 en 5.

een voorspelbaar verlies van ruim € 1.100 per persoon (afgezien van ex-post compensaties) op verzekerden die drie jaar geleden hulp hebben gehad van de thuiszorg.

Omdat het aannemelijk is dat de groep AWBZ-zorggebruikers voorspelbaar verliesgevend is voor de Zvw, kan de uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars averechtse gevolgen hebben voor de kwaliteit en cliëntgerichtheid van de AWBZ-zorg. Zorgverzekeraars hebben dan immers geen prikkel om dergelijke verzekerden aan te trekken via goede en cliëntgerichte AWBZ-zorg. Integendeel: een zorgverzekeraar die erom bekend staat de beste AWBZ-zorg in te kopen, wordt geconfronteerd met een oververtegenwoordiging van AWBZ-zorggebruikers die verliesgevend zijn voor de Zvw. Het is dan ook goed voorstelbaar dat zorgverzekeraars zich speciaal gaan richten op verzekerden die naar verwachting geen gebruik zullen maken van langdurige zorg, bijvoorbeeld via de keuze van het distributiekanaal (uitsluitend internet), zorginkoop (geen contracten met gerenommeerde aanbieders van langdurige zorg) of aanvullende verzekering (geen pakketten die interessant zijn voor gebruikers van langdurige zorg). Weliswaar kan imagoschade verzekeraars weerhouden van een slechte uitvoering van de AWBZ, maar risicoselectie kan vele subtiele vormen aannemen die moeilijk zijn aan te tonen. Een voorbeeld: wanneer zorgverzekeraars weinig investeren in zorg voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden is dit moeilijk te ontdekken, omdat niet bekend is hoe hoog de investeringen zouden zijn geweest bij een adequaat vereveningssysteem. Zo kan er geleidelijk een verschraling optreden in de zorg voor voorspelbaar verliesgevende groepen gebruikers van langdurige zorg.

Verder is het bepaald niet denkbeeldig dat – wanneer de AWBZ als afzonderlijke verzekering blijft bestaan – een aantal zorgverzekeraars besluit om de AWBZ niet langer uit te voeren. Op grond

van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen mag een zorgverzekeraar hier namelijk niet toe worden verplicht (zie paragraaf 6). In dat geval moeten de betreffende verzekerden zich voor de uitvoering van de AWBZ aanmelden bij een concurrerende zorgverzekeraar die de AWBZ wel uitvoert (AWBZ, art. 9., lid 2). Het is duidelijk dat van een betere afstemming van curatieve en langdurige zorg en van het één-loket voordeel dan niets terechtkomt.

Conclusie: het argument dat uitvoering van de AWBZ door de concurrerende zorgverzekeraars de AWBZ klantgericht maakt, is niet valide zolang de risicoverevening in de Zvw niet op orde is.

4. Voldoende kritische AWBZ-verzekerden?

Concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt alleen tot kwalitatief goede zorg als voldoende verzekerden geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van de ingekochte zorg. Ook moeten ze in staat zijn om de kwaliteit te beoordelen en, wanneer ze daar niet tevreden over zijn, bereid en in staat zijn om van zorgverzekeraar veranderen. Een belangrijke vraag is of aan deze voorwaarden wordt voldaan voor de verschillende vormen van langdurige zorg.

Binnen de AWBZ kunnen vier hoofdgroepen cliënten worden onderscheiden (Werkgroep Langdurige Zorg 2010):

1. Ouderen met een somatische aandoening (ca. 320.000)
2. Ouderen met een psychogeriatrische aandoening (ca. 70.000)
3. Verstandelijk gehandicapten (ruim 100.000 personen)
4. Chronisch psychiatrische patiënten (ruim 80.000).

In 2008 verbleven van de ongeveer 600.000 cliënten er ruim 250.000 in een intramurale AWBZ-instelling, terwijl de overige (ongeveer) 350.000 cliënten extramurale zorg ontvingen.

Van de ouderen met psychogeriatrische aandoeningen, de chronisch psychiatrische patiënten en de verstandelijk gehandicapten kunnen waarschijnlijk niet voldoende cliënten zich opstellen als kritische verzekerden. Ook al kunnen vertegenwoordigers van cliënten in de gehandicaptenzorg – zoals ouders of andere familieleden – verzekeraars wellicht effectief onder druk zetten (Van de Ven en Schut 1994). Bovendien is de groep gebruikers relatief beperkt en is het niet waarschijnlijk dat de 99 procent overige verzekerden geïnteresseerd zullen zijn in de kwaliteit van deze zorg, omdat de kans klein is dat zij daar ooit een beroep op

zullen moeten doen.⁴ Verreweg de meeste verzekerden zullen wat deze vormen van zorg betreft uitsluitend geïnteresseerd zijn in de laagste kosten/premie.

Ook valt te betwijfelen of ouderen met een somatische aandoening voldoende bereid en in staat zijn tot een kritische keuze van een zorgverzekeraar. De verzekerdenmobiliteit onder ouderen is namelijk erg laag (Boonen et al. 2009). Van de groep 70-plus verandert circa drie procent in drie jaar van zorgverzekeraar, tegenover ruim tien procent van de gehele bevolking (Vektis, 2010). Wellicht zijn ouderen met vooral somatische beperkingen meer geneigd om van zorgverzekeraar te veranderen als dat belangrijke gevolgen heeft voor hun AWBZ-zorg, maar het is zeer de vraag of de druk die hier vanuit gaat voldoende is om zorgverzekeraars ervan te weerhouden vooral op prijs in te kopen.

De conclusie luidt dat het sterk valt te betwijfelen of voldoende gebruikers van langdurige zorg (of hun vertegenwoordigers) bereid en in staat zijn om zorgverzekeraars, ook bij perfecte risicoverevening in de Zvw en in de AWBZ (zie onder), effectief onder druk te zetten om goede en doelmatige zorg in te kopen.

4. Indien er – analoog aan de Zvw – sprake is van eenjarige polissen, kunnen verzekerden als zij zorg nodig hebben altijd nog overstappen naar een polis die een hogere kwaliteit zorg biedt. Dit zal de belangstelling voor relatief dure polissen met een goede kwaliteit zorg verder verlagen.

5. Financieel risico zorgverzekeraars?

Als derde punt is het van belang of zorgverzekeraars financieel risico gaan lopen over de inkoop van langdurige zorg. En of ze, gesteld dat aan de twee eerder besproken noodzakelijke voorwaarden (op termijn) kan worden voldaan, prikkels ondervinden om te letten op de prijs en de kwaliteit van de ingekochte zorg.

5.1. Geen financieel risico

Wanneer zorgverzekeraars AWBZ-zorg voor eigen verzekerden inkopen zonder dat zij over de inkoop financieel risico lopen, hebben zij geen enkele prikkel om kritisch te kijken naar de indicatiestelling of om een afweging te maken tussen prijs en kwaliteit. Zij hebben dan bijvoorbeeld een prikkel om verzekerden die in een verzorgingshuis verblijven, zo snel mogelijk in een (duurder) verpleeghuis te laten opnemen, omdat dan de kosten van algemene medische zorg, paramedische zorg en geneesmiddelen niet langer ten laste komen van de Zvw (waarvoor zorgverzekeraars risicodragend zijn) maar ten laste van de AWBZ (Tweede Kamer 2010a, Bijlage 1). Ook hebben zij een financiële prikkel om, waar mogelijk, zorg die zich op het grensvlak van Zvw en AWBZ bevindt, te vergoeden vanuit de AWBZ-middelen. De besparing door afwenteling slaat dan direct neer bij de verzekeraar zelf in plaats van, zoals nu het geval is, via een zorgkantoor bij alle zorgverzekeraars. Voorts is het reputatie-effect van goede zorginkoop van groter belang als een zorgverzekeraar uitsluitend voor eigen verzekerden inkoopt dan in de hoedanigheid van zorgkantoor voor alle verzekerden in de regio. Het is namelijk de vraag of verzekerden nu de link leggen tussen zorgverzekeraar die als zorgkantoor de AWBZ uitvoert en de zorgverzekeraar die een basispolis aanbiedt. Tenslotte loopt een verzekeraar die

voor eigen verzekerden de AWBZ uitvoert, in tegenstelling tot het huidige zorgkantoor, geen risico op het verlies van de concessie wanneer ondoelmatige of te dure zorg wordt ingekocht.

Het is duidelijk dat deze optie slecht scoort op criteria als doelmatigheid en financiële houdbaarheid. Op dit moment geldt een dergelijke situatie voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) die vanaf 2008 niet langer ten laste van de AWBZ maar ten laste van de Zvw komt. Aangezien er geen adequate risicokenmerken beschikbaar zijn voor een ex-ante risico-verevening van ggz-kosten, werden in 2008 en 2009 alle ggz-kosten volledig nagecalculeerd. Dankzij deze 100 procent ex-post compensatie liepen zorgverzekeraars over de ggz-uitgaven geen enkel financieel risico. Uit een rapportage van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ 2010) blijkt dat de ggz-uitgaven in de Zvw in 2008 met 1,1 miljard euro zijn toegenomen tot 3,8 miljard euro, een stijging van 40 procent. Het CVZ schat dat ruim 500 miljoen euro een gevolg is van extra gebruik van ggz-zorg; de overige kostenstijging betreft een eenmalige boekhoudkundige lastenverschuiving (Zorgvisie 2010).

Concurrentie zonder prijskaartje is waarschijnlijk geen lang leven beschoren. De overheid moet waarschijnlijk al snel ingrijpen om de kosteninflatie te beteugelen, via prijsregulering (vergelijk de 3,5 procent tariefskorting in de ggz in 2009), een scherpe protocollering van de indicatiestelling en instellingsbudgettering (om het volumerisico te beperken). Instellingsbudgettering is echter alleen goed denkbaar op basis van afspraken met gezamenlijke zorgverzekeraars. In dat geval is er *de facto* weer sprake van een terugkeer naar de huidige situatie van een regionaal zorgkantoor.

De conclusie luidt dat uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars die geen financieel risico lopen, geen doelmatige en houdbare optie is. Het kabinet stelde de introductie van een zekere mate van risicodragendheid voor de zorgverzekeraars dan ook als voorwaarde voor de uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars (2009a).

5.2 Wel financieel risico

Een voorwaarde voor risicodragendheid is dat in de AWBZ, net als in de Zvw, een systeem van ex-ante risicoverevening wordt ingevoerd. De risicodragende zorgverzekeraars ontvangen dan voor elke AWBZ-verzekerde een vereveningsbijdrage gebaseerd op de verwachte kosten gegeven iemands risicokenmerken. Cruciaal is de vraag: in hoeverre is het mogelijk een vereveningsstelsel voor de AWBZ te ontwikkelen dat hoogrisico verzekerden voldoende compenseert? Onderstaand worden twee manieren besproken om vorm te geven aan ex-ante risicoverevening.

5.2.1 Risicoverevening op basis van verzekerdenkenmerken

Een manier die nauw aansluit bij de systematiek van de Zvw is het vooraf verevenen van risico's op basis van objectief meetbare verzekerdenkenmerken als leeftijd, geslacht en zorggebruik in het verleden (in combinatie met diagnose/indicatie). Of een dergelijk systeem haalbaar is voor (delen van) de AWBZ-zorg, is onbekend. Een praktisch probleem is dat in de AWBZ een administratie op individueel niveau, nodig voor risicoverevening, vooralsnog ontbreekt.⁵

5 Wel is door Vektis een AWBZ-informatiesysteem (AIS) ontwikkeld om inzicht te verschaffen in de zorgvraag en het zorggebruik binnen de AWBZ. In dit systeem worden per kwartaal indicatiebesluiten en "meldingen aanvang zorg" vastgelegd die door alle 32 zorgkantoren worden aangeleverd. In een indicatiebesluit

Welke gegevens bruikbaar en nodig zijn om de individuele AWBZ-kosten te voorspellen is vooral nog onduidelijk. Duidelijk is wel dat aan een systeem van risicoverevening in de AWBZ hogere eisen moeten worden gesteld dan in de Zvw (Van de Ven 2005), vanwege de specifieke kenmerken van de AWBZ-kostenverdeling. De kosten van AWBZ-zorg zijn hoog en geconcentreerd bij een relatief kleine groep gebruikers (slechts een paar procent van de bevolking). Daarnaast zijn de kosten per individuele verzekerde in hoge mate voorspelbaar vanaf het moment dat de verzekerde voor zorg geïndiceerd is. En ten slotte kunnen er tussen zorgverzekeraars zeer grote verschillen bestaan of ontstaan in het percentage gebruikers van langdurige zorg en dus in de gemiddelde AWBZ-kosten per verzekerde. Zo is een internetverzekeraar die zich speciaal richt op jongeren, onaantrekkelijk voor AWBZ-cliënten.

Vanwege de hoge, sterk geconcentreerde kosten is een nauwkeurige voorspelling essentieel om grote voorspelbare winsten of verliezen per verzekerde te voorkomen. Op dit moment is onbekend in hoeverre een systeem van risicoverevening voor AWBZ-uitgaven aan die hoge eisen kan voldoen. Wel kan voor de drie belangrijkste cliëntgroepen op voorhand een inschatting worden gemaakt van de haalbaarheid van adequate risicoverevening.

Voor de ouderenzorg geldt dat de individuele uitgaven sterk afhankelijk zijn van de aanwezigheid (of het wegvallen) van een sociaal netwerk van ondersteuners (partners, mantelzorgers) (Wong et al., 2007). Het lijkt niet waarschijnlijk dat dit subjectieve risicokenmerk adequaat als een objectief meetbaar vereveningskenmerk in een vereveningsmodel kan worden opgenomen.

staat of iemand recht heeft op AWBZ-zorg. Wanneer dat het geval is, staat ook vermeld hoeveel zorg deze persoon krijgt en voor welke periode. Het informatiesysteem bevat gegevens vanaf 2004 (Vektis 2009b).

Vanaf het moment dat een verzekerde in een intramurale instelling verblijft zijn uitgaven voor intramurale zorg (verzorgings- en verpleeghuizen) waarschijnlijk relatief goed voorspelbaar. Voor extramurale ouderenzorg lijkt zelfs dit minder goed mogelijk omdat de individuele zorgbehoefte een grote variatie vertoont. Aangezien intramurale en extramurale zorg gedeeltelijk substitueerbaar zijn, lijkt het niet wenselijk om uitsluitend voor intramurale zorg risicoverevening in te voeren.

Bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten moeten we onderscheid maken tussen (veelal thuiswonende) jongeren en volwassenen (IBO-werkgroep AWBZ 2006). Voor volwassenen is de zorgvraag doorgaans hoog en stabiel. Daarom vormen gegevens over zorggebruik in het verleden waarschijnlijk een goed vereveningskenmerk. Voor jongeren is de zorgvraag echter wisselend en sterk afhankelijk van de beschikbare ondersteuning vanuit gezin en gemeenten (woon- en welzijnsvoorzieningen). Voor deze groep lijkt een adequate risicoverevening problematisch.

De zorgbehoeften van chronisch psychiatrische patiënten worden gekenmerkt door een grote mate van variatie: de zorgvraag is soms kort en hevig en soms beperkt tot crises, soms kortdurend herhaald maar soms ook langdurig permanent (IBO-werkgroep AWBZ 2006). De haalbaarheid van een adequaat systeem van risicoverevening voor deze zorg lijkt daarom gering. Deze verwachting wordt geschaagd door de problemen om adequate risicoverevening te realiseren voor de ggz die van de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld.

5.2.2 Risicoverevening op basis van indicaties

Gegeven de huidige centrale indicatiestelling voor de AWBZ-aanspraken is het de vraag welke rol is weggelegd voor alge-

mene vereveningskenmerken die de toekomstige zorgbehoefte *voorspellen*, wanneer iemands *werkelijke* zorgbehoefte via een goede indicatiestelling *bekend* is (Van de Ven 2005). Hieraan gerelateerd vragen we ons af in hoeverre het wenselijk is om de zorgverzekeraars, gegeven de samenstelling van hun portefeuille, het financiële risico te laten lopen voor het verschil tussen de *werkelijke* prevalentie en de (op basis van algemene vereveningskenmerken) *voorspelde* prevalentie van het aantal zorggebruikers. Het antwoord op deze vraag hangt mede af van de mate waarin zorgverzekeraars expliciet de mogelijkheid en de instrumenten hebben om de werkelijke prevalentie van zorggebruikers binnen hun verzekerdenbestand te beïnvloeden. Als zorgverzekeraars via het stimuleren van preventie (bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen) de toekomstige zorgbehoefte kunnen reduceren, wordt de prikkel tot preventie gereduceerd als verevend wordt op basis van de indicatiestelling. Anderzijds kan verevening op basis van algemene vereveningskenmerken leiden tot substantiële voorspelbare winsten en verliezen.

Als het niet wenselijk is dat zorgverzekeraars financieel risico lopen voor de *werkelijke* prevalentie, kan zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de indicatie een hogere vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars worden uitgekeerd. Voor een verzekerde die in januari als CVA-patiënt is geïndiceerd voor permanente verpleeghuiszorg, krijgt een verzekeraar dan onmiddellijk een hogere vereveningsbijdrage (gebaseerd op de verwachte kosten) en niet pas elf maanden later.

Voor zover indicaties worden gebruikt als vereveningskenmerk, lopen verzekeraars uiteraard alleen financieel risico als de vereveningsbijdragen die zij ontvangen niet per definitie gelijk zijn aan de bedragen die zorgaanbieders ontvangen. Van belang is dus welke vrijheid de zorgverzekeraars hebben/krijgen om enerzijds

te onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de zorg, en anderzijds om de AWBZ-aanspraken van hun verzekerden, gegeven een indicatie, nader te concretiseren (bijvoorbeeld in een verzekeringsreglement).

Voor de haalbaarheid van een verevening op basis van indicaties is van belang dat normbedragen per AWBZ-indicatie momenteel uitsluitend beschikbaar zijn voor de intramurale AWBZ-zorg (zogenaamde zorgzwaartepakketten) en niet voor extramurale AWBZ-zorg.⁶ Verder is een vereiste dat de indicaties eenduidig en niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars en verzekerden. Ook moeten de normbedragen een adequate weerspiegeling vormen van de (gemiddelde) zorgkosten, zodanig dat verzekeraars binnen een groep cliënten met eenzelfde indicatie niet op eenvoudige wijze voorspelbaar winst- en verliesgevende verzekerden kunnen identificeren. Aan deze laatste voorwaarde lijkt in de praktijk (nog) niet te zijn voldaan⁷.

De conclusie luidt dat vanwege de specifieke kenmerken van de AWBZ-kostenverdeling aan een systeem van risicoverevening in de AWBZ hogere eisen moeten worden gesteld dan in de Zvw en dat momenteel geen enkel perspectief bestaat op een goed functionerende ex-ante risicoverevening in de AWBZ. Daarom is het, zeker in de komende jaren, niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden

6 Naast de invoering van ZP's voor intramurale zorg, wordt volgens het ministerie van VWS een verkenning uitgevoerd om ook voor de extramurale zorg zorgzwaartepakketten (EZP's) vast te stellen.

7 De NZA (2009) constateert in een eerste analyse van de invoering van de ZP's dat er signalen zijn dat zorgaanbieders de neiging hebben om cliënten die voor bepaalde pakketten geïndiceerd zijn minder snel in zorg te nemen. Dit wijst er op dat aan de eerder genoemde voorwaarden vooralsnog niet is voldaan.

gemaakt voor de uitvoering van de AWBZ. Daarmee is niet voldaan aan de eerste kernvoorwaarde die het kabinet heeft gesteld voor uitvoering van de AWBZ door risicodragende zorgverzekeraars, te weten 'het waarborgen van de zorg voor kwetsbare cliënten in de AWBZ' (Tweede Kamer 2009b).⁸

8 Deze conclusie is des te opmerkelijker omdat het kabinet in 2006 al had aangekondigd nader onderzoek te zullen doen naar risicoverevening in de AWBZ en de daarvoor benodigde gegevens op individueel te gaan verzamelen (Tweede Kamer 2006, p. 15). Voor zover ons bekend is over dit voorgenomen onderzoek nooit (aan de Tweede Kamer) gerapporteerd en zijn de voor risicoverevening benodigde gegevens op individueel niveau nog niet beschikbaar.

6. AWBZ of Zvw?

Als een volgend kabinet niettemin besluit om de uitvoering van (delen van) de langdurige zorg over te laten aan concurrerende zorgverzekeraars, rijst de vraag of het wenselijk is hiervoor een afzonderlijke wettelijke verzekering in stand te houden. Of zouden deze vormen van zorg beter kunnen worden geïntegreerd in de Zvw? Bij het voorstel om de uitvoering van de AWBZ per 2012 over te dragen aan individuele zorgverzekeraars ging het kabinet uit van het handhaven van de AWBZ als een aparte publiekrechtelijke volksverzekering, naast de privaatrechtelijke zorgverzekeringen op basis van de Zvw (Tweede Kamer 2009b). In verband met de (on)wenselijkheid en (on)mogelijkheid van het handhaven van twee afzonderlijke wettelijke verzekeringen, bespreken we een aantal belangrijke overwegingen voor het al dan niet wettelijk integreren van AWBZ en Zvw.

6.1 Verzekerbbaar of onverzekerbaar risico?

Het klassieke onderscheid tussen de AWBZ en de Zvw is dat de AWBZ vooral bedoeld is voor de zogenaamde onverzekerbare risico's, terwijl de Zvw betrekking heeft op de verzekerbare risico's. Dit onderscheid roept de vraag op of het geen contradictio-in-terminis is om de AWBZ te laten uitvoeren door risicodragende zorgverzekeraars. Om deze vraag te beantwoorden, moeten we eerst bepalen wat precies wordt verstaan onder een (on)verzekerbaar risico.

Een intuïtieve omschrijving is dat een risico onverzekerbaar is als verzekeraars het risico niet verzekeren.⁹ In de literatuur wordt

9 Bijvoorbeeld de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) beantwoordt de vraag "Wat is een onverzekerbaar risico" als volgt. Verzekeraars noemen een gebeurtenis een onverzekerbaar risico als zij

nogal eens verwezen naar de definitie van de Zwitserse actuaaris Berliner (1982):

- Een risico is subjectief (niet) verzekeraar indien een verzekeraar het hem ter verzekering aangeboden risico (niet) accepteert.
- Indien een bepaald risico voor alle relevante verzekeraars subjectief (on)verzekeraar is, is het betreffende risico objectief (on)verzekeraar.

Vrij vertaald komt deze definitie er op neer dat een risico (on)verzekeraar is als de verzekering (niet) tot stand komt. Bijgevolg hangt het al dan niet verzekeraar zijn af van tijd, plaats en risicokenmerken.¹⁰ Berliner's definitie van (on)verzekeraarheid impliceert ook dat het al dan niet verzekeraar zijn niet alleen een kwestie is van aanbod, maar ook van vraag. Immers, een risico is verzekeraar als (1) het te verzekeraar risico aan de verzekeraar wordt aangeboden, en (2) als de verzekeraar het aangeboden risico accepteert.

Op basis van Berliners' definitie is het niet mogelijk algemene uitspraken te doen zoals 'ouderenzorg is verzekeraar of onverzekeraar'. Wel is het mogelijk om een aantal factoren te noemen

van tevoren niet meer bij benadering de gevolgen kunnen overzien. Oorlog wordt beschouwd als een onverzekeraar risico: de schadeomvang is per definitie altijd enorm groot maar het is onmogelijk om de totale schade te voorspellen. Wanneer het optreedt, ook dat weet niemand. Stormen bijvoorbeeld kunnen ook grote gevolgen hebben, maar hiervoor kunnen verzekeraars op basis van ervaringen uit het verleden kansberekeningen opstellen, waardoor de totale schadeomvang valt in te schatten. Op basis hiervan is de premie voor een verzekering vast te stellen. Als dit niet meer mogelijk is, kunnen verzekeraars een risico niet meer verzekeraar. (www.terrorismeverzekerd.nl)

¹⁰ Bijvoorbeeld tandheelkundige zorg was 30 jaar geleden niet verzekeraar en nu wel; bepaalde auto's zijn in Amsterdam niet verzekeraar tegen diefstal en in Breda wel; en ouderenzorg is voor een zorgbehoefte 80 jarige niet verzekeraar en voor een gezonde 20-jarige wel.

die de mate van verzekeraarbaarheid beïnvloeden. Berliner (1982) maakt aannemelijk dat een risico meer verzekeraarbaar is naarmate:

- de gebeurtenis een meer stochastisch karakter heeft¹¹;
- de grootst mogelijke schade kleiner is;
- de gemiddelde schade per gebeurtenis kleiner is;
- de frequentie van de gebeurtenis hoger is;
- de benodigde premie lager is;
- *moral hazard* minder optreedt;
- de verzekeringsdekking beperkter is.

Van belang is verder of de verzekeringsaanspraken eenduidig te definiëren zijn. Wanneer er bij de aanspraak op AWBZ-zorg veel 'zachte' factoren meespelen (zoals de mate van zelfredzaamheid) is het opstellen van een verzekeringscontract niet goed mogelijk en is de zorg niet goed verzekeraarbaar. Zoals uiteengezet in paragraaf 5.2 is in dat geval ook de vormgeving van adequate risicoverevening problematisch.

Voor het verzekeren van de 'onverzekerbare' risico's in de AWBZ (en in de Zvw) speelt de ex-ante risicoverevening, voor zover nodig aangevuld met ex-post kostencompensaties, een cruciale rol. Hierdoor ontvangt de zorgverzekeraar voor een 'brandend huis' de verwachte schade, waardoor het 'brandende huis' verze-

11 Sommige risico's die door de AWBZ worden gedekt – zoals het risico op een verstandelijke handicap – treden op vanaf de geboorte en zijn vanuit het perspectief van het betreffende individu niet stochastisch. Maar voor de geboorte is het al dan niet optreden van een verstandelijke handicap tot op zekere hoogte wel stochastisch (tenzij het gaat om genetisch voorspelbare handicaps). Dus is het voorstelbaar dat er onder aankomende ouders vraag zou kunnen bestaan naar een private verzekering die de kosten dekt van de zorg in het geval dat zij een gehandicapt kind krijgen. Gelet op de lage incidentie van verstandelijke handicaps zou dit risico wellicht tegen een betaalbare premie kunnen worden verzekerd. Het is natuurlijk de vraag of er naar zulke verzekeringen voldoende vraag zal zijn, maar volgens de definitie van Berliner zou ook dit risico in theorie verzekeraarbaar kunnen zijn.

kerbaar is geworden. Het vereveningssysteem en/of de ex-post kostencompensaties maken het klassieke onderscheid tussen onverzekerbare AWBZ-risico's en verzekerbare Zvw-risico's dus irrelevant.

6.2 Verboden nevenactiviteit?

Een essentieel verschil tussen de AWBZ en de Zvw is dat de AWBZ een publiekrechtelijke 'verzekering' van rechtswege is, terwijl de zorgverzekeringen (op basis van de Zvw) particuliere verzekeringen zijn. Een mogelijk gevolg hiervan is dat uitvoering van de AWBZ door concurrerende *risicodragende* zorgverzekeraars als een verboden nevenactiviteit van de zorgverzekeraars wordt beschouwd. Zowel de Europese eerste schaderichtlijn als de Wet op het financieel toezicht (Wft) kennen namelijk een bepaling die het aan private verzekeraars verbiedt om risicodragende nevenactiviteiten uit te voeren, uitgezonderd handelsactiviteiten die rechtstreeks voortvloeien uit het verzekeringsbedrijf. Het doel van deze bepalingen is om te voorkomen dat de solvabiliteit van verzekeraars door deze nevenactiviteiten in gevaar wordt gebracht. De bepalingen zijn echter eenvoudig te omzeilen via een holdingconstructie, waarbij twee rechtspersonen die binnen een holding de AWBZ en Zvw uitvoeren het uitvoeringswerk uitbesteden aan een derde rechtspersoon.

6.3 Kan een zorgverzekeraar worden verplicht de AWBZ uit te voeren?

Hoewel het via bovengenoemde holdingconstructie mogelijk lijkt om AWBZ en Zvw gezamenlijk uit te laten voeren, is een andere consequentie van het handhaven van een publiekrechtelijke AWBZ naast een particuliere basisverzekering (Zvw) dat deze gezamenlijke uitvoering niet kan worden afgedwongen. Op grond van de

Europese richtlijnen voor de schadeverzekering mag een private zorgverzekeraar die de Zvw uitvoert, niet worden verplicht om deel uit te maken van een groep waarin ook een AWBZ-uitvoerder participeert. Een dergelijke eis komt namelijk neer op een extra toetredingsvoorwaarde tot de nationale private zorgverzekeringsmarkt, wat binnen de Europese schaderichtlijnen uitdrukkelijk verboden is. Andersom kan een AWBZ-verzekeraar waarschijnlijk evenmin worden verplicht om te participeren in een groep waarin ook een Zvw-zorgverzekeraar deelneemt. Een dergelijke eis zou namelijk voor een buitenlandse rechtspersoon die AWBZ wil uitvoeren, een belemmering van het vrij verkeer van diensten in de zin van het EG-verdrag betekenen. Zolang de risico-verevening in de Zvw nog imperfect is, zouden zorgverzekeraars zich dus kunnen onttrekken aan de uitvoering van de AWBZ (zie paragraaf 3).

6.4 Overige relevante verschillen tussen AWBZ en Zvw

Een ander belangrijk verschil tussen de AWBZ en de Zvw is dat de AWBZ-premie volledig inkomensafhankelijk is, terwijl de Zvw-premie deels inkomensafhankelijk (55 procent inclusief de Rijksbijdrage voor kinderen) en deels nominaal (45 procent; te betalen door personen van 18 jaar en ouder) is. Werkgevers zijn verplicht de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage van hun werknemers te compenseren; dit geldt niet voor de AWBZ-premie. Ter compensatie van de zorgpremie-Zvw ontvangen circa zes miljoen huishoudens een zorgtoeslag. Bij de Zvw bestaat voorts het probleem dat circa 150.000 verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn en dat 318.000 verzekerden minimaal zes maanden geen premie hebben betaald. Bij de AWBZ is geen sprake van onverzekerden- en wanbetalersproblematiek, omdat de AWBZ-premie bij de bron wordt ingehouden en elke ingezetene per definitie is

verzekerd. Bij de keuze tussen enerzijds uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en anderzijds de AWBZ-verstrekkingen overhevelen naar de Zvw zijn bovengenoemde zaken belangrijke aandachtspunten (zie hiervoor bijvoorbeeld Van de Ven en Schut 2010a, 2010b).

Andere relevante verschillen zijn dat de AWBZ de verzekerde een keuze biedt tussen zorg-in-natura en een persoonsgebonden budget (pgb), terwijl de Zvw een keuze biedt tussen een natura- en restitutiepolis. Bij de AWBZ gelden (forse) eigen bijdragen; de Zvw kent een eigen risico. Voor de zorgverzekeringen (Zvw) moeten zorgverzekeraars enkele miljarden solvabiliteitsreserves aanhouden. Omdat de uitvoering van de AWBZ nu risicoloos geschiedt, zijn in de AWBZ geen reserves vereist. Bij het eventueel overhevelen van AWBZ-zorg naar de Zvw moet rekening worden gehouden met deze (en andere) verschillen, die technische complicaties met zich kunnen meebrengen. Zowel bij een uitvoering van de AWBZ door risicodragende zorgverzekeraars als bij overheveling van de AWBZ-zorg naar de Zvw moeten in elk geval enkele miljarden euro's solvabiliteitsreserves worden opgebouwd. Ten slotte liggen de uitvoeringskosten van de AWBZ aanzienlijk lager dan die van de Zvw.¹² Overheveling naar de Zvw kan dus leiden tot hogere uitvoeringskosten die door doelmatigheidswinst zouden moeten worden gecompenseerd. Aan de andere kant is het waarschijnlijk dat ook de uitvoeringskosten binnen de AWBZ gaan stijgen als de zorginkoop niet langer collectief (door zorgkantoren) maar individueel (door zorgverzekeraars) plaatsvindt.

¹² In 2008 bedroegen de uitvoeringskosten van de AWBZ (voor zorgkantoren, CAK en CIZ) circa 1,1% van de totale AWBZ-uitgaven (Ministerie van VWS, 2009), terwijl het aandeel van de beheerskosten van zorgverzekeraars in de totale Zvw-uitgaven circa 3,8% bedroeg (Vektis (2009a).

6.5 Conclusie

Bij de keuze tussen een uitvoering van de AWBZ door concurrerende risicodragende zorgverzekeraars en het overhevelen van AWBZ-zorg naar de Zvw, speelt het onderscheid tussen verzekerbare en onverzekerbare risico's geen rol. Daarentegen lijken andere verschillen tussen AWBZ en Zvw (zoals de wijze van premiestelling, de aanwezigheid van onverzekerden, wanbetalers, een zorgtoeslag, de vormgeving van de eigen betalingen) wel van belang. Vanuit juridisch oogpunt zou het uitvoeren van de AWBZ door risicodragende zorgverzekeraars op bezwaren kunnen stuiten vanwege 'verboden nevenactiviteiten'. Maar ook bij uitvoering van de AWBZ en de Zvw door afzonderlijke rechtspersonen hoeven de voordelen van een goede afstemming van curatieve en langdurige zorg en één loket voor alle verzekerde zorg niet verloren te gaan. Zolang de risicoverevening in de Zvw nog imperfect is, zouden zorgverzekeraars aan risicoselectie kunnen doen door te besluiten de AWBZ niet langer uit te voeren. De Europese regelgeving staat het (hoogstwaarschijnlijk) niet toe zorgverzekeraars te verplichten dat zij de AWBZ moeten uitvoeren. Dit zou een overweging kunnen zijn om de AWBZ-zorg over te hevelen naar de Zvw.

7. Zorgsparen?

Verschillende zorgverzekeraars hebben voorgesteld om voor delen van de AWBZ (met name ouderenzorg) een zorgspaarregeling in te voeren. Op die manier kan de kostenstijging als gevolg van de vergrijzing de komende decennia opgevangen worden (Piersma 2010b). Ook de brancheorganisatie voor de ouderenzorg, Actiz, heeft een plan gepresenteerd voor een fundamenteel andere AWBZ-regeling, waarin 'zorgpensioensparen' een belangrijke rol speelt (Actiz 2010).

Voor zorgsparen worden verschillende argumenten aange- dragen. Ten eerste het feit dat de beperkingen waar mensen op hogere leeftijd mee te maken krijgen, zo voorspelbaar zijn ("de ouderdom komt met gebreken") dat zij 'gewoon' tot de kosten van het leven horen. Kosten waar iedereen vooraf rekening mee kan houden in de vorm van sparen (Actiz 2010). Gesteld wordt dat bijvoorbeeld de kosten voor een leesbril, een rollator en persoonlijke verzorging zeer voorspelbaar zijn. Wanneer de kosten in hoge mate voorspelbaar zijn, is er geen sprake van substantiële onzekerheid en ontvalt de ratio van verzekeren. Een tweede argument is dat individueel zorgsparen stimuleert tot meer preventie, zelfredzaamheid en het inzetten van mantelzorg (Actiz 2010). Vanwege een zorgvuldige afweging of de zorg echt wel nodig is, treedt bij zorgsparen minder moral hazard op dan bij verzekeren. Een derde argument is dat in de ouderenzorg de komende decennia als gevolg van de vergrijzing een 'forse bult' van kosten zal ontstaan. De stijgende AWBZ-kosten zetten de solidariteit tussen generaties onder druk en daarmee de financiële houdbaarheid van de huidige verzekering, die op een omslagstelsel is gebaseerd (Piersma 2010b). Doordat met zorgsparen kapitaal wordt opgebouwd waarmee in latere jaren de ouderenzorg wordt gefinan-

cierd, wordt deze financiële bult naar voren worden getrokken en de solidariteit tussen generaties in balans gehouden.

Hieronder bespreken we enkele consequenties van vrijwillig zorgsparen, waarbij we een onderscheid maken tussen individueel en collectief zorgsparen. Hierbij gaan we ook in op de overeenkomsten en verschillen tussen (collectief) sparen en verzekeren (kapitaaldekking), de mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars, en de vormgeving van adequate risicoverevening. Ten slotte besteden we kort aandacht aan enkele alternatieven voor zorgsparen.

7.1 Individueel versus collectief zorgsparen

Een eerste gevolg van *individueel* zorgsparen is dat iedereen zijn eigen toekomstige zorgkosten betaalt. Omdat de toekomstige kosten van ouderenzorg afhankelijk zijn van diverse individuele risicokenmerken, bijvoorbeeld roken, overgewicht, alcoholgebruik, man/vrouw, wel/niet alleenstaand, wel/niet chronische aandoeningen, wel/geen beperkingen in dagelijkse activiteiten (ADL, IADL) en mobiliteit (zie De Meijer et al. 2009), moet bij individueel zorgsparen een hoogrisico persoon meer sparen dan een laagrisico persoon. Dit is een gevolg van het ontbreken van kruissubsidies van laagrisico naar hoogrisico personen (geen solidariteit). Iedereen spaart voor zichzelf. Bijvoorbeeld, rokers en mensen met overgewicht hebben een lage levensverwachting en daarmee lage verwachte kosten voor ouderenzorg. Mensen met een of meer chronische aandoeningen die niet levensverkortend zijn, hebben naar verwachting bovengemiddelde kosten voor ouderenzorg (bijvoorbeeld thuiszorg en verpleeghuiszorg) en moeten daarom meer dan gemiddeld zorgsparen. Tabel 2 illustreert het verschil in kans en gemiddelde kosten voor ouderenzorg voor mannen en vrouwen. Zoals blijkt uit Tabel 2 maakt slechts 20

procent van de mannen gedurende hun leven gebruik van intramurale ouderenzorg (verzorgings- en/of verpleeghuiszorg); voor vrouwen is dit percentage 64 procent. Bij vrouwen is de kans om een beroep te doen op extramurale ouderenzorg circa 100 procent, en bij mannen 69 procent. En binnen de groep mannen/vrouwen zijn weer diverse hoog- en laagrisico groepen te onderscheiden op basis van overige risicokenmerken.

Tabel 2: Kans op en hoogte van kosten ouderenzorg over de levensloop voor mannen en vrouwen (prijzen 2003)

	Man		Vrouw	
	Intramu- rale zorg	Extramu- rale zorg	Intramu- rale zorg	Extramu- rale zorg
Kans op kosten gedurende levensloop	20,1%	68,7%	64,3%	99,6%
Gemiddelde kosten over levensloop per persoon (m/v)	€7.100	€4.100	€27.000	€23.000
Gemiddelde kosten over levensloop per gebruiker (m/v)	€35.000	€6.000	€42.000	€23.000
Aandeel laatste 5 jaren in kosten gedurende levensloop	76,1%	70,1%	75,6%	66,2%

Bron: Wong et al. (2007), tabel 3

Binnen elk van die subgroepen is naar verwachting een aanzienlijke spreiding van de kosten van ouderenzorg over de gebruikers. Een tweede gevolg van individueel sparen is daarom dat als iedereen een bedrag spaart gelijk aan zijn *verwachte* zorgkosten, de meeste mensen teveel sparen en de kleine groep mensen die *langdurig* intensieve zorg nodig (blijken te) hebben, onvoldoende geld in zijn zorgspaarpot heeft.¹³ Dit komt omdat er naast de

¹³ Het probleem van onvoldoende spaargeld kan zich ook voordoen bij ouderen die in de invoeringsperiode te weinig jaren hebben kunnen sparen en bij immigranten die onvoldoende tijd hebben gehad om hun zorgspaarpot voldoende te vullen.

voorspelbare verschillen in gemiddelde zorgkosten per risicogroep ook een flinke toevalsvariatie bestaat in de individuele zorgkosten rond de gemiddelde zorgkosten binnen een risicogroep. De meeste mensen hebben in werkelijkheid minder kosten dan voorspeld op basis van hun risicokenmerken, terwijl een kleine groep mensen veel hogere kosten heeft dan voorspeld. Vanwege de aanzienlijke individuele variatie in de kosten van ouderenzorg, is individueel zorgsparen dus zeer inefficiënt.

Het feit dat sommigen te veel en anderen te weinig sparen kan worden tegengegaan door niet *individueel* maar *collectief* te sparen. Binnen een homogene groep mensen met dezelfde risicokenmerken spaart iedereen dan eenzelfde bedrag gelijk aan de verwachte toekomstige zorgkosten per persoon¹⁴ en achteraf blijkt wie bij toeval wel/ geen (hoge) kosten heeft. De een blijkt geen ouderenzorg nodig te hebben en een ander glijdt uit over een bananenschil en heeft langdurig ouderenzorg nodig. Ceteris paribus houdt achteraf niemand geld over en komt niemand geld te kort. Collectief zorgsparen heeft ten opzichte van individueel zorgsparen de volgende voordelen:

1. de pechvogels die door toeval ('bananenschil') langdurig kostbare zorg nodig hebben, hebben toegang tot zorg die bij individueel sparen voor hen onbetaalbaar zou zijn geweest;
2. omdat er niet teveel wordt gespaard, blijft er geld over dat besteed kan worden aan andere zaken;
3. als gevolg van de onzekerheidsreductie ontstaat welvaartswinst voor risico-averse mensen.

14 In een heterogene groep mensen is het spaarbedrag afhankelijk van iemands' individuele risicokenmerken.

Het eerstgenoemde gevolg van individueel sparen (geen solidariteit) wordt echter niet tegengegaan door collectief sparen. Het is onwaarschijnlijk dat mensen met een laag risico vrijwillig een (hoge) subsidie willen geven aan mensen met een hoog risico. Indien en voor zover solidariteit maatschappelijk gewenst is, moeten kruissubsidies worden georganiseerd, bijvoorbeeld van de laagrisico personen naar de hoogrisico personen. Er zijn veel manieren waarop subsidies kunnen worden vormgegeven en gefinancierd, maar een gemeenschappelijk element is dat de bijdragen aan het subsidiefonds moeten worden afgedwongen (bijvoorbeeld door de overheid of door werkgevers).¹⁵

Naast voordelen heeft *collectief* zorgsparen ten opzichte van *individueel* zorgsparen ook nadelen. Een eerste nadeel betreft de *administratie- en transactiekosten*. Iemand (bijvoorbeeld een verzekeraar, een bank, een werkgever(scollectief), een vakbond of een coöperatie van zelfstandigen) moet het zorgspaarplan organiseren en administreren, er moeten voorwaarden worden geformuleerd wanneer iemand voor uitkering uit de spaarpot in aanmerking komt, bij een aanvraag van een uitkering uit de zorgspaarpot moet worden gecontroleerd of aan die voorwaarden is voldaan, er is toezicht nodig op de beheerder van de zorgspaarpot, etc.

15 Motieven voor het verlenen van subsidies en het opleggen van verplichte bijdragen aan het subsidiefonds zijn: het bestaan van positieve externe effecten (altruïstische preferenties, solidariteit), het tegengaan van negatieve externe effecten (bijvoorbeeld besmettelijke ziekten), en het tegengaan van marktfalen (er bestaat geen markt voor verzekeringen tegen het risico dat je in de toekomst een hoogrisico persoon wordt). Indien zorgsparen, mede dankzij subsidies, voor iedereen financieel mogelijk is, kan zorgsparen verplicht worden gesteld (voor bepaalde groepen) op grond van de volgende motieven: het tegengaan van free-rider gedrag (bewust niet zorgsparen en misbruik maken van de altruïstische preferenties van anderen) en bijziendheid (mensen zien het belang van zorgsparen niet in): zie bijvoorbeeld Paolucci (2007).

Een tweede nadeel van *collectief* zorgsparen ten opzichte van *individueel* zorgsparen is *moral hazard*. Dit zou kunnen worden tegengaan door uitkeringen in geld wanneer zich een objectief vast te stellen gebeurtenis voordoet (bijvoorbeeld een heup breken), maar dan is er onzekerheid of het uitgekeerde bedrag voldoende is (bijvoorbeeld in geval van complicaties).

Een derde nadeel van *collectief* zorgsparen ten opzichte van *individueel* zorgsparen is dat strikt gereguleerd moet worden *welk pakket van aanspraken* men heeft. Maar is het, gezien de medisch-technologische ontwikkelingen wel mogelijk om de precieze 'voorwaarden' vijftig jaar van tevoren te formuleren? En hoe kan met een uniform pakket van aanspraken worden ingespeeld op de individuele preferenties van ouderen? En kennen jongeren, op het moment dat zij zich aanmelden voor collectief zorgsparen, de preferenties die zij op hoge leeftijd zullen hebben?

Een vierde nadeel is het *niet kunnen switchen van collectief*. Mensen die na verloop van tijd ontevreden zijn over het collectief, kunnen niet weg. Zij zijn als het ware getrouwd met hun collectief.¹⁶ Immers, mensen die van collectief willen veranderen, willen natuurlijk ook hun opgebouwde kapitaalreserves meenemen. Dit vereist dat deze kapitaalreserves nauwkeurig moeten kunnen worden bepaald, omdat anders sterke prikkels ontstaan voor risicoselectie. Gelet op het feit dat het onzeker is of het mogelijk is om op jaarbasis vooraf een goede inschatting van de financiële risico's te maken (zie paragraaf 5.2) lijkt het bepalen

16 Wanneer concurrentie bij een kapitaaldeckingsverzekering (of collectief zorgsparen bij een zorgverzekeraar) niet mogelijk of verantwoord is, is de vraag of het wenselijk is om de zorginkoop voor ouderenzorg aan verzekeraars over te laten. Omdat mensen voor de zorgverzekering wel kunnen switchen, bestaat het risico dat van de beoogde synergie-effecten van een gezamenlijke uitvoering van Zvw en de kapitaalverzekering voor ouderenzorg niets terecht komt.

van adequate, risicorelateerde kapitaalreserves over de gehele levensloop zeer problematisch.

Collectief sparen vertoont grote gelijkens met *verzekeren*: het poolen van risico's op basis van de Wet van de Grote Aantallen. Een verschil is dat bij collectief sparen het eigendomsrecht van het opgebouwde kapitaal bij het collectief ligt, terwijl bij een verzekering met kapitaaldekking het opgebouwde kapitaal als een voorziening op de balans van de verzekeraar staat. Hiermee samenhangend is een verschil dat bij collectief sparen het financiële risico van een overschot of tekort bij de spaarders ligt (enerzijds geldt 'op is op' en anderzijds is het overschot gezamenlijk bezit van de spaarders of hun erfgenamen), terwijl bij verzekeren dit financiële risico bij de verzekeraar ligt. Bovengenoemde voor- en nadelen van collectief sparen ten opzichte van *individueel* sparen gelden ook voor verzekeringen op basis van kapitaaldekking.

Voor een oordeel over de wenselijkheid van (individueel of collectief) zorgsparen of een verzekering op basis van kapitaaldekking is het goed om enerzijds te kijken naar de verschillende motieven hiervoor en over welke AWBZ-kosten het gaat ('voor welk probleem is het een oplossing?'), en anderzijds te bezien welke alternatieve oplossingen mogelijk zijn.

7.2 Meer private financiering en minder moral hazard

Wanneer het doel van zorgsparen is de collectieve zorguitgaven te beperken en (deels) te vervangen door private zorguitgaven, kan dit ook gerealiseerd worden door het kritisch doorlichten en beperken van het AWBZ-pakket en/of het verhogen van de eigen betalingen voor AWBZ-zorg. Bijvoorbeeld door het invoeren van een eigen risico per jaar (naast de bestaande eigen bijdragen). In het eerste geval (pakketbeperking) bestaat er in het geheel geen

aanspraak krachtens de AWBZ; in het tweede geval (eigen risico) moeten mensen eerst een bepaald bedrag per jaar zelf betalen voordat de kosten vanuit de AWBZ worden betaald. In het rapport van Actiz (2010) worden de volgende suggesties gedaan voor AWBZ-aanspraken die in aanmerking zouden kunnen komen voor private financiering: 'normale kosten van levensonderhoud', de rollator, persoonlijke verzorging, de huisvestingskosten ('scheiden van wonen en zorg'), en de AWBZ-zorgzwaartepakketten 1 en 2 (gemiddeld 3 – 5 uur respectievelijk 5,5 – 7,5 uur per week hulp en zorg bij het wonen).

Een combinatie van een eigen risico en individueel zorgsparen zou kunnen inhouden dat iemand die aan een gecertificeerd zorgspaarplan deelneemt en uit de zorgspaarpot het eigen risico betaalt, de garantie krijgt dat hij levenslang nooit meer aan eigen risico hoeft te betalen dan een bepaald spaarbedrag (voor een vergelijkbaar idee, zie Actiz, 2010, p.30). Bij een dergelijke vorm van individueel zorgsparen wegen de bovengenoemde nadelen van zorgsparen minder zwaar dan bij het vervangen van de gehele AWBZ door zorgsparen.

7.3 Kapitaalopbouw ten behoeve van solidariteit tussen generaties

Wanneer het doel van zorgsparen is om kapitaal op te bouwen om de solidariteit tussen generaties niet te veel onder druk te zetten, bestaan de volgende alternatieve oplossingen. Een eerste alternatief is om voor de huidige oudere generatie een leeftijdsafhankelijk opslag op de AWBZ-premie in te voeren (en voor jongeren een korting). Op deze manier kan van elke generatie elke gewenste financiële bijdrage worden gevraagd. Hiermee wordt ook voorkomen dat de huidige jongere generatie met extra kosten wordt geconfronteerd als de toekomstige kosten voor ouderenzorg geheel naar voren worden gehaald. Zij zouden dan immers

dubbel betalen: niet alleen voor hun eigen toekomstige zorgkosten, maar ook voor de kosten voor de naoorlogse babyboomgeneratie, voor zover die onvoldoende kapitaal kan opbouwen om de eigen kosten te financieren.

Een tweede alternatief is om bovenop de (bij een omslagstelsel) kostendekkende AWBZ-premie tijdelijk een (leeftijdsafhankelijke) spaaropslag te vragen ten behoeve van een collectieve spaarpot, die te zijner tijd wordt aangewend om een deel van de AWBZ-kosten van de babyboomgeneratie te financieren.

7.4 Conclusie

Aan zorgsparen, zowel individueel als collectief, en verzekeringen met kapitaaldekking als alternatief voor de AWBZ kleven diverse nadelen. Bij zorgsparen is geen sprake van solidariteit. Iedereen spaart voor zijn eigen verwachte zorgkosten. Bij individueel zorgsparen zullen de meeste mensen te veel sparen en de kleine groep mensen die *langdurig* intensieve zorg nodig (blijken te) hebben, heeft onvoldoende geld in zijn zorgsparpot. Dit kan worden voorkomen door collectief sparen of een verzekering met kapitaaldekking. Nadelen hiervan zijn de administratie- en transactiekosten, moral hazard, een strikte afbakening van het zorgpakket waar men voor spaart (of zich voor verzekert) ver voordat duidelijk is aan welke zorg men later behoefte heeft, en het 'getrouwd' zijn met het spaarcollectief (of de verzekeraar). Mensen die na verloop van tijd ontevreden zijn over het collectief (of de verzekeraar), kunnen niet weg om een ander collectief (of verzekeraar) te kiezen. Wel zou zorgsparen een zinvol instrument kunnen zijn in combinatie met een beperking van het AWBZ-pakket of een eigen risico in de AWBZ (bovenop de huidige eigen bijdragen). Dan wegen de bovengenoemde nadelen van zorgspa-

ren minder zwaar dan bij het vervangen van de gehele AWBZ door zorgsparen.

Om te voorkomen dat de solidariteit tussen generaties te veel onder druk komt te staan, kan – als alternatief voor zorgsparen – gedacht worden aan een leeftijdsafhankelijke opslag op de AWBZ-premie voor de huidige oudere generatie en/of een tijdelijke (leeftijdsafhankelijke) spaaropslag bovenop de (bij een omslagstelsel) kostendekkende AWBZ-premie ten behoeve van een collectieve spaarpot.

8. Conclusie en discussie

Al ruim tien jaar heerst er onvrede over het functioneren van de AWBZ en wordt er gediscussieerd over mogelijke oplossingen. Een van de problemen heeft betrekking op de regionale zorgkantoren die de AWBZ namens de zorgverzekeraars uitvoeren. Verder bestaat, mede gelet op de vergrijzing van de bevolking, twijfel over de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn.

De zorgkantoren lopen bij de uitvoering van de AWBZ geen enkel financieel risico en ondervinden daarom weinig externe prikkels om de premie laag te houden. Omdat zij een regionaal monopolie hebben, ondervinden de zorgkantoren ook geen prikkel om hun best te doen voor de verzekerden in hun regio. Vanaf 2001 is door verschillende kabinetten het voornemen kenbaar gemaakt om de zorgkantoren op te heffen en in plaats daarvan de AWBZ te laten uitvoeren door concurrerende zorgverzekeraars. Het meest recente kabinetsvoorstel gaat uit van een opheffing van zorgkantoren per 2012. Verzekerden zijn dan niet langer aangewezen op het ene zorgkantoor in de regio, maar hebben keuzevrijheid. Hierdoor zouden de wensen en behoeften van cliënten meer centraal komen te staan. Ook zou de afstemming van curatieve en langdurige zorg verbeteren en zou er voor cliënten één loket voor alle verzekerde zorg ontstaan.

Uitvoering AWBZ door concurrerende verzekeraars?

Op grond van onze analyse kan worden geconcludeerd dat het voorstel om per 2012 de zorgkantoren op te heffen en de AWBZ te laten uitvoeren door concurrerende zorgverzekeraars niet verstandig is. Vanwege imperfecties in de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn AWBZ-zorggebruikers voor zorgverzekeraars naar verwachting fors verliesgevend voor de Zvw en

daarmee onaantrekkelijke klanten. Een zorgverzekeraar heeft nu dus geen enkel financieel belang om de reputatie te verwerven dat hij de beste AWBZ-zorg heeft ingekocht. Integendeel. Het argument dat uitvoering van de AWBZ door de concurrerende zorgverzekeraars de AWBZ vanwege het 'stemmen met de voeten' klantgericht maakt, is dus niet valide. In elk geval zolang de risicovereeniging in de Zvw nog niet op orde is.

Daarnaast valt sterk te betwijfelen of voldoende gebruikers van langdurige AWBZ-zorg (of hun vertegenwoordigers) bereid en in staat zijn om verzekeraars, ook bij perfecte risicovereeniging in de Zvw en in de AWBZ, effectief onder druk te zetten om goede en doelmatige zorg in te kopen.

Ten slotte is het, zeker op korte termijn, niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt voor de uitvoering van de AWBZ. Alvorens te besluiten de inkoop van (delen van de) ouderenzorg over te laten aan concurrerende zorgverzekeraars zou nader onderzocht moeten worden in hoeverre het mogelijk is om zorgverzekeraars op termijn risicodragend te maken voor ouderenzorg (in het bijzonder extramurale zorg) zonder dat dit ten koste gaat van een gelijk speelveld of sterke prikkels tot risicoselectie genereert.

In plaats van de uitvoering van de gehele AWBZ over te laten aan concurrerende zorgverzekeraars, valt te overwegen om – conform het advies van de SER (2008) – de relatief kortdurende, op herstel gerichte zorg van de AWBZ naar de Zvw over te hevelen. Voor deze vormen van zorg is de meerwaarde van een integrale uitvoering door zorgverzekeraars het grootst. Ook spelen bovengenoemde bezwaren hier het minst.

De AWBZ is momenteel gebaseerd op het omslagstelsel. Dat wil zeggen: de AWBZ-zorg in jaar t wordt in beginsel volledig gefi-

nancierd met de premies van jaar t . De toename van het aantal ouderen en de afname van het aantal jongeren in de komende jaren betekent een toenemend beroep op de solidariteit van de jongeren met de ouderen. De vraag is of dit haalbaar en wenselijk is. Om te voorkomen dat over enkele decennia een te groot beroep op de solidariteit van de jongere generatie wordt gedaan, is van verschillende kanten voorgesteld om via zorgsparen (of via verzekeren met kapitaaldekking) kapitaal op te bouwen waarmee in latere jaren de ouderenzorg wordt gefinancierd.

Aan zorgsparen als alternatief voor de AWBZ kleven echter belangrijke nadelen. Zo is geen sprake van solidariteit. Iedereen spaart voor zijn eigen verwachte zorgkosten. De meeste mensen zullen te veel sparen en de kleine groep mensen die *langdurig* intensieve zorg nodig (blijken te) hebben, heeft onvoldoende geld in zijn zorgspaarpot. Dit kan worden voorkomen door collectief zorgsparen of een verzekering met kapitaaldekking. Nadelen hiervan zijn de administratie- en transactiekosten, moral hazard, een strikte afbakening van het zorgpakket waar men voor spaart (of zich voor verzekert) ver voordat duidelijk is aan welke zorg men later behoefte heeft, en het 'getrouwd' zijn met het spaarcollectief (of de verzekeraar). Mensen die na verloop van tijd ontevreden zijn over het collectief (of de verzekeraar), kunnen niet weg om een ander collectief (of verzekeraar) te kiezen.

Niettemin kan zorgsparen een zinvol instrument zijn in combinatie een beperking van het AWBZ-pakket of een eigen risico in de AWBZ (bovenop de huidige eigen bijdragen). Een combinatie van een eigen risico en zorgsparen zou kunnen inhouden dat iemand die aan een gecertificeerd zorgspaarplan deelneemt en uit de zorgspaarpot het eigen risico betaalt, de garantie krijgt dat hij levenslang nooit meer aan eigen risico hoeft te betalen dan een bepaald spaarbedrag (Actiz, 2010, p.30). Dan wegen de

bovengenoemde nadelen van zorgsparen minder zwaar dan bij het vervangen van de gehele AWBZ door zorgsparen.

Als alternatief voor zorgsparen kan een te sterk beroep op de solidariteit van jongere generaties ook worden voorkomen door het invoeren van een leeftijdsafhankelijke opslag op de AWBZ-premie voor de huidige oudere generatie en/of een tijdelijke (leeftijdsafhankelijke) spaaropslag bovenop de kostendeckende AWBZ-premie ten behoeve van een collectieve spaarpot.

Mogelijke alternatieven

De grote vraag die dan resteert is hoe en door wie het resterende deel van de AWBZ zou moeten uitgevoerd. Gemeenten hebben zichzelf opgeworpen als meest geschikte kandidaat vanwege de samenhang met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) waarvoor zij verantwoordelijk zijn (Piersma 2010a). Ook in het rapport van de Werkgroep Langdurige zorg (2010) is dit als mogelijke variant geopperd. Maar het is de vraag of veel gemeenten voor grote delen van de AWBZ – zoals de gehandicaptenzorg – wel voldoende schaal hebben. Bovendien kan de uitvoering door gemeenten leiden tot een grotere variatie in de toegang tot voorzieningen, omdat deze dan mede afhankelijk wordt van de rijkdom en prioriteitstelling van een gemeente. Ook is de vraag of het stemmen via het stemhokje (in plaats van met de voeten) gemeenten voldoende stimuleert om te investeren in een kwalitatief goede langdurige zorg. Evenals bij zorgverzekeraars zou kritisch moeten worden geanalyseerd voor welke vormen van de AWBZ-zorg uitvoering door gemeenten naar verwachting veel meerwaarde oplevert.

Voor de uitvoering van de dan nog resterende AWBZ-zorg is waarschijnlijk geen ideale oplossing. Zolang het ontbreekt aan een geloofwaardig beter alternatief, zou dit resterende deel

van de AWBZ wellicht het best kunnen worden uitgevoerd door regionale zorgkantoren die volledig losgekoppeld worden van de private zorgverzekeraars. Dan is in elk geval het nadeel van de huidige uitvoeringsstructuur weggenomen: dat zorgverzekeraars via de aan hen gelieerde zorgkantoren voor de andere zorgverzekeraars (en hun verzekerden) de AWBZ uitvoeren, maar elkaars concurrenten zijn op de zorginkoopmarkt voor Zvw zorg. Deze verzelfstandigde regionale zorgkantoren zouden – op basis van het aantal en de trend van de indicaties in hun regio – een inkoopbudget kunnen krijgen. De omvang en indeling van regio's zou kunnen worden afgestemd op de schaal en samenhang van het zorgaanbod. Doordat de zelfstandige regiokantoren een vaste populatie bedienen, speelt het probleem van risicoselectie geen rol, terwijl zij in tegenstelling tot de huidige zorgkantoren wel een zeker financieel risico lopen. Om de regionale uitvoerders rekening te laten houden met de wensen en voorkeuren van de zorggebruikers, zou een effectieve invloed van cliënten op het beleid moeten worden georganiseerd. Daarnaast zouden cliënten ook de gelegenheid moeten krijgen om met behulp van een voucher zelf zorg te regelen voor vormen van zorg waarvoor de waarde van voucher eenduidig te bepalen is. De NZa zou scherp toezicht moeten houden op de manier waarop de uitvoeringstaken door de regionale uitvoerders worden vervuld. Hierbij zou bijvoorbeeld geprofiteerd kunnen worden van ervaringen met het toezicht op netbeheerders in de netwerksectoren.

Referenties

- Actiz (2010), *Naar autonomie verbondenheid en een gezond leven*, Rapport van de Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg, Actiz, Utrecht.
- Berliner (1982), *Limits of insurability of risks*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, ISBN 0-13-536789-1.
- Boonen, L.H.M.M., T. Laske-Aldershof en F.T. Schut (2009), *Het effect van CQ-informatie op de keuze voor een zorgverzekeraar*, iBMG onderzoeksrapport 2009.04, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- CVZ (2005), *Zorg en participatie gegarandeerd: een uitwerking van het rapport toekomst AWBZ*, College voor zorgverzekeringen, Diemen.
- CVZ (2010), *Lasten Zvw 2006-2009*, www.cvz.nl/zorgcijfers/zvw-lasten+2006-2009/zvw-lasten+2006-2009.html
- IBO-werkgroep AWBZ (2006), *Toekomst AWBZ*, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr.4, Den Haag.
- Meijer, C.A.M. de, M.A. Koopmanschap, X.H.E. Koolman en E.K.A. van Doorslaer (2009), *The role of disability in explaining long-term care utilization*, *Medical Care* 47 (11), 1156-1163.
- Ministerie van VWS (2009), *Openheid over de besteding van AWBZ-middelen*, Brief aan de Tweede Kamer, Den Haag, 4 maart.
- NZa (2007), *Care voor de toekomst. Uitvoeringstoets overheveling zorgkantoor-taken: Voorstellen voor de korte en de lange termijn*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa (2009), *Voortgangsrapportage invoering ZZP's. Rapportage over de periode 1 januari 2009 - 30 juni 2009*, Utrecht.
- Paolucci, F., *The design of basic and supplementary health care financing schemes: implications for efficiency and affordability*, PhD Dissertation, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2007.
- Piersma, J. (2010a), *Strijd over toekomst AWBZ*, *Het Financieele Dagblad*, 15 maart.
- Piersma, J. (2010b), *Verzekeraars pleiten voor radicale ingreep in financiering AWBZ*, *Het Financieele Dagblad*, 31 maart.
- RVZ (2008), *Beter af zonder AWBZ?*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- SER (2008), *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, Advies 08-03, Sociaal-Economische Raad, Den Haag, 18 april.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) *Evaluatie risicoverevening: prikkel tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel-2007 en oplossings-richtingen voor verbetering*, Onderzoek in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Woittiez, I., E. Eggink, J.-J. Jonker en K. Sadiraj (2009), *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*, SCP, Den Haag.

- Tweede Kamer (2001), vergaderjaar 2000–2001, 27855, nr.2.
- Tweede Kamer (2006), vergaderjaar 2005–2006, 30597, nr. 1.
- Tweede Kamer (2008), vergaderjaar 2007–2008, 30597, nr. 15.
- Tweede Kamer (2009a), vergaderjaar 2008–2009, 30597, nr. 73.
- Tweede Kamer (2009b), vergaderjaar 2009–2010, 30597, nr. 109.
- Tweede Kamer (2010a), vergaderjaar 2009–2010, 30597, nr. 134.
- Tweede Kamer (2010b), vergaderjaar 2009–2010, 30597, nr. 138.
- Vektis (2009a) Zorgverzekeraars en –financiering. Jaarcijfers 2009, Zeist (www.vektis.nl).
- Vektis (2009b) *De AWBZ in Nederland*, Zorgthermometer winter 2009, Zeist (www.vektis.nl).
- Vektis (2010), *Verzekerden in beweging*, Zorgthermometer 2010, Zeist (www.vektis.nl).
- Ven, W.P.M.M. van de (2005) *Second opinion risicoverevening AWBZ*. Onderzoek in opdracht van de IBO–werkgroep organisatie romp AWBZ, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (1994) Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? *Social Science and Medicine* 39 (10), 1459–1472.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen, R.D. Friele (2009), *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*, Programma evaluatie wetgeving: deel 27 (www.zonmw.nl/nl/publicaties), ZonMw, Den Haag.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, 2010a, Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPEdigitaal* 2010 jaargang 4(1) p. 1–24. (www.tpedigitaal.nl)
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, 2010b, Schaf de zorgtoeslag geheel af en verlaag nominale verzekeringspremie tot nul, *het financieele Dagblad*, 6 april 2010.
- Werkgroep Langdurige zorg (2010), Langdurige zorg, in: Inspectie der Rijksfinanciën, *Rapport brede heroverwegingen*, nr. 12, Den Haag, april.
- Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder (2007), *Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*, RIVM, Bilthoven.
- Zorgverzekeraars Nederland (2009), brochure “De AWBZ in 2012; Op weg naar de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden”, een uitgave van Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, pagina 5. (www.zn.nl)
- Zorgvisie (2010), *Overheveling ggz pakt ruim 1 miljard duurder uit*, www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/Overheveling-ggz-pakt-ruim-1-miljard-duurder-uit.htm, 26 februari.

OVERZICHT UITGAVEN IN DE NEA PAPER SERIE

- 1 Een 10 voor governance (2007)
Lans Bovenberg en René Maatman
- 2 Blinde vlekken van de denkers en doeners in de pensioensector (2007)
Kees Koedijk, Alfred Slager en Harry van Dalen
- 3 Efficiëntie en continuïteit in pensioenen: het FTK nader bezien (2007)
Casper van Ewijk en Coen Teulings
- 4 Jongeren met pensioen: Intergenerationele solidariteit anno 21e eeuw (2007)
Mei Li Vos en Martin Pikaart
- 5 Marktwerking in de pensioensector? (2007)
Jan Boone en Eric van Damme
- 6 Modernisering van het uitvoeringsmodel voor pensioenregelingen en marktwerking (2007)
Arnoud Boot
- 7 Differentiatie naar jong en oud in collectieve pensioenen: een verkenning (2008)
Roderick Molenaar en Eduard Ponds
- 8 Maatwerk in Nederlandse pensioenproducten (2008)
Theo Nijman en Alwin Oerlemans
- 9 Je huis of je leven? Eigen betalingen voor woon- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen en optimalisatie van de pensioenportfolio (2008)
Lou Spoor
- 10 Individuele pensioenoplossingen: doel, vormgeving en een illustratie (2008)
Zvi Bodie, Henriëtte Prast en Jan Snippe
- 11 Hoe kunnen we onze risico's efficiënt delen? Principes voor optimale sociale zekerheid en pensioenvoorziening (2008)
Coen Teulings
- 12 Fiduciair management: panacee voor pensioenfondsen? (2008)
Jan Bertus Molenkamp
- 13 Naar een solide en solidair stelsel (2008)
Peter Gortzak
- 14 Het Nederlandse pensioenstelsel: weerbaar en wendbaar (2008)
Gerard Verheij
- 15 Het managen van lange- en korte termijn risico's (2009)
Guus Boender, Sacha van Hoogdalem, Jitske van Londen
- 16 Naar een reëel kader voor pensioenfondsen (2009)
Casper van Ewijk, Pascal Janssen, Niels Kortleve, Ed Westerhout), met medewerking van Arie ten Cate
- 17 Kredietcrisis en Pensioenen: Modellen (2009)
Guus Boender
- 18 Kredietcrisis en pensioenen: structurele lessen en korte termijn beleid (2009)
Lans Bovenberg en Theo Nijman
- 19 Naar een flexibele pensioenregeling voor ZZP'ers (2009)
Frank de Jong
- 20 Ringfencing van pensioenvermogens (2009)
René Maatman en Sander Steneker

- 21 Inflation Risk and the Inflation Risk Premium (2009)
Geert Bekaert
- 22 TIPS for Holland (2009)
Zvi Bodie
- 23 Langer doorwerken en flexibel pensioen (2009)
Jolande Sap, Joop Schippers en Jan Nijssen
- 24 Zelfstandigen zonder pensioen (2009) Fieke van der Lecq en Alwin Oerlemans
- 25 "De API is een no-brainer" (2009)
Jacqueline Lommen
- 26 De pensioenagenda 2009–2010 (2009)
Benne van Popta
- 27 Consumenten aan het roer. Strategische toekomstvisies voor de Nederlandse pensioensector (2010)
Niels Kortleve en Alfred Slager
- 28 Het pensioen van de zzp'er fiscaal-juridisch bezien: wie is er aan zet? (2010)
Gerry J.B. Dietvorst
- 29 Normen voor de pensioen-aansprakenstatistiek (2010)
Elisabeth Eenkhoorn en Gerrit Zijlmans
- 30 Over de wenselijkheid van de uitgifte van geïndexeerde schuld door de Nederlandse overheid (2010)
Casper van Ewijk en Roel Beetsma
- 31 Van arbeidsverhouding naar verhouding tot de arbeid? De doorgroei van de zzp'er (2010)
Ad Nagelkerke, Willem Plessen en Ton Wilthagen
- 32 Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ? (2010)
Erik Schut en Wynand van de Ven

Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ?

Er ligt een concept-besluit om de AWBZ per 2012 niet langer te laten uitvoeren door de regionale zorgkantoren, maar door de concurrerende zorgverzekeraars. Deze maatregel moet de zorgverlening doelmatiger maken en beter afstemmen op de wensen en behoeften van de cliënt. Ook zou dit voorstel bijdragen aan de financiële houdbaarheid van de AWBZ op lange termijn. In dit paper beargumenteren Erik Schut en Wynand van de Ven (beiden EUR) dat dit voorstel niet verstandig is.