

3 Probleemschets AWBZ

Dit hoofdstuk bevat een weergave van knelpunten in de huidige AWBZ en van toekomstige ontwikkelingen die voor de langdurige zorg van belang zijn. Op basis hiervan formuleert de raad in hoofdstuk 4 een beleidsopgave voor de toekomstige organisatie en financiering van de langdurige zorg. Bijlage 5 (A t/m E) bevat een beschrijving van de kwantitatieve ontwikkeling van de zorgvraag en de zorguitgaven in het verleden en van de verwachte toekomstige ontwikkeling.

3.1 Knelpunten huidige AWBZ

De knelpunten in de AWBZ zijn uiteenlopend: zorginhoudelijke knelpunten, knelpunten in verband met de beheersbaarheid van de zorgkosten en knelpunten in verband met het financiële draagvlak voor de AWBZ.

3.1.1 *Zorginhoudelijke knelpunten (cliëntperspectief)*

Kwaliteit van de zorg

Allereerst is de *kwaliteit van de zorg* niet overal en in alle sectoren optimaal¹. Dat geldt met name voor de verpleeghuiszorg². Over de kwaliteit van verzorgingshuizen is geen recent rapport beschikbaar³. De zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapten schiet volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op onderdelen tekort⁴. De benchmark voor de gehandicaptenzorg laat echter een genuanceerd beeld zien⁵.

Onvoldoende kwaliteit van de zorg heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven van mensen. In dit verband is niet alleen het kwaliteitsniveau aan de orde dat van overheidswege is aangegeven en dat de IGZ dient te handhaven: sommige instellingen leveren uitste-

- 1 Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) geeft de volgende omschrijving van kwaliteit: "Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person – and having the best possible results". Aan deze definitie kunnen vier kernaspecten van kwaliteit worden ontleend, namelijk: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Deze aspecten worden in veel internationale literatuur als de kernaspecten van kwaliteit benoemd. RIVM (2006) *Zorgbalans*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 2 Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is sinds 2004 een voorzichtige trend zichtbaar dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verbetert – mede door grote verbeteringen die door het veld (instellingen en koepelorganisaties) zijn ingezet. Zo is het risico op onverantwoorde verpleeghuiszorg kleiner geworden en voldoen instellingen op organisatieniveau beter aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Ook wordt steeds meer gebruik gemaakt van protocollen, maar is verbetering op dit punt nog wel noodzakelijk. Vanaf 2008 maken instellingen zelf deze uitkomsten openbaar in hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. IGZ (2006) *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande: Resultaat van geïntensiveerd toezicht 2005-2006*, Den Haag, Inspectie Gezondheidszorg.
- 3 Op grond van een onderzoek onder verplegenden constateert de IBO-werkgroep dat het kwaliteitsprobleem in deze sector minder ernstig lijkt. IBO (2006), p.43.
- 4 IGZ (2005) *Complexe gedragsproblematiek bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*, Den Haag, Inspectie Gezondheidszorg.
- 5 PriceWaterhouseCoopers (2007) *Weten voor Beter: Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg*, Den Haag.

kende zorg, terwijl andere instellingen die in beginsel over dezelfde middelen beschikken en onder dezelfde wet- en regelgeving moeten functioneren, daarin tekortschieten.

Samenhang in de zorg: cure, care en deelname aan de samenleving

In de tweede plaats is er sprake van een gebrek aan zorginhoudelijke en logistieke *samenhang* in de zorg, hetgeen ten koste gaat van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg⁶. Burgers die aangewezen zijn op AWBZ-zorg, maken immers veelal ook gebruik van andere regelingen waarbij andere uitvoerders zijn betrokken. Zo is AWBZ-zorg vaak gelijktijdig of volgtijdelijk nodig met curatieve zorg die onder de Zvw valt. Daarnaast kunnen woningaanpassingen, mobiliteitsvoorzieningen en ondersteuning bij maatschappelijke participatie nodig zijn die de gemeenten op grond van de Wmo moeten leveren.

Voor vroeggehandicapten is daarnaast in de eerste levensfase vaak sprake van een samenhang met de jeugdzorg (Wjz) of met onderwijsvoorzieningen voor gehandicapte leerlingen. Op latere leeftijd is er een samenhang met reïntegratievoorzieningen en werkplekaanpassing voor mensen die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn (via het UWV), met sociale werkvoorziening (WSW) of met een andere vorm van dagbesteding.

Voor verschillende klantgroepen en verschillende AWBZ-functies zijn dus uiteenlopende samenhangen of ‘zorgketens’ van belang⁷.

Cliënten hebben te maken met uiteenlopende regelingen en dus met verschillende instanties met elk hun eigen indicatieprocedures⁸ en beleidsregels en gescheiden financiering. Niet altijd is duidelijk waar men aanspraak op heeft en op grond van welke regeling en bij welke instantie of loket men terecht kan om deze zorg en ondersteuning te verkrijgen⁹. Ook is er vaak sprake van systeemovergangen of ‘knippen’ in de uitvoering en veranderingen van regeling en uitvoerder. Cliënten kunnen worden geconfronteerd met de situatie dat verantwoordelijkheden voor ondersteuning bij participatie worden afgeschoven. Ook kunnen ze te maken krijgen met het wijzigen of opheffen van bepaalde regelingen zonder dat elders een adequaat vangnet wordt geboden.

-
- 6 Zie ook: Finkenflügel [et al.] (2006) *Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang*, iBMG/Erasmus Medisch Centrum.
- 7 Zie onder meer: CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, Diemen; CVZ (2005) *Voorliggende voorzieningen: Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen. In het laatstgenoemde rapport adviseert het College van Zorgverzekeringen (CVZ) over manieren waarop tot een betere afbakening kan worden gekomen.
- 8 Er zijn over de verschillende domeinen heen verschillende indicatieprocedures om in aanmerking te komen voor uiteenlopende voorzieningen. Het naast elkaar bestaan van deze indicatieprocedures is niet bevorderlijk voor het verlenen van integrale zorg aan cliënten die voor uiteenlopende voorzieningen in aanmerking komen. Dit creëert onzekerheid en leidt tot onnodige bureaucratische rompslomp voor cliënten. SCP (2007) *Samenloop van regelingen: Een onderzoek naar de samenloop van een aantal regelingen in zorg en sociale zekerheid*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 11.
- 9 De ‘missie en functie’ van de AWBZ ten opzichte van de Wmo alsook ten opzichte van andere regelingen (Jeugdzorg, onderwijs, arbeidsmarkt) zijn dan voor de cliënt onduidelijk. Zie: RVZ (2005), *Mensen met een beperking in Nederland*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, p. 23.

De verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang (casemanagement) is niet goed geregeld; initiatieven voor ketenzorg zijn te veel afhankelijk van ‘het enthousiasme van een enkeling’¹⁰. Daarnaast kan regelgeving die samenhang in de weg staan.

Keuze- en regiemogelijkheden voor de cliënt

In de derde plaats staat in het huidige stelsel de cliënt nog onvoldoende centraal. Met name de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) benadrukt dat cliënten thans onvoldoende zelf sturing kunnen geven aan hun zorgvraag en daarmee onvoldoende regie over hun eigen leven kunnen voeren. Dat is op dit moment vooral mogelijk via een keuze voor een pgb. Ook de beperkte diversiteit van en flexibiliteit in het zorgaanbod spelen daarbij een rol. Dit is vooral een gevolg van de huidige aanbodgeoriënteerde uitvoeringsstructuur. Ook de korte contracteringscyclus door zorgkantoren speelt hierbij een rol.

3.1.2 *Knelpunten beheersing van de AWBZ (bestuurlijk perspectief)*

Omschrijving en afbakening AWBZ-aanspraken

Een eerste knelpunt in verband met de beheersbaarheid van de zorgkosten is de ruime omschrijving van de AWBZ-aanspraken en – in samenhang daarmee – de onduidelijke afbakening met andere maatschappelijke sectoren en stelsels op grond waarvan ondersteuning wordt verleend. De huidige AWBZ omvat ook ruime aanspraken die zijn gericht op het ondersteunen en begeleiden van mensen met beperkingen om hun zelfredzaamheid en deelname aan de samenleving (maatschappelijke participatie) te faciliteren en te bevorderen¹¹. Onder de noemer van de functies ‘ondersteunende begeleiding’ en ‘activerende begeleiding’ wordt thans een zeer breed scala van activiteiten aangeboden¹². Er is daarbij sprake van een onduidelijke afbakening en overlap van de AWBZ met ondersteuningsgerichte voorzieningen die onder verantwoordelijkheid van andere actoren of sectoren worden aangeboden. Hierdoor komt het in de praktijk voor¹³ dat afwenteling plaatsvindt van bepaalde aanspraken en kosten op de AWBZ¹⁴.

De voornaamste oorzaak van afbakenings- en afwentelingsproblemen is gelegen in de wijze waarop de inhoud van de AWBZ-aanspraken is beschreven. De functiegerichte aan-

10 IBO (2006), p. 45.

11 Het gaat hier om de AWBZ-functie ondersteunende begeleiding (OB) en delen van de AWBZ-functie activerende begeleiding (AB).

12 Zo is het bereik van de functie ondersteunende begeleiding inmiddels zo ruim dat hieronder ook activiteiten vallen die niet te maken hebben met de oorspronkelijke doelstelling, te weten het verlenen van zorg en begeleiding aan de meest kwetsbaren in onze samenleving. Uit diverse casussen blijkt dat ondersteunende begeleiding in de praktijk wordt ingezet om bijvoorbeeld zaken als huiswerkbegeleiding te financieren, een aspect dat normaal gesproken binnen de zorgstructuur rondom het onderwijs zou dienen te worden geregeld.

13 Zo stelt onderzoeksbureau Boer & Croon dat het veld de AWBZ ziet als een vangnet voor de financiering van zorg: men laat bij samenloop met andere regelingen de AWBZ voorgaan. Boer & Croon (2004) *Gebruik van AWBZ-middelen*, in: CVZ, *Signalement AWBZ (2004)*, op. cit.

14 Zie ook: CVZ (2005) *Voorliggende voorzieningen: Afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen*, Diemen, College voor Zorgverzekeringen.

spraken van de AWBZ zijn met opzet ruim geformuleerd om een flexibele invulling van de aanspraak en daarmee vraagsturing mogelijk te maken. De overheid laat het daarbij aan het veld over om de concrete inhoud van de aanspraak vorm te geven. De aanspraken zijn op dit moment echter voor een aantal doelgroepen té ruim gedefinieerd¹⁵. Ook al kan de aanwending van AWBZ-middelen op het eerste gezicht als ‘oneigenlijk’ worden bestempeld, formeel is hier geen sprake van, omdat het gebruik binnen de ruime omschrijving valt.

De samenhang en afbakening tussen de AWBZ en *lokale voorzieningen* of regelingen zijn op dit moment onvoldoende vormgegeven. Het gaat hierbij om voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer op lokaal niveau en die onder verantwoordelijkheid van gemeenten worden aangeboden. Dit geldt ook voor de samenhang en afbakening met voorzieningen of regelingen in *andere maatschappelijke sectoren* die voorzien in de sociale begeleiding van mensen met beperkingen, zoals:

- jeugdzorg (zie hierna);
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op onderwijsdeelname;
- voorzieningen of regelingen die zijn gericht op het bevorderen van participatie en reïntegratie op de reguliere arbeidsmarkt of op deelname aan gesubsidieerde arbeid, zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering jonggehandicapten (Wajong), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en Wet Werk en Bijstand (WWB).

De mate waarin voorzieningen beschikbaar zijn om de participatie van mensen met beperkingen te ondersteunen, verschilt per beleidsterrein¹⁶. Dit geldt ook voor de wijze waarop is geregeld dat participatie onder de organisatorische en financiële verantwoordelijkheid van een beleidsterrein valt. Hierdoor wordt nog lang niet voldaan aan het streven naar ‘inclusief beleid’¹⁷.

De relatief toegankelijke AWBZ met een ruime omschrijving van aanspraken en met de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen met een pgb, fungeert in de praktijk veelal als vangnet. Vanuit aanpalende terreinen wordt nu immers een beroep op de AWBZ gedaan om noodzakelijke zorg te leveren die kennelijk vanuit het andere beleidsterrein niet of (te) laat wordt geleverd. Voor de Wmo is dit in zekere zin geformaliseerd, omdat gemeenten bij een eventuele samenloop met andere regelingen de AWBZ mogen laten voorgaan¹⁸.

15 CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., p. 17.

16 Het CVZ stelt vast dat goede overzichten ontbreken.

17 Inclusief beleid wordt wel omschreven als beleid op uiteenlopende terreinen dat rekening houdt met de verschillende mogelijkheden en beperkingen van mensen; het gewenste resultaat is daarbij dat algemeen geldende voorzieningen ook beschikbaar zijn voor mensen met een beperking, zodat zij, vanzelfsprekend en op een gelijkwaardige manier, kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijk leven.

18 Zo regelt artikel 2 van de Wmo dat “er geen aanspraak bestaat op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat”. Een wetsbepaling als deze maakt het mogelijk dat de AWBZ als basisvoorziening en dus als vangnet wordt gebruikt.

Daar komt nog bij dat het functioneren van de AWBZ voor gemeenten niet een primaire doelstelling van beleid is. Gemeenten zijn in het kader van de Wmo alleen verantwoording verschuldigd aan de gemeenteraad (horizontale verantwoording).

Wat de *jeugdzorg* betreft gaat het om de afbakening tussen opvoedingsondersteuning (op grond van de Wjz), behandeling (jeugd-ggz, sinds 1 januari 2008 Zvw) en ondersteunende en activerende begeleiding van jongeren met een psychiatrische stoornis (op grond van de AWBZ). De ontwikkeling van het beroep op de pgb-regeling van de AWBZ wijst erop dat hier sprake is van afwenteling, die mogelijk samenhangt met de groeiende wachtlijsten voor de jeugdzorg. Zo groeide onder de pgb-houders in de AWBZ vooral het aandeel jeugdigen, namelijk van 16 procent in 2003 naar 27 procent in 2006. Het aandeel jeugdige pgb-houders met een psychiatrische grondslag is zelfs gestegen van 7 procent in 2003 naar 23 procent in 2006. Deze budgethouders zijn vooral voor ondersteunende en activerende begeleiding geïndiceerd. Het aantal budgethouders met een indicatie vanuit een bureau Jeugdzorg, dat zelf voor de AWBZ mag indiceren, stijgt harder dan vanuit het CIZ. De somatische en psychogeriatrische grondslag nemen beide af en de psychiatrische grondslag neemt toe.

De toegang tot de AWBZ via de bureaus Jeugdzorg was bedoeld voor de kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling. Nu blijken met name lichtere begeleidingsfuncties te worden geïndiceerd, veelal met gebruikmaking van een pgb¹⁹. Ook het grensgebied tussen jeugdzorg en de zorg aan gedragsgestoorde jongeren enerzijds en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten anderzijds is verschoven in de richting van de door de AWBZ gefinancierde zorg. Een wijziging in de indicatiecriteria heeft tot verruiming van de AWBZ-doelgroep geleid. Deze beide elementen hebben in de afgelopen jaren voor een meer dan proportionele groei van de zorgvraag binnen de AWBZ geleid.

De groeiende vraag naar zorg onder jongeren met beperkingen speelt momenteel ook op het terrein van de jeugdzorg, de jeugd-ggz, de Wajong, het speciaal onderwijs en de Tegemoetkoming Onderhoudskosten Gehandicapte kinderen (TOG). In diverse onderzoeken van TNO, de Algemene Rekenkamer en het Trimbos Instituut wordt geconcludeerd dat er sprake is van een toename van de stoornissen bij jeugdigen, mede als gevolg van een meer systematische en eerdere signalering van stoornissen. Ook is er sprake van een toename van kennis, bijvoorbeeld over stoornissen in het autismespectrum²⁰, en van een grote alertheid op afwijkend gedrag bij zowel ouders als professionals. Er is wellicht niet zozeer sprake van afwenteling als wel van een inhaalslag waardoor jeugdigen nu de noodzakelijke zorg krijgen die zij in het verleden niet of onvoldoende hebben gehad. Ter discussie staat wel waar deze nieuwe zorgvragen het best beantwoord kunnen worden (bij jeugdzorg, Zvw of AWBZ).

19 Zie kabinetsbrief *Pgb in perspectief*, Tweede Kamer 2007-2008, 26 631, nr. 232, p. 5

20 Zestig procent van de pgb-houders onder jongeren heeft een stoornis in het autistisch spectrum (Bron: GGZ Nederland).

Functioneren indicatieorgaan als poortwachter AWBZ

De brede, zo niet onduidelijke, omschrijving van de aanspraken bemoeilijkt een objectieve indicatiestelling door het CIZ. Dit geldt met name voor de aanspraken op ondersteunende en activerende begeleiding. De ruime wijze waarop de aanspraken in het Besluit Zorgaanspraken zijn omschreven²¹, maakt het lastig om deze te vertalen in objectieve beleidsregels. Het CIZ hanteert weliswaar beleidsregels die door de minister zijn vastgesteld, maar in de praktijk komen nog steeds interpretatieverschillen tussen regionale vestigingen en individuele beoordelaars voor.

Overigens heeft het CIZ ook geen prikkel om doelmatig te indiceren²². Het CIZ heeft bij de indicatiestelling alleen te maken met de cliënt zelf. Indien cliënten het niet eens zijn met het indicatiebesluit, kunnen zij bezwaar maken en in laatste instantie beroep aantekenen bij de arrondissementsrechtbank. Deze situatie kan ertoe leiden dat de neiging kan bestaan om ruim te indiceren. Daar komt nog bij dat het toezicht op het CIZ op dit moment niet is geregeld.

In een aantal gevallen is bovendien sprake van mandatering van taken aan zorgaanbieders waarbij alleen steekproefsgewijs en achteraf een *formele* controle plaatsvindt²³. Het in toenemende mate mandateren van de indicatiestelling aan zorgverleners zonder dat dit omgeven is met goede voorwaarden, kan de onafhankelijkheid en de doelmatigheid van de indicatiestelling nadelig beïnvloeden, ook al behoudt het CIZ altijd de eindverantwoordelijkheid.

Een specifiek aspect van afwenteling dat de aandacht verdient, is de mogelijkheid van zorgkantoren om via doorverwijzing naar het pgb de contracteerruimte voor zorg in natura in de AWBZ te omzeilen. Ook het bureau Jeugdzorg maakt hiervan gebruik. Op dit moment geldt er namelijk een zelfstandig landelijk budget voor pgb's als afzonderlijke subsidieregeling, los van de regionale contracteerruimte. De sterke groei van de pgb's verdient ook in dit verband de aandacht. Het kabinet neemt op korte termijn al verschillende maatregelen om de toename van de pgb's te beheersen²⁴.

Prikkels voor een doelmatige uitvoering

Ook in de uitvoering doen zich knelpunten voor als het gaat om kostenbeheersing. In de eerste plaats is de institutionele inrichting van de AWBZ-uitvoering (zie bijlage 3) niet zodanig dat deze de betrokken partijen stimuleert om doelmatig te handelen of kostenbeheersing te

21 Artikelen 4 tot en met 9 Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

22 De wijze waarop dit in het Besluit Zorgaanspraken is omschreven, geeft het CIZ weinig houvast. Artikel 2 lid 2 Besluit Zorgaanspraken AWBZ stelt namelijk: "Aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen."

23 In het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd, is opgenomen dat de Algemene Rekenkamer toezicht gaat houden op het functioneren van het CIZ. TK 2006-2007, 30926, nrs. 1-4). Dit wetsvoorstel is op verzoek van de staatssecretaris van VWS aangehouden.

24 In haar brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2007 (*PGB in perspectief*) meldt de staatssecretaris dat zij de NZa heeft gevraagd of het mogelijk is in de toekomst één financiële ruimte binnen de AWBZ af te spreken die zowel voor de zorg in natura als voor de pgb-regeling geldt. Tweede Kamer 26 631, nr. 232.

realiseren²⁵. De mate waarin op dit moment doelmatig gehandeld wordt, berust volgens het IBO-rapport in belangrijke mate op de intrinsieke motivatie van partijen²⁶. Overigens zijn empirische gegevens over de doelmatigheid van zorginkoop/zorgverlening slechts beperkt beschikbaar en zijn de bestaande doelmatigheidsonderzoeken bovendien slecht vergelijkbaar. Dit laat geen harde conclusies toe over de doelmatigheid van de geleverde zorg²⁷.

Onvoldoende doelmatigheidsprikkels in de AWBZ

Zorgvragers

Het verzekeringskarakter van de AWBZ houdt in dat zorgvragers (cliënten) niet de volledige kosten dragen van de geleverde zorg. In die zin is in de AWBZ-verzekering, evenals bij andere verzekeringen, altijd een risico van overconsumptie (moral hazard) gelegen.

De IBO-werkgroep vraagt tevens aandacht voor de zogenaamde *monetarisering* van de mantelzorg^a.

Zorgkantoren

Zorgkantoren hebben geen financiële prikkel om doelmatig zorg in te kopen, noch om aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg. Het IBO-rapport stelt dat de relatie tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar zelfs een perverse prikkel oplevert: omdat het zorgkantoor geen financieel risico loopt, is het aantrekkelijk voor de verzekeraar om kosten die worden gemaakt op het snijvlak van cure en care, af te wentelen op de AWBZ (zie ook verderop).

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders hebben voornamelijk een sterke onderhandelingspositie die de mogelijkheden voor kritische zorginkoop (selectie op of onderhandelingen over prijs/kwaliteitsverhouding) door zorgkantoren sterk beperkt^b. Dit geldt vooral voor verpleeghuizen en in mindere mate voor verzorgingstehuizen. Voor de gehandicaptensector is het beeld gemengd en dit verschilt ook per provincie. In de thuiszorg zijn er voldoende aanbieders.

Verder bevat de bekostigingssystematiek voor intramurale zorg voornamelijk weinig doelmatigheidsprikkels. De invoering van zorgzwaartebekostiging moet hierin verandering brengen. Daarmee krijgen instellingen geen geld voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. De extramurale zorg kent al langer een systeem van bekostiging op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg.

a Daarbij wordt onbetaalde mantelzorg gesubstitueerd door betaalde professionele zorg of wordt onbetaalde mantelzorg vervangen door betaalde mantelzorg door middel van een pgb. Zie ook: Ramakers en Van den Wijngaart (2005) *Persoonsgebonden budget en mantelzorg: Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*, ITS (onderzoek in opdracht van CVZ).

b Daarbij spelen toetredingseisen een rol. Daarnaast ontlenen aanbieders van intramurale zorg een zekere macht aan het vastgoedbezit.

25 CPB (2006) *Handle with care: Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, Den Haag, Centraal Planbureau; IBO (2006), p. 46 e.v.

26 IBO (2006), p. 7.

27 IBO (2006), p. 7; CPB-memorandum nr. 121.

Sturingsconcept en verdeling van verantwoordelijkheden

In de tweede plaats is de verdeling van verantwoordelijkheden in de uitvoering van de AWBZ onduidelijk en is het sturingsconcept van de AWBZ niet (meer) helder. De verantwoordelijkheidsverdeling is in de loop der tijd gecompliceerd “door toevoeging van hulporganen als het CIZ, zorgkantoren en het CAK die door wet, mandaat- en volmachtconstructies en uitvoeringsregelingen intussen van hulpinstanties tot hoofduitvoerders zijn geworden. Daardoor is er als het ware een nieuwe uitvoeringsorganisatie naast de wettelijke komen te staan” (zie kader)²⁸.

Knelpunten zorgkantoren

Het zorgkantoor wordt geacht zorgaanbieders te contracteren die goede en doelmatige zorg leveren. Het zorgkantoor loopt echter uitsluitend risico op zijn beheerskosten en niet op de kosten van de zorgverlening. Er bestaan, althans volgens de NZa, nauwelijks prikkels om te luisteren naar de wensen van de consumenten of om te letten op de verhouding tussen kwaliteit en prijs van de ingekochte zorg^a. Voor een groot deel van de AWBZ bestaat er nog steeds een contracteerplicht. Ook heeft het zorgkantoor volgens de NZa niet altijd kunnen controleren of zorgaanbieders gemaakte afspraken wel nakomen^b. Een en ander heeft de afgelopen jaren geleid tot een vrij zware rol van de overheid. De overheid maakt eerst duidelijk – via detailregels – welke prestaties van zorgkantoren worden verwacht en stuurt er vervolgens via toezicht op aan de geleverde prestaties inzichtelijk te maken en zo nodig bij te sturen. Innovaties in het veld kunnen zo moeilijk een plek veroveren. Inmiddels wordt er bij veel zorgkantoren wel controle uitgeoefend op de prijs-kwaliteitverhouding.

a NZa (2007) *Care voor de toekomst: Uitvoeringstoets overheveling zorgkantoor taken: Voorstellen voor de korte en de lange termijn*, z.p., Nederlandse Zorgautoriteit, p. 11.

b NZa (2007) *Care voor de toekomst*, op.cit., pp. 35-42.

Het ontbreken van een formele eindverantwoordelijkheid beperkt de mogelijkheden voor de toezichthouder, de NZa. De huidige mandaatconstructie zorgkantoor – zorgverzekeraars belemmert adequate verantwoordings- en toezichtsmogelijkheden.

De AWBZ is wel eens getypeerd als een “amalgam van publieke en private verantwoordelijkheid én van medische en maatschappelijke zorg”²⁹. Ook is sprake van een hybride vermenging van verzekeringsaspecten en een voorzieningenwet³⁰.

Enerzijds hebben zorgkantoren de opdracht te contracteren binnen de historisch vastgestelde regionale contracteerruimte. Anderzijds hebben zij zorgplicht voor cliënten in de regio die zijn geïndiceerd voor zorgverlening. Op deze wijze is er sprake van een duale

28 CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., pp. 6-7.

29 RVZ (2005) op.cit.

30 Het voorzieningenkarakter blijkt onder meer uit de (aanbod)financiering van zorginstellingen, de regio-oriëntatie van zorgkantoren en het denken in termen van zorgplichten (blijkend uit de ‘wachttijstolerantie’) in plaats van verzekeringsrechten. CVZ (2004) *Signalement AWBZ*, op.cit., p. 7.

sturing: aan de voorkant bij de indicaties die recht geven op AWBZ-zorg en aan de achterkant door het vaststellen van de contracteerruimte van een zorgkantoor voor zijn regio. Dit knelt omdat er geen directe relatie is tussen de indicaties en de contracteerruimte in de regio.

Ontwikkeling pgb-gebruik

De ontwikkeling van het pgb-gebruik verdient afzonderlijke aandacht. Enerzijds is dit een gewenste ontwikkeling, omdat het pgb een instrument is om meer regie- en keuzemogelijkheden voor cliënten te realiseren. Anderzijds is er soms sprake van een te ruime bestedingsvrijheid en heeft het pgb een aanzuigende werking, in die zin dat het pgb latente zorgvraag manifest kan maken en niet altijd gepaard gaat met een vermindering van de vraag naar zorg in natura. Dit kan ook leiden tot zogenoemde 'monetarisering' van mantelzorg. Vaststaat dat er sprake is van een sterke toename van het gebruik van het pgb en van de daaraan verbonden uitgaven (zie kader).

Enkele feitelijke gegevens over toekenning van pgb's

Het aantal pgb-houders is in de periode 2003-2006 toegenomen van 62.500 naar 95.000 personen.

De uitgaven in het kader van de pgb-subsidieregeling zijn volgens het CVZ gestegen van € 635 miljoen in 2003 naar € 1136 miljoen in 2006. In 2007 zullen de uitgaven naar raming uitkomen op € 1455 miljoen. Op dit moment wordt jaarlijks een plafond bepaald voor het landelijke budget dat jaarlijks beschikbaar is voor het verlenen van pgb's.

De groei van de pgb's doet zich voor bij alle grondslagen en functies. In de periode 2003-2006 heeft de groei zich vooral voorgedaan bij ondersteunende en activerende begeleiding, zo wordt in een evaluatieonderzoek van ITS aangetoond. Dit evaluatieonderzoek laat ook zien dat 35 procent van de pgb-houders alleen zorg inkoop bij professionele hulpverleners: zorginstellingen, zelfstandig werkende hulpverleners c.q. begeleiders, freelancers of particulieren. Eenderde deel van de budgethouders koopt alleen hulp in van bij mantelzorgers en eveneens een derde koopt een combinatie van professionele en mantelzorg in. VWS schetst in de brief *PGB met perspectief* van 9 november 2007 een scenario waarbij de uitgaven voor pgb's jaarlijks met € 400 miljoen groeien. Dit houdt in dat de uitgaven voor pgb's tot en met 2011 zullen toenemen met € 1,6 miljard en daarmee beslag zouden leggen op twee derde van de voor de AWBZ beschikbare groeiruimte ter grootte van € 2,4 miljard euro^a.

a Tweede Kamer, 26 631, nr. 232.

Financiering AWBZ (inkomsten AWBZ-kas)

Wat de financiering van de oplopende zorguitgaven betreft is van belang dat de heffingsgrondslag voor de AWBZ-premie wordt uitgehold door de heffingskortingen waarbij de

zogenaamde BIKK weliswaar tegemoetkomt aan de gederfde premie-inkomsten maar deze onvoldoende compenseert. Dat heeft tot gevolg dat het marginale tarief in de eerste schijven van het belastingstelsel onder opwaartse druk staat. Dit heeft consequenties voor de ontwikkeling van loonkosten, netto-inkomens en werkgelegenheid. De AWBZ-premie draagt op deze wijze bij aan het verhogen van de marginale druk aan de onderkant van het inkomensgebouw.

3.2 Toekomstige ontwikkelingen

Naast de in de vorige paragraaf geschetste knelpunten die zich op dit moment manifesteren, doen zich op (middel)lange termijn bepaalde trends en ontwikkelingen voor die van invloed zijn op het stelsel van langdurige zorg. Zij geven aan waar een stelsel in organisatorische en financiële zin 'tegen bestand moet zijn' of aan tegemoet moet kunnen komen. Het gaat daarbij onder meer om ontwikkelingen in de volksgezondheid, demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening), technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, economische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Hierna volgt een kwalitatieve schets op hoofdlijnen van deze relatief autonome ontwikkelingen.

3.2.1 Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke kracht achter de toekomstige ontwikkelingen in gezondheid en zorg is de demografische opbouw van de bevolking. In 2010 bereiken de eerste omvangrijke naoorlogse generaties de 65-jarige leeftijd. De vergrijzing komt rond 2040 op haar hoogtepunt (zie kader).

(Dubbele) vergrijzing in Nederland

In de komende decennia neemt het aantal 65-plussers sterk toe: van 2,3 miljoen in 2005 naar 4 miljoen in 2040. Daarbij is in de komende decennia ook sprake van een forse toename van het aantal hoogbejaarden (75-plussers) en van hun aandeel in de totale bevolking. Men spreekt in dit verband van dubbele vergrijzing. Na 2020 vindt een versnelling plaats en in 2050 wordt met 2 miljoen 75-plussers het maximaal aantal bereikt. Het aandeel van 75-plussers in de totale bevolking zal dan zijn verdubbeld van 6 procent nu naar 12 procent in 2050.

- Zie: SER (2005) *Van alle leeftijden*.

Omdat de meeste ziekten vooral bij ouderen voorkomen, zal de ziektelast toenemen en daarmee ook het zorggebruik. In de komende 20 jaar zal hierdoor (en overigens ook door leefstijl en overgewicht), de ziektelast van chronische (ouderdoms)ziekten met soms 40

procent of meer toenemen³¹. Dit vraagt om meer zorg, maar ook om andere vormen van zorg, onder andere een verdere verschuiving van genezing naar verzorging en van genezing of verzorging naar preventie³².

Met name de ouderenzorg is zeer vergrijzingsgevoelig; in andere sectoren manifesteert de vergrijzing zich niet zozeer in de omvang van de groep als wel in de samenstelling daarvan (zie bijvoorbeeld een relatief groter aandeel ouderen binnen een gelijkblijvend totaal van verstandelijk gehandicapten).

Een specifiek aspect van de demografische ontwikkeling is de verwachte toename van het aantal eenpersoonshuishoudens³³. Deze toename is een gevolg van de voortschrijdende vergrijzing (meer ouderen, en ouderen wonen relatief vaak alleen). Alleenstaande ouderen maken eerder gebruik van thuiszorg en de intramurale zorg dan ouderen met een partner³⁴.

Bij een vrijwel gelijkblijvende absolute omvang van de (potentiële) beroepsbevolking, leidt de vergrijzing tot een forse wijziging van de verhouding tussen het aantal 65-plussers en het aantal (potentiële) actieven³⁵. Dit heeft gevolgen voor het economisch draagvlak voor collectieve voorzieningen. Daarnaast heeft de stagnerende beroepsbevolking gevolgen voor het arbeidsaanbod. Daardoor komt ook de personeelsvoorziening in de zorgsector onder druk te staan, wat kan leiden tot capaciteitsproblemen.

Vergrijzing is uiteraard niet alleen een kostenpost, maar ook een verworvenheid: Nederlanders leven langer en langer in goede gezondheid. Beide zijn als welvaartswinst te karakteriseren. Bovendien biedt de vergrijzing ook kansen, bijvoorbeeld op het terrein van maatschappelijke participatie, mantelzorg en vrijwilligerswerk door ouderen³⁶.

3.2.2 Economische ontwikkelingen

Economische ontwikkelingen zijn op verschillende manieren van invloed op de langdurige en/of zware zorg.

-
- 31 Het gaat om aandoeningen zoals kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, cara en aandoeningen van het bewegingsapparaat.
- 32 RIVM (2006) *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2006*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 33 Het gaat om een toename van 2,4 miljoen in 2004 tot 3,5 miljoen eenpersoonshuishoudens in 2050. In 2050 is naar schatting 43 procent van de huishoudens een eenpersoonshuishouden; in 2005 was dit 35 procent. RIVM (2007) *Nationaal kompas volksgezondheid*.
- 34 RIVM (2007) *Nationaal kompas volksgezondheid*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 35 Tussen 2010 en 2035 stijgt het percentage 65-plussers ten opzichte van de 20-64-jarigen (de grijze druk) van rond 25 naar ruim 40 procent.
- 36 Zie: SER (2005) *Van alle leeftijden*, Den Haag, publicatienr. 05/02.

In de *eerste* plaats is de welvaartsontwikkeling relevant. De verwachting is dat er in de komende decennia – ondanks een verwachte afname van het *tempo* van de welvaarts groei – nog steeds sprake zal zijn van een toename van de welvaart³⁷. Meer in het bijzonder zal de gemiddelde inkomens- en vermogenspositie van toekomstige generaties ouderen naar verwachting (aanzienlijk) verbeteren, ook ten opzichte van 65-minners³⁸, zij het dat de inkomensverschillen tussen verschillende groepen ouderen kunnen toenemen.

Enerzijds wordt aangenomen dat een toename van de welvaart leidt tot een groei van de uitgaven aan (gezondheids)zorg: mensen zijn eerder geneigd een groter deel van hun inkomen aan de benodigde (gezondheids)zorg te besteden en zij hebben hogere verwachtingen ten aanzien van maatwerk en luxe van de geleverde zorg. Anderzijds kan een hoger inkomen ook gepaard gaan met een betere gezondheid en dientengevolge juist een lager gebruik van zorgvoorzieningen³⁹.

Niet iedereen zal echter in dezelfde mate van de verwachte welvaartsstijging profiteren. Een stijging van de uitgaven aan (gezondheids)zorg zal voor groepen met een lagere sociaal-economische positie moeilijker op te vangen zijn, terwijl het zorggebruik van personen met een lage sociaal-economische positie, waaronder niet-westerse allochtonen, juist hoger dan gemiddeld ligt⁴⁰.

In de *tweede* plaats is de loonkostenontwikkeling in de gezondheidszorg van belang. Indien deze gelijke tred houdt met de gemiddelde loonkostenontwikkeling, terwijl de productiviteit in de (gezondheids)zorg achterblijft bij de macroproductiviteit, zal het aandeel van de zorguitgaven, macro gezien, toenemen. Van belang is ook dat de loonkostenontwikkeling onder opwaartse druk kan komen te staan als gevolg van knelpunten op de arbeidsmarkt zowel op macroniveau als op het niveau van de zorgsector.

3.2.3 *Technologische ontwikkelingen*

Ook ontwikkelingen in de medische technologie en informatietechnologie zijn van belang.

De effecten van *medisch-technologische ontwikkelingen* op volksgezondheid en zorg zijn moeilijk te voorspellen. Naar verwachting zal medisch-technologische innovatie in de curatieve zorg op zichzelf leiden tot een betere voorspelbaarheid, preventie, diagnosticering en behandeling van aandoeningen. Dit zal enerzijds leiden tot opbrengsten in termen van efficiency, productiviteit, kwaliteit van leven en levensverwachting. Anderzijds leidt dit

37 Volgens het CPB 1,9 procent per jaar.

38 Dit is onder meer het gevolg van een betere pensioendeckking, van de toegenomen pensioenopbouw en van vermogensopbouw. SER (2005) *Van alle leeftijden*, op.cit.

39 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 00/12, Den Haag, p. 50.

40 De gezondheidssituatie van mensen met een lage sociaal-economische status is op bijna alle fronten slechter dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Zij ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. Ook allochtonen vormen in dit verband een kwetsbare groep.

ook tot hogere kosten, als gevolg van de ontwikkelingskosten van nieuwe medische producten en van een verwachte toename van de vraag naar nieuwe behandelmethoden. Ook kan dit ertoe leiden dat in de laatste levensfase een groter beroep wordt gedaan op curatieve zorg of op zorgvoorzieningen, omdat de ziekte of aandoening slechts ten dele geneest⁴¹. Van de verdere inzet van *informatietechnologie* (bijvoorbeeld in het kader van domotica) is een belangrijke bijdrage te verwachten bij het realiseren van procesinnovaties in de (gezondheids)zorg. Hierbij is van belang dat ICT voor sommige cliënten ook nieuwe drempels kan opwerpen.

3.2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Diverse sociaal-culturele ontwikkelingen zijn van belang voor de langdurige zorg. Maatschappelijke trends zoals individualisering, een steeds hoger gemiddeld opleidingsniveau en, daarmee samenhangend, een toenemende mondigheid van burgers, beïnvloeden de wensen, voorkeuren en het gedrag van zorgcliënten.

In de eerste plaats kan worden gesteld dat er sprake is van emancipatie van de cliënt ten opzichte van andere partijen in de gezondheidszorg, zoals artsen, zorgaanbieders en verzekeraars. Cliënten (of hun vertegenwoordigers, zoals ouders van gehandicapte kinderen) stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg.

Verder mag worden verwacht dat de reeds aanwezige behoefte aan keuzemogelijkheden uit het zorgaanbod, in de toekomst verder zal toenemen⁴². In de woorden van de RVZ: “De tijd dat de patiënt vooral geacht werd te doen wat het woord zelf zegt: dulden en lijden, is voorbij”⁴³. Zoals de SER al in 2000 stelde, zullen cliënten meer dan nu “zelf willen beslissen wie wanneer en hoe lang de zorg verleent en van welke kwaliteit de zorg moet zijn (meer of minder luxe)”⁴⁴.

Onvoldoende kwaliteit van de AWBZ-zorg kan ertoe leiden dat financieel draagkrachtige cliënten (midden- en hogere inkomensgroepen) op zoek gaan naar oplossingen in de private sfeer, hetgeen op termijn het draagvlak (solidariteit) voor langdurige zorg als collectieve voorziening kan ondermijnen. De RVZ spreekt in dit verband van het overblijven van ‘armenzorg’⁴⁵.

41 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 49.

42 Uit onderzoek van TNS-NIPO in opdracht van de RVZ blijkt dat de zorgconsument grote behoefte heeft om zelf te kiezen. Keuzemogelijkheden zijn bij chronische aandoeningen het belangrijkste en bij acute situaties het minst belangrijk. In het algemeen blijkt dat in die landen waar het aanbod meer vraaggestuurd is (Frankrijk, Duitsland, België) dan in andere landen (Nederland, Verenigd Koninkrijk), de keuzebehoefte tevens het grootst is. Het aanbod lijkt de vraag dus (deels) te bepalen. Bijlage van TNS-NIPO bij: RVZ (2003) *De wensen van zorgcliënten in Europa*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

43 RVZ (2003) *De wensen van zorgcliënten in Europa*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Mede op basis van onderzoek van TNS-NIPO naar het gedrag en de opvattingen van cliënten.

44 SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 51.

45 RVZ (2005) *Mensen met een beperking in Nederland*, Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, p. 24.

Uit onderzoek blijkt dat mondiger en kapitaalkrachtiger zorgvragers, zoals delen van de toekomstige generaties ouderen, naar verwachting wel bereid en in staat zijn om meer zelf te organiseren en te financieren. Dit betreft vooral de omgeving waarbinnen de zorg aan hen wordt verleend (wonen, woonservice of ‘hoteldiensten’) en de persoonlijke dienstverlening of particuliere hulp (zoals huishoudelijke hulp, boodschappen- en maaltijdservice et cetera). De verwachting is echter dat ook deze groepen voor de daadwerkelijke zorgverlening (persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling) een beroep zullen blijven doen op collectief georganiseerde en gefinancierde zorg⁴⁶.

De RVZ verwacht bovendien dat de bereidheid toeneemt om zelf de financiële gevolgen van meer keuzemogelijkheden te dragen⁴⁷.

Tegelijkertijd zullen er ook in de toekomst categorieën minder zelfredzame of zelfs wilsonbekwame cliënten blijven die geen vertegenwoordiger hebben (zoals een ouder of kind). Deze groepen hebben geen behoefte aan keuzemogelijkheden of zijn in het geheel niet in staat om zelf keuzes te maken.

In de tweede plaats zijn ook de opvattingen over de maatschappelijke positie van burgers met een chronische ziekte of handicap aan verandering onderhevig. Het gaat daarbij om de wens om zoveel mogelijk regie te hebben over de inrichting van het eigen leven (waaronder zelfstandig wonen⁴⁸) en om maatschappelijke participatie en integratie (zo mogelijk ook op de arbeidsmarkt⁴⁹). Dit stelt hogere eisen aan de afstemming en samenwerking tussen de instituties die voorzien in de ondersteuning van deze participatie in de verschillende domeinen (op het terrein van zorg en welzijn maar bijvoorbeeld ook op het terrein van onderwijs en arbeidsmarkt).

3.2.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Door de toenemende zorgvraag en ontwikkelingen in het arbeidsaanbod zal er naar verwachting krapte ontstaan op de arbeidsmarkt in de zorg. Als de ontwikkelingen in de afgelopen jaren zich onveranderd voortzetten, zullen er in de periode tot 2020 circa

46 Uit SCP-ramingen (zie: SCP (2004) *Verpleging en verzorging verklaard*) blijkt dat het bij particuliere (zelfbetaalde) zorg vooral gaat om huishoudelijke hulp. De invloed van het inkomen op het particulier inkopen van begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging is aanzienlijk minder, vermoedelijk omdat de kosten daarvan hoger zijn dan die van huishoudelijke hulp.

47 Zo blijkt uit Europees vergelijkend onderzoek van TNS-NIPO dat Nederlanders bereid zijn om daadwerkelijk meer te betalen voor extra keuzemogelijkheden en voor verbeteringen in de zorg. Consumenten stellen daarbij wel als voorwaarde dat duidelijk is wat die extra premie oplevert.

48 Ook nu al geven grote groepen ouderen, zieken en gehandicapten er de voorkeur aan zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Volgens het RIVM lijken de wensen van de nieuwe (toekomstige) generatie senioren ten aanzien van wonen en zorg sterk te veranderen. Een verpleeg- of verzorgingshuis wordt door de jongere senioren steeds minder als een optie voor de toekomst gezien. Het zijn overigens juist de midden- en hoge inkomens die de traditionele zorgvormen de rug toekeren. Provoost en Delfgaauw (2003), in: RIVM, *Zorgbalans*, Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

49 Zie bijvoorbeeld het op 24 augustus 2007 vastgestelde SER-advies *Meedoen zonder beperkingen: Meer participatiemogelijkheden voor jonggehandicapten*, publicatienr. 07/06, Den Haag.

500.000 werkenden in de zorg bij moeten komen. Dat aantal is beduidend hoger dan de stijging van het totale arbeidsaanbod in Nederland tot 2020. Het beroep van de zorgsector op de arbeidsmarkt stijgt in dat geval van 13 procent naar ruim 20 procent⁵⁰. De personeelstekorten dreigen vooral in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingstehuizen (zie kader).

SER-advies *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector (2006)*

In dit advies van mei 2006 wijst de raad op de problematiek van de arbeidsmarkt in onder meer de sector zorg en welzijn. Hij verwacht dat de werkgelegenheid in de zorg over een langere termijn met 30.000 arbeidsplaatsen (fte's) per jaar zal toenemen. Dit zou betekenen dat de gehele groei van het arbeidsaanbod naar de zorg zou moeten. Volgens een rapport van Ecorys zal de stijgende zorgconsumptie leiden tot grote tekorten aan verzorgend en verplegend personeel, zij het dat deze verschillend kunnen zijn voor de intramurale zorg en de thuiszorg enerzijds en voor de extra- en semimurale zorg anderzijds^a. Voor de intramurale zorg en de thuiszorg is de prognose dat het toekomstige aanbod van vbo/mbo-verzorgers en mbo/hbo-verpleegkundigen vanaf 2011/2012 niet voldoende zal zijn om in de vraag te voorzien. Deze knelpunten gelden ook voor de extramurale en semimurale zorg, zij het in mindere mate^b. Rond 2015 wordt een geleidelijke, maar substantiële toename van de verpleegbehoefte verwacht, in samenhang met de toename van het aantal 75-plussers.

- a Ecorys, SEOR (2006) *Vraag en aanbod van personeel in de collectieve sector tot 2013*, Den Haag.
 b SER (2006) *Advies Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*, publicatienr. 06/04, Den Haag, p. 91.

Al met al dreigt door de toenemende zorgvraag en de beperkte groei van de beroepsbevolking een forse discrepantie tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te ontstaan. Zonder nader beleid leidt dat tot problemen in de zorgvoorziening, zoals langere wachttijden en wachtlijsten, het onder druk staan van de zorgkwaliteit, verhoging van de werkdruk en een opwaartse druk op de lonen⁵¹. Dit heeft ook gevolgen voor de rest van de economie.

3.3 Ontwikkeling zorgvraag en zorguitgaven

3.3.1 Inleiding

In deze paragraaf gaat het om de verwachte ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven op de lange termijn. Kennis hiervan is van belang om te bezien in hoeverre er op termijn mogelijk sprake zal zijn van een houdbaarheidsprobleem (te hoge AWBZ-uitgaven). Van een

50 Zie ook: VWS, *Arbeidsmarktbrief 2007: Werken aan de zorg*, Tweede Kamer, 29 282, nr. 46.

51 VWS, *Arbeidsmarktbrief 2007: Werken aan de zorg*, Tweede Kamer, 29 282, nr. 46, p. 3/4.

houdbaarheidsprobleem kan ook sprake zijn in een situatie waarin de zorg doelmatig wordt geleverd en aansluit bij de maatschappelijke behoefte. Tegen deze achtergrond verdient de houdbaarheidsvraag dus afzonderlijke aandacht.

De houdbaarheidsvraag kan niet aan de hand van een enkele raming worden beantwoord. Daarvoor is het onderwerp te complex en de toekomst te onzeker. Daarom heeft de raad verschillende deskundigen gevraagd om langetermijnontwikkelingen rond de AWBZ-uitgaven in kaart te brengen. In dit verband wordt ook verwezen naar de bijlagen 5A tot en met 5E bij dit advies.

Paragraaf 3.3.2 bevat een terugblik over de periode 1985-2005. In paragraaf 3.3.3 wordt aandacht besteed aan vooruitblikken tot 2020 en 2030.

3.3.2 AWBZ-uitgaven 1985-2005⁵²

Volgens het SCP zijn de reële AWBZ-kosten in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3 procent per jaar gestegen. De reële kostenontwikkeling is de optelsom van de volumeontwikkeling van de uitgaven en de reële prijsontwikkeling⁵³. Het volume van de AWBZ-uitgaven is toegenomen met 1,3 procent per jaar. De reële prijzen zijn jaarlijks met 2,0 procent gestegen⁵⁴.

Het SCP analyseert de reële uitgavengroei van 3,3 procent per jaar onder meer naar subperiode en naar sector. Andere invalshoeken zijn een nadere analyse van volumeontwikkelingen (waaronder vergrijzing en extramuralisering) en prijsontwikkelingen (waaronder de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit). In het onderstaande worden deze invalshoeken kort langsgelopen.

Analyse naar subperiodes

Het SCP signaleert een opmerkelijk sterke kostenstijging tussen 2000 en 2003. Deze hobbel verhoogt de gemiddelde kostenstijging over de periode 1995-2005. Het SCP schrijft de uitgavenverhoging toe aan het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en aan een andere invulling van het recht op zorg. Een andere factor is de stijging van de arbeidskosten naar aanleiding van de voorstellen van de commissie-Van Rijn. Volgens het SCP vlakt de kostengroei in 2004 weer af tot een meer gebruikelijk niveau⁵⁵. Dit is mede veroorzaakt door het convenant AWBZ 2005-2007, waarbij beheersingsafspraken zijn gemaakt tussen overheid en zorgaanbieders.

52 Zie de SCP-notitie *De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging*.

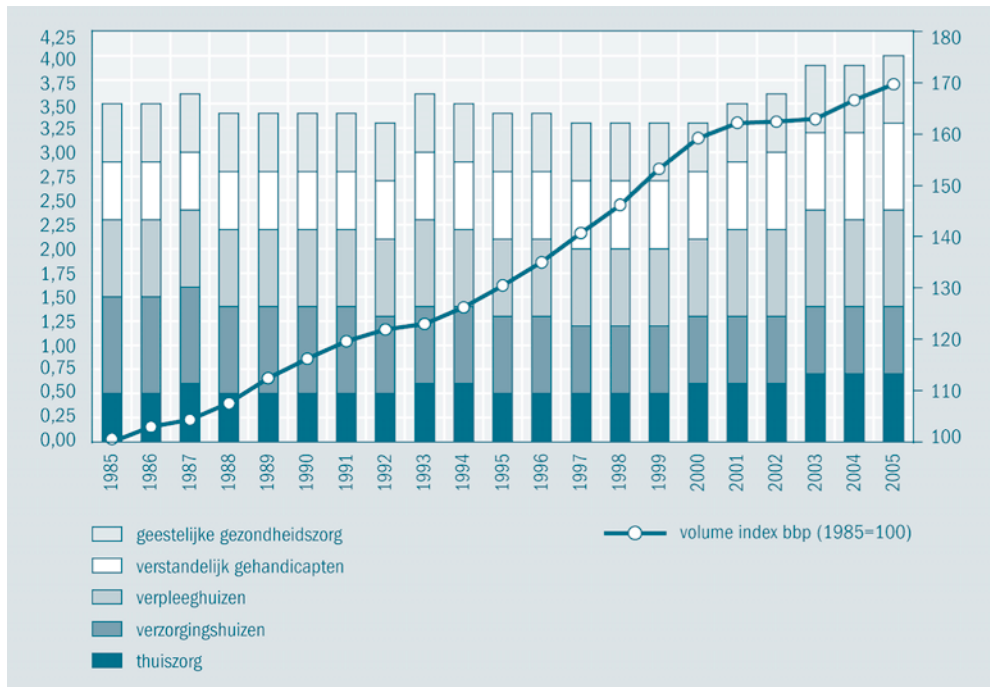
53 De reële prijsontwikkeling is de prijsontwikkeling van de zorguitgaven minus de prijsontwikkeling van het bbp.

54 Uit bijlage 5B blijkt dat het niet eenvoudig is om prijs- en volumeontwikkelingen van elkaar te scheiden. De verschillende ramingen gaan uit van uiteenlopende veronderstellingen, waardoor prijs- en volume-effecten ook onderling slecht vergelijkbaar zijn. Deze problematiek komt in deze samenvattende beschouwingen slechts zijdelings aan de orde.

55 Zie ook CVZ (2007) *Zorg in cijfers*, Den Haag, College voor zorgverzekeringen.

De hobbel van 2000-2003 wordt ook op een andere manier geïdentificeerd. Het aandeel van de bruto-AWBZ-kosten in het bbp is tot en met 2001 op het niveau van circa 3,5 procent bbp gebleven, waarna het aandeel in twee jaar tijd is gestegen tot het niveau van 4 procent bbp. Het SCP spreekt van een eenmalige niveauperhoging van circa 0,5 procent bbp.

figuur 3.1 Ontwikkeling van brutokosten AWBZ-voorzieningen als percentage van het bbp, 1985-2005 (1985 = 100)



Bron: SCP, Gegevensbank Quartaire Sector (GEQS).

Ontwikkelingen per sector

Het SCP beziet per sector de ontwikkeling van de volumes en de prijzen. Opvallend is dat voor verzorgingshuizen de volumeontwikkeling over de afgelopen 20 jaar negatief is geweest. Alle andere AWBZ-sectoren (inclusief verpleeghuizen) hadden over deze periode een positieve volumeontwikkeling. Het SCP wijst voor de verzorgingshuizen op een substitutieproces in de richting van de thuiszorg (extramuralisering).

Vergrijzing, extramuralisering en intensiteit van de zorg

Het SCP onderscheidt binnen de volumeontwikkeling van 1,3 procent per jaar een demografische en een autonome component. De autonome component meet de ontwikkeling van de deelname per demografische groep.

Voor de ouderenzorg als geheel (verpleging, verzorging, thuiszorg) stijgt de demografische component met 1,8 procent per jaar. Door een negatieve autonome component van 0,9 procent per jaar (als gevolg van extramuralisering) resulteert een volumegroei van 0,9 procent per jaar. Dit is lager dan de 1,3 procent volumegroei van de AWBZ als geheel.

Voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is het beeld andersom. De volumegroei is hier veel sterker dan op grond van de demografische ontwikkeling mocht worden verwacht. Bij de gehandicaptenzorg is sprake van een sterke verruiming van de doelgroep met zwakbegaafden, licht verstandelijk gehandicapte jongeren en mensen met een complexe problematiek.

Arbeidsproductiviteit

Het SCP splitst de reële prijsontwikkeling van 2,0 procent per jaar in drie componenten: de reële personeelskosten per arbeidsjaar (1,2 procent), de reële materiële kosten (waaronder huisvestingskosten; 0,5 procent) en de negatieve ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit (een aanvullende kostenpost van 0,3 procent).

In de AWBZ-zorg is over de afgelopen 20 jaar sprake geweest van een dalende arbeidsproductiviteit van circa 0,3 procent per jaar. Dit kan zowel wijzen op een toenemende ondoelmatigheid als op een betere kwaliteit van zorg. Het is in de praktijk heel moeilijk om de kwaliteit van de dienstverlening (zoals beoogd met meer handen aan het bed) goed te meten.

Opvallend is dat de thuiszorg over de afgelopen 20 jaar juist een stijgende arbeidsproductiviteit heeft gekend van 0,8 procent per jaar. Ook dit is onvoldoende om de stijging van de uurloren in deze sector (1,7 procent per jaar) te compenseren.

3.3.3 *Verwachte en mogelijke ontwikkelingen op de lange termijn*

Voor de ontwikkelingen op de lange termijn heeft de raad de beschikking gekregen over analyses van het SCP, van deskundigen van het ministerie van VWS en van het CPB.

De SCP-analyse betreft een raming van de vraag naar ouderenzorg tot 2030 en bestrijkt dus niet de gehele AWBZ. De VWS-deskundigen hebben een technische analyse gemaakt van de AWBZ-uitgaven tot 2020. Deze bestrijkt de hele AWBZ en sluit zoveel mogelijk aan bij de aannames die het CPB voor de middellange termijn (2008-2011) heeft gemaakt.

In aanvulling hierop heeft het CPB geanalyseerd hoe de AWBZ-quote als percentage van het bbp zich op de lange termijn kan ontwikkelen.

De drie analyses hebben een duidelijk verschillende invalshoek en vullen elkaar wat dat betreft goed aan. De analyses van VWS en SCP zijn opgenomen in bijlage 5C en 5D. De SCP-analyse is als afzonderlijke publicatie verschenen⁵⁶. Bijlage 5B bevat een meer uitvoerige beschrijving en vergelijking van de analyses. Op deze plaats wordt volstaan met een korte weergave.

56 Zie bijlage 5 E.

3.3.4 Vraag- en gebruiksraming ouderenzorg tot 2030 (SCP)

Het SCP heeft voor de ouderenzorg de verwachte vraag- en gebruiksontwikkeling tot 2030 in kaart gebracht. In deze analyse staat de vraag van het individu centraal. Het SCP maakt onderscheid tussen de potentiële vraag naar ouderenzorg en het verwachte feitelijke gebruik. Dit onderscheid houdt rekening met het ervaringsfeit dat niet alle zorgbehoevenden een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Het verschil tussen potentiële vraag en feitelijk gebruik is evenwel gevoelig voor veranderingen in preferenties en beleid (zie kader).

Potentiële vraag naar en gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg

Het verschil tussen potentiële vraag en het verwachte gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg (AWBZ en de huishoudelijke ondersteuning van de Wmo) is gevoelig voor veranderingen in beleid en preferenties. Het SCP gaat noodgedwongen uit van ongewijzigde preferenties en ongewijzigd beleid, maar dat hoeft niet zo te zijn. Tot de denkbare veranderingen behoren:

- een verruiming of inkrimping van het pakket;
- een meer soepele of strikte indicatiestelling;
- meer of minder mogelijkheden voor het pgb;
- het wegwerken of juist accepteren van wachtlijsten;
- het verlagen of verhogen van eigen betalingen;
- het verlagen of verhogen van de kwaliteit van AWBZ-zorg.

Verder is het nog mogelijk dat voorkeuren om zorg en ondersteuning zelf te regelen, al dan niet via informele zorg, veranderen.

Indien alle denkbare veranderingen tegelijkertijd leiden tot meer zorgvraag, zal het gebruik in de buurt komen van de potentiële vraag. Het is evenwel ook denkbaar dat de vraag naar collectief gefinancierde zorg dan niet vervuld kan worden vanwege knelpunten op de arbeidsmarkt. In dat geval zal het gerealiseerde gebruik van collectief gefinancierde zorg dus lager uitvallen dan geraamd.

Het SCP gaat uit van 586.000 gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg in 2005. Dit neemt toe tot 757.000 cliënten in 2030. De groei bedraagt 1 procent per jaar en 29 procent cumulatief.

Het gebruik is om te rekenen naar een kostenplaatje door het toevoegen van de prijzen en tarieven van 2005. Bij constante prijzen nemen de collectieve zorguitgaven dan toe van 9,8 miljard euro in 2005 tot 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een stijging van 1,3 procent per jaar, ofwel 37 procent cumulatief tot 2030.

In 2030 komen de collectieve zorguitgaven dan voor 89 procent voor rekening van de AWBZ en voor 11 procent voor rekening van de Wmo. Dit is overigens vergelijkbaar met de huidige situatie.

De collectief gefinancierde zorguitgaven stijgen dus aanzienlijk sneller dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (cumulatief 37 versus 29 procent).

Tabel 3.1 geeft inzicht in de achterliggende oorzaken.

tabel 3.1 Verdeling van gebruik en uitgaven collectief gefinancierde ouderenzorg, 2005 en 2030

	uitgaven per gebruiker per jaar (in euro)	aandeel gebruikers (%)	Aandeel uitgaven (%)	groei gebruikers cq uitgaven per pakket*	aandeel gebruikers	aandeel uitgaven
		2005	2005	2030 (2005=100)	2030	2030
Huishoudelijke verzorging	3800	35	8	119	32	7
Persoonlijke verzorging	11.900	11	7	137	11	7
Verpleging	16.200	13	12	140	14	13
Begeleiding	32.700	4	8	128	4	8
Verblijf kort	3100	10	2	128	9	2
Verblijf lang verzorging	23.300	18	24	128	17	23
Verblijf lang verpleging	61.300	10	38	148	12	41
Totale groei (2005=100)					129	137
Totaal absoluut (aantallen)		586.000			757.000	
Totaal absoluut (euro)			9.8 mrd.			13 mrd.

* Uitgaande van constante prijzen is de gebruikersgroei gelijk aan de groeivoet van de uitgaven.
Bron: SCP.

De tabel laat zien dat in 2005 tien procent van de gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg een beroep doet op verpleeghuiszorg. Dit is met ruim 61.000 euro per gebruiker per jaar veruit de duurste voorziening. Het beroep op verpleeghuiszorg zoals geraamd voor 2030 (in de tabel: 'verblijf lang verpleging') neemt toe met 48 procent ten opzichte van 2005. Daarmee is dit de voorziening die de sterkste stijging in het gebruik kent. Genoemde ontwikkeling verklaart in belangrijke mate waarom de collectief gefinancierde zorguitgaven sneller stijgen dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg.

Het SCP verwacht geen noemenswaardige kostenbesparing als gevolg van de voortgaande trend van extramuralisering. In de periode 1985-2005 leverde de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg juist wel een belangrijke besparing op. Het SCP signaleert echter dat de zwaardere vormen van AWBZ-zorg aan huis duurder zijn dan de gemid-

delde kosten van intramurale verzorging⁵⁷. En het ligt in de verwachting dat de verdergaande extramuralisering cliënten zal betreffen die meer zorgbehoevend zijn.

Al met al is de geraamde jaarlijkse uitgavenstijging tot 2030 in constante prijzen (1,3 procent) hoger dan de groei van het productievolume in de periode 1985-2005 (0,9 procent), maar grosso modo gelijk aan de historische uitgavenstijging in de periode 1995-2005 (1,2 procent per jaar). Voor de (reële) prijsstijging gaat het SCP uit van een laag scenario (2,0 procent per jaar) en een hoog scenario (2,4 procent per jaar)⁵⁸. In combinatie met de volumegroei van 1,3 procent per jaar resulteert voor de ouderenzorg een collectieve uitgavengroei van 3,3 à 3,7 procent per jaar. Het SCP merkt op dat de toekomstige prijsontwikkelingen dus minstens zo belangrijk zullen zijn voor de ontwikkeling van de collectieve uitgaven als de verwachte volumeontwikkeling.

3.3.5 Technische exercitie AWBZ-uitgaven tot 2020 (VWS-deskundigen)

Deskundigen van het ministerie van VWS hebben een technische exercitie gemaakt van alle AWBZ-uitgaven (dus niet alleen de ouderenzorg, zoals in de SCP-ramingen) voor de periode 2008-2020. Bij deze raming zijn de onderscheiden sectoren afzonderlijk in beeld gebracht.

Veronderstellingen

De basisraming gaat ervan uit dat het procentuele zorggebruik binnen elke bevolkingsgroep gelijk blijft. Vervolgens wordt de basisraming gevoed met de nieuwste CBS-bevolkingsprognose. Dit geeft bij elkaar genomen een volumeraming van het zorggebruik in de periode 2008-2020. De volumeraming wordt voorts uitgebreid met de kosten per product, uitgaande van het prijsniveau 2006. De technische exercitie maakt op verschillende plaatsen gebruik van de middellangetermijnraming van het CPB⁵⁹. Dit betreft de veronderstellingen over de extramuralisering, de intensivering van de zorg en de ontwikkeling van de reële AWBZ-prijzen (zie kader).

Aanvullende veronderstellingen

Extramuralisering

De exercitie gaat ervan uit dat de trend van extramuralisering zal doorzetten en besparingen zal blijven opleveren. Dit wordt onder meer veroorzaakt door de introductie van het volledig pakket thuis. In het model is dit als volgt gekwantificeerd:

57 In tabel 3.1 zijn de kosten van dagelijkse begeleiding aan huis hoger dan de kosten van intramurale verzorging ('verblijf lang verzorging').

58 De reële prijsontwikkeling meet de ontwikkeling van de prijs van de zorg minus de bbb-prijs.

59 De MLT-raming wordt besproken in bijlage 5B.

- afname aantal verpleeghuisbedden: - 0,4% per jaar
- afname aantal verzorgingshuisbedden: -1,1% per jaar
- afname intramuraal: wordt geheel opgevangen in de thuiszorg.

Intensiteit van de zorg

De VWS-deskundigen signaleren in verschillende sectoren een trendmatige groei van de intensiteit van de zorg. Dit leidt tot een hogere groei van het zorgvolume bovenop de demografisch bepaalde groei (vergrijzing).

In het model zijn met betrekking tot de jaarlijkse groei van de intensiteit de volgende veronderstellingen gehanteerd:

- extra intensiteit thuiszorg: 1,5 procent
- extra intensiteit verpleeghuizen: 1,0 procent
- extra intensiteit verzorgingshuizen: 1,0 procent
- extra intensiteit verstandelijke gehandicaptenzorg: 2,5 procent
- extra intensiteit geestelijke gezondheidszorg (ggz): 1,5 procent.

Ontwikkeling van de prijzen

De technische exercitie sluit voor de prijsontwikkeling aan bij de veronderstellingen die het CPB voor de periode 2008-2011 heeft gemaakt. De prijscomponent betreft de reële prijsontwikkeling, dat wil zeggen de prijs van zorg minus de bbp-prijs.

Raming AWBZ-uitgaven

Worden bovenstaande aanvullende veronderstellingen ingebracht in het ramingmodel, dan ontstaan voor de verschillende sectoren groeipercentages zoals weergegeven in tabel 3.2.

tabel 3.2 Uitgavengroei voor verschillende AWBZ-sectoren voor de periode 2008-2020

Verpleging & verzorging			Gehandicaptenzorg			GGZ			AWBZ totaal		
Volume*	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.	Volume	Prijs	Tot.
2,4	1,2	3,6	2,5	1,2	3,7	1,9	1,2	3,1	2,5	1,2	3,7
(=2,4 + 1,2 - 1,2)			(=0,3+ 2,2)			(=0,5+ 1,4)			(=1,7 + 1,5 - 0,7)		

* Volumegroei bestaat uit: groei aantal zorgvragers (demografische component) + intensivering van de zorg – trend van extramuralisering; dit laatste is alleen aan de orde bij verpleging en verzorging (en bij AWBZ totaal).

Tabel 3.2 laat zien dat de geraamde reële groei van de AWBZ-uitgaven circa 3,7 procent per jaar bedraagt⁶⁰. Hetzelfde groeicijfer geldt voor de gehandicaptenzorg (voor het merendeel de zorg aan verstandelijk gehandicapten). Bij deze sector is de volumegroei voor het grootste deel het gevolg van de intensivering van de zorg (2,2 van de 2,5 procent) en maar voor een klein deel het gevolg van de demografische ontwikkeling (0,3 van de 2,5 procent).

Voor de geestelijke gezondheidszorg ligt de reële uitgavengroei wat lager (3,1 procent).

60 De optelsom van de reële groei en de bbp-inflatie heeft als uitkomst de nominale groei.

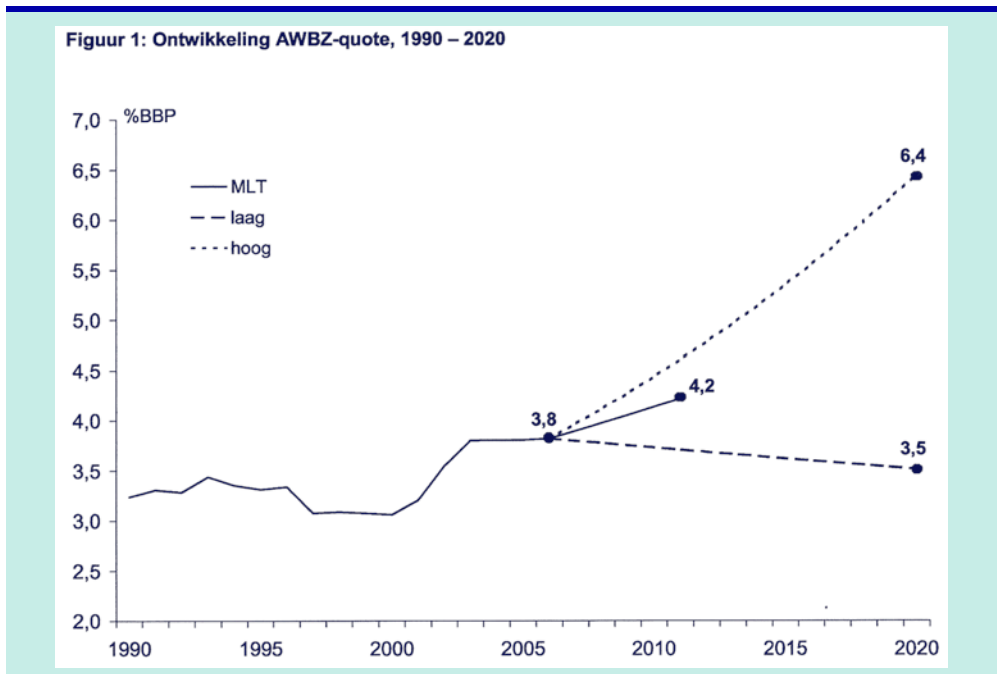
Ook hier geldt dat de veronderstelde intensivering van de geleverde zorg meer gewicht in de schaal legt dan de demografisch bepaalde groei.

Voor de sector verpleging en verzorging is het beeld wat complexer. Het verwachte reële groeipercentage van 3,6 procent is iets lager dan dat voor de AWBZ als geheel. Aan deze 3,6 procent levert de demografische groei de belangrijkste individuele bijdrage (2,4 procent). De veronderstelde intensivering van de zorg en de reële prijsontwikkeling voegen elk 1,2 procentpunt toe, terwijl de trend van extramuralisering de jaarlijkse uitgaven-groei voor 1,2 procentpunt drukt.

3.3.6 Mogelijke ontwikkeling AWBZ-quote op de lange termijn (CPB)

Het CPB heeft twee scenario's gemaakt van hoe de AWBZ-quote zich op de lange termijn zou kunnen ontwikkelen⁶¹. Daarbij is aansluiting gezocht bij twee relevante periodes in het verleden: de periode 2000-2006, waarin de aanbodregulering werd losgelaten en de AWBZ-quote in korte tijd fors opliep, en de periode 1990-2000, waarin mede door een strakke aanbodregulering de AWBZ-quote zeer stabiel bleef. Figuur 3.2 geeft een overzicht. Daaruit blijkt dat de bandbreedte tussen de hoge en lage scenario's zeer fors is. De tussenvallende lijn betreft de middellangetermijnraming van het CPB voor de periode 2008-2011.

figuur 3.2 Twee scenario's voor de AWBZ-quote tot 2020



61 De CPB-notitie is opgenomen in bijlage 5D.

3.3.7 Enkele constatering

In deze paragraaf (3.3) is nader ingegaan op verschillende ramingen en analyses van de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven op langere termijn. Meer informatie is te vinden in bijlage 5B.

De verschillende ramingen zijn niet eenduidig, zodat kan worden geconstateerd dat het perspectief voor de lange termijn hoogst onzeker is. De verschillen tussen de ramingen komen met name voort uit verschillende aannames ten aanzien van de prijsontwikkeling en de zorgintensiteit (kwaliteit).

Ontwikkeling AWBZ-uitgaven hoogst onzeker

Uit de analyse over 1985–2005 en uit de CPB-scenario's voor de toekomstige AWBZ-quote blijkt dat de AWBZ-uitgaven niet uit de hand hoeven te lopen. Opmerkelijk is dat de ouderenzorg (die toch demografisch gevoelig is) relatief minder stijgt dan de gemiddelde uitgavenontwikkeling in de AWBZ. Verder valt op dat de stijging zich relatief sterker voordoet bij jeugdige gehandicapten en jeugdigen met psychiatrische problemen en vooral bij de pgb aan jeugdigen (zie ook paragraaf 3.1.2).

Van belang is dat de gewenste kostenbeheersing in het verleden voor een belangrijk deel is gerealiseerd door aanbodregulering. Het centraal stellen van de cliënt en het hanteren van het uitgangspunt van vraagsturing in de toekomst (met ruimte voor pgb's) zal gepaard moeten gaan met vormen van vraagregulering om het oplopen van AWBZ-uitgaven op langere termijn te beperken en het ontstaan van wachtlijsten en wachttijden te voorkomen. In dit verband is van belang dat het SCP constateert dat er nog een verschil is tussen de potentiële vraag naar zorg en het verwachte gebruik van AWBZ-zorg in de toekomst.

Gedurende een lange periode is het aandeel van de AWBZ-uitgaven in het nationaal inkomen, ondanks een voortdurend stijgende zorgvraag, redelijk constant gebleven, afgezien van een inhaalslag als gevolg van wachtlijsten en arbeidsmarktknelpunten aan het begin van deze eeuw. De ramingen voor de ontwikkeling van de zorgvraag in de toekomst wijken niet af van de gerealiseerde groei in de afgelopen jaren. Relevant daarbij is ook dat ook de premiegrondslag voor de AWBZ stijgt niet alleen door de algemeen sociaal-economische ontwikkeling, maar ook als gevolg van een stijging van het gemiddelde inkomen van ouderen.

Demografische factor

Alle ramingen laten zien dat de demografische factor relevant is voor de toekomstige stijging van AWBZ-uitgaven en meer in het algemeen de zorguitgaven. De mate waarin deze factor dominant is, verschilt per raming. De factor *intensivering van de zorg*, de trend van extramuralisering en de prijsfactor spelen in de verschillende ramingen een minstens zo belangrijke rol.

Intensivering van de zorg

De terugblik over de periode 1985-2005 wijst voor verschillende sectoren op een trend van voortgaande intensivering van de geleverde zorg, naast de demografisch bepaalde toename van de zorgbehoefte. De intensivering van de zorgbehoefte speelt sterker in de sectoren van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg dan in de ouderenzorg. Het is voor de toekomst van groot belang in hoeverre in de toekomst rekening moet worden gehouden met verdergaande intensivering van de zorgbehoefte.

Trend van extramuralisering

In het verleden leverde de substitutie van zorg in een verzorgingshuis door thuiszorg een kostenbesparing op. De veronderstellingen voor de toekomst lopen op dit punt uiteen. De deskundigen van VWS gaan in hun technische exercitie uit van een blijvende kostenbesparing. Het SCP wijst op het risico dat AWBZ-zorg thuis in de toekomst wel eens duurder kan uitvallen dan vergelijkbare zorg in een intramurale setting.

Prijzontwikkelingen

Hoewel de verschillende ramingen uiteenlopende veronderstellingen hanteren over het relatieve gewicht van prijs- en volume-effecten, is duidelijk dat de relatieve prijsontwikkeling in de zorgsector een belangrijke rol zal spelen bij de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven in de toekomst. Het beleid zal dus handvatten moeten bevatten om onnodige prijsinflatie in de zorgsector tegen te gaan. In dit verband kan worden gewezen op de bestaande praktijk rond de arbeidsvoorwaardenontwikkeling.