

Reactie op: Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig

In ESB betogen Schut en Van de Ven (2010) dat uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars niet verstandig is. Op hun argumentatie is nogal wat aan te merken, want deze is nauwelijks gebaseerd op onderzoek maar op veronderstellingen en vermeende waarschijnlijkheden. Met de juiste keuzes geeft uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars juist een goede borging van de kwaliteit en doelmatigheid in de langdurende zorg. Het eerste argument dat Schut en Van de Ven aanvoeren, is dat AWBZ-verzekerden voorspelbaar verliesgevend zijn voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars zouden om die reden geen stimulans hebben verzekerden met een langdurige AWBZ-behoefte aan zich te binden. Het risicovereveningsmodel voor de Zvw wordt echter op onderdelen verbeterd. Zo wordt gewerkt aan compensatie van meerjarige hoge kosten. Deze hogekostencomponent in het risicovereveningsmodel moet ervoor zorgen dat vanaf 2012 voorspelbare verliezen van dergelijke verzekerden tot het verleden behoren. Het tweede argument is dat naar verwachting onvoldoende gebruikers van langdurige zorg bereid en in staat zijn om verzekeraars effectief onder druk te zetten om goede en doelmatige AWBZ-zorg in te kopen. Dat is een vreemde aanname. Deze gebruikers hebben juist een groot belang om te kiezen en hun stem te laten horen omdat zij langdurig en intensief gebruikmaken van AWBZ-zorg. Het zijn waarschijnlijk de meest bewuste kiezers in de zorg. Zo is in de AWBZ het persoonsgebonden budget, waarbij zorgvragers zelf kunnen kiezen hoe en met wie de zorg wordt ingevuld, erg populair (VWS, 2010). Ook gaat dit volledig voorbij aan het feit dat iedereen in zijn omgeving wel iemand kent met AWBZ-zorg. En negatief beredeneerd, slechte verhalen verspreiden zich snel en breed, zodat het niet goed regelen van AWBZ-zorg een groot imago-risico geeft voor zorgverzekeraars voor zowel AWBZ als Zvw. Het afbreukrisico is groot. Zorgverzekeraars zullen dus juist een grote druk ervaren om tot goede en doelmatige zorg te komen.

Als laatste argument dragen Schut en Van de Ven aan dat het niet waarschijnlijk is dat zorgverzekeraars in de komende jaren op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden voor de uitvoering van de AWBZ. En zonder risicodragendheid zou uitvoering door concurrerende verzekeraars geen doelmatige en houdbare optie zijn. Er moet dus een systeem van risicoverevening zijn waarbij de verzekeraar voor elke AWBZ-verzekerde een vereveningsbijdrage ontvangt op basis van de verwachte kosten.

De auteurs twijfelen of dit systeem op korte termijn te ontwikkelen is. Het is een uitdaging om tot een werkend systeem van risicoverevening in de AWBZ te komen, maar die uitdaging is wel realistisch. In het door de auteurs geciteerde SER-rapport (2008) en ook in het CPB-document van Pomp *et al.* (2006) zijn experts gematigd optimistisch over de mogelijkheden van risicoverevening in de AWBZ. Het systeem van risicoverevening zoals dat in de Zvw wordt gehanteerd, kan inderdaad niet een-op-een worden overgenomen. Het AWBZ-systeem van risicoverevening dient aan te sluiten op de context en kenmerken van de AWBZ, zoals de onafhankelijke indicatiestelling.

Schut en Van de Ven komen in hun artikel niet met alternatieven die de belangen van de cliënt en de beheersbaarheid van de AWBZ beter kunnen borgen dan de zorgverzekeraars. De cliënt krijgt één aanspreekpunt voor alle verzekerde zorg en wordt daar integraal geholpen, waardoor de samenhang tussen cure en care toeneemt. De huidige uitvoering door zorgkantoren waar de auteurs op terug lijken te vallen, bevat geen financiële stimuli tot doelmatige zorginkoop. En omdat het zorgkantoor geen eigen verzekerden heeft, oefenen verzekerden geen druk uit om de zorginkoop beter vorm te geven. Het vraagstuk om doelmatigheidsstimuli in de zorginkoop te combineren met een gelijke toegankelijkheid van zorg doet zich voor in alle mogelijke uitvoeringsmodellen van de AWBZ, of de rol van zorginkoper nu belegd wordt bij zorgverzekeraars, bij cliënten zelf, of bij regionale inkoopers zoals zorgkantoren of gemeenten. De uitdaging is om de, door alle bij het SER-advies betrokken partijen, erkende voordelen van gecombineerde uitvoering van AWBZ en Zvw door zorgverzekeraars te helpen realiseren en te onderzoeken hoe een goed functionerende risicoverevening kan worden vormgegeven, om te beginnen voor de ouderenzorg.

LITERATUUR

- VWS (2010) *Brief aan Tweede Kamer. Handhaving subsidieplafond pgb's per 1 juli 2010*. 25 juni, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- SER (2008) *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*. SER-Advies, 08(03).
- Pomp, M., E. Mot en R. Douven (2006) *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*. CPB Document, 122.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2010) *Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig*. ESB, 95(4591), 486-489.

PIETER F. HASEKAMP
Algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland

MARIJKE C.M. VERBEEK
Beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland

De redactie behoudt zich het recht voor inzending voor de rubriek reactie te wijzigen, in te korten, aan te passen of te redigeren ten behoeve van de leesbaarheid en argumentatie.