



Vouchers in de AWBZ

Auteur(s):

Meulenbeek, H.
Velthuisen, J.W.
Verduijn, J.

De eerste twee auteurs zijn verbonden aan de Stichting voor Economisch Onderzoek (UvA). Verduijn is werkzaam bij het ministerie van Financiën.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4219, pagina 645, 10 september 1999

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Door vouchers te verstrekken voor verzorging of huishoudelijke hulp en tegelijkertijd een eigen bijdrage in te voeren, kan flinke doelmatigheidswinst worden behaald.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een volksverzekering voor zorgvoorzieningen. Dit houdt in dat iedere Nederlander er verplicht aan moet bijdragen, en vervolgens, al dan niet na betaling van een eigen bijdrage, ook recht heeft op AWBZ-zorg. Wel wordt de capaciteit gereguleerd: het aanbod van zorg is gelimiteerd door vastgestelde budgetten. Dit systeem is ongelukkig in die zin dat er weinig prikkels vanuit gaan om te komen tot een doelmatiger zorg. Dit is onbevredigend, te meer omdat de AWBZ-uitgaven de komende decennia sterk toenemen vanwege de vergrijzing.

In dit artikel leggen we een onderdeel van de AWBZ op de snijtafel: de thuiszorg. We geven eerst enkele kenmerken van de huidige regeling. Op grond daarvan concluderen we dat de doelmatigheid van de AWBZ-zorg ermee gediend is als de aanbod-regulering vervangen gaat worden door sturing vanuit de vraag. We beargumenteren dat vouchers hiervoor een goed instrument kunnen zijn.

Hoe werkt de AWBZ?

De AWBZ is vooral bedoeld voor de moeilijk verzekerbare, langdurige zorgverlening met geen of slechts zeer onzekere vooruitzichten op herstel door behandeling. De AWBZ is dan ook met name gericht op verpleging en verzorging, en bestaat uit drie clusters:

» ouderenzorg en thuiszorg (voorziene uitgaven in 1999: f 15,7 mrd)

» geestelijke gezondheidszorg (f 5,2 mrd)

» gehandicaptenzorg (f 6,3 mrd). Hiermee is de totale AWBZ-zorg ongeveer even omvangrijk als de zorg op basis van de Ziekenfondswet. De AWBZ- uitgaven worden overigens niet volledig gefinancierd uit AWBZ-premies, maar deels ook door een bijdrage van het Rijk, en uit eigen bijdragen.

De aard en omvang van de benodigde zorg worden vastgesteld door indicatie-organen. Voor de meeste AWBZ-aanspraken gelden inkomensafhankelijke eigen-bijdrage regelingen. De opbrengst hiervan in 1999 zal naar verwachting ca. f 3,3 miljard bedragen.

Zoals gezegd is de capaciteit van de zorgsector op dit moment vrijwel geheel gereguleerd via de aanbodzijde: de clusters zijn gebudgetteerd. Is de vraag groter dan het voorzieningenniveau dan ontstaan wachtlijsten. De budgetteringssystematiek is verklaarbaar vanuit het belang dat de overheid aan (macro)kostenbeheersing hecht. Daar staat tegenover dat er in het systeem weinig prikkels zitten die leiden tot doelmatigheid in de zorgverlening: er is weinig concurrentie en er is onvoldoende keuzevrijheid. Met doelmatigheid wordt hier zowel de bedrijfseconomische doelmatigheid in de zin van zo laag mogelijke kosten per eenheid product bedoeld, als de allocatieve doelmatigheid in de zin van zoveel mogelijk zorg op maat.

Het persoonsgebonden budget

De huidige AWBZ kent één voorziening voor vraagsturing: sinds 1995 is er het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging in de thuiszorg. De essentie van het persoonsgebonden budget is dat de zorgvrager geen zorg in natura krijgt toegewezen maar een budget, vrij te besteden aan zorg naar keuze. De omvang van het budget wordt weer vastgesteld door het zorgkantoor op basis van de indicatiestelling.

Ten opzichte van de totale AWBZ-zorg is de omvang van deze regeling nog bescheiden. Voor 1999 is voor de verpleging en verzorging een budget beschikbaar van f 140 miljoen. De komende jaren zal dit budget echter fors groeien. In 1997 is een motie aangenomen, inhoudende dat 10% van alle budgetgroei besteed moet worden door middel van persoonsgebonden budgetten. Bij de coalitievorming van Paars II bleken de regeringspartijen van mening dat het besturingsconcept van de AWBZ verandering behoeft. In het kader van een

fors aantal maatregelen ter versterking van de vraagsturing in de zorgsector, wordt verdere uitbreiding van de persoonsgebonden budgetten aangekondigd.

Vouchers in de thuiszorg

In dit artikel is onderzocht of - en in welke vorm - de doelmatigheid in de AWBZ zou kunnen worden vergroot door het accent van aanbodssturing te verleggen naar vraagsturing. Als invalshoek voor het onderzoek is gekozen voor de introductie van een nieuw instrument in de AWBZ: vouchers in de thuiszorg. Een voucher is een waardebon waarmee men naar eigen inzicht de gewenste zorg kan 'kopen' bij erkende zorginstellingen. Er wordt in dit model van

uitgegaan dat de toewijzing van vouchers plaatsvindt na onafhankelijke indicatiestelling en dat aanbieders van thuiszorg, binnen de randvoorwaarde van kwaliteit, vrij toegang hebben tot de zorgmarkt. Een dergelijke opzet van de thuiszorg zou de zorgaanbieders de prikkel kunnen geven voor verbetering van de allocatieve en de kostenefficiëntie.

De volgende twee vragen dringen zich op:

» hoe groot is de potentiële doelmatigheidswinst van vouchers in de thuiszorg?

» hoe groot is de aanzuigende werking ervan (uitlokken van nog niet bestaande zorgvraag) en hoe kan de toepassing van vouchers budgettair neutraal plaatsvinden?

Effecten op de prijzen

Om zicht te krijgen op de mogelijke doelmatigheidswinst die door mededinging zou kunnen worden verkregen, is de prijsstelling van verschillende zorgproducten van particuliere zorgaanbieders vergeleken met de tarieven die de reguliere zorginstellingen geacht worden toe te passen (de zogenaamde COTG-tarieven, vastgesteld door het Centraal Orgaan voor Toezicht op de Gezondheidszorg).

Puur op basis van de tariefverschillen ([tabel 1](#)) zou een doelmatigheidswinst van tussen de 30 en 50% kunnen worden verondersteld. Productdefinities zijn echter op sommige punten verschillend. De geconstateerde verschillen tussen de tarieven van de particuliere zorgaanbieders en het COTG kunnen daarom niet met zekerheid geheel aan doelmatigheidswinsten worden toegeschreven. Voor de stelling dat een oorzaak van het verschil zou kunnen liggen in het feit dat de reguliere zorginstellingen ook de 'moeilijke klanten' moeten accepteren, en de particuliere aanbieder kieskeurig kan zijn, is in ons onderzoek echter geen bevestiging gevonden.

Tabel 1. Tarievenvergelijking particuliere thuiszorg en COTG 1998

| | particulier | COTG |
|----------------------------------|----------------|--------------------|
| | <i>f / uur</i> | |
| verpleging | 42,59 | 85,70 ^a |
| verzorging | 35,98 | 53,50 |
| alg. dag. levensverrichtingen | 37,19 | 69,90 ^b |
| huish. dag. levensverrichtingen) | 32,31 | 48,60 |
| Alphahulp | 20,00 | 18,20 |
| huishoudelijke hulp | 31,18 | 48,60 |
| verzorgende | 34,40 | 53,50 |
| ziekenverzorgende | 39,82 | |
| verpleegkundige | 43,00 | 85,70* |
| verpleeghulp | 36,20 | |
| gespecialiseerde verpleegkundige | 43,44 | 93,60 ^c |
| gastvrouw/oppasdienst | 31,29 | |
| kraamzorg (Alphahulp f20) | 41,70 | |

a. inclusief een tijdelijke toeslag van f12,40;

b. inclusief een tijdelijke toeslag van f10,00;

c. inclusief een tijdelijke toeslag van f4,40.

Effecten op de zorgvraag; voorbeeld huishoudelijke hulp

Vastgesteld hebbend dat van vouchers doelmatigheidswinsten verwacht mogen worden, moeten mogelijke onbedoelde budgettaire gevolgen worden verkend. De grote vraag is, in welke mate het aantal personen dat gebruik wil maken van thuiszorg zal toenemen bij de introductie van vouchers.

Voor de beantwoording van deze vraag is de zogenoemde vignettenmethode toegepast. De mogelijke vraageffecten die vouchers voor de thuiszorg zouden veroorzaken, zijn afgeleid van de wensen en voorkeuren van een steekproef van 1800 vijftigplussers, die als potentiële zorgbehoevenden zijn gedefinieerd ¹. De meting van wensen en voorkeuren van deze groep is benaderd door hen in een vragenlijst fictieve producten, zogenaamde vignetten, voor te leggen ([tabel 2](#)). Door verschillende combinaties van kenmerken te maken, zijn verschillende vouchers beschreven. De door de respondent aangebrachte ordening levert een zuiver beeld op van de waardering van de kenmerken, en daarmee de vouchers, per type respondent.

Tabel 2. Kwaliteitsaspecten van huishoudelijke hulp

| | basis vignet (voucher) | gratis informele hulp | betaalde informele hulp | particuliere hulp |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| continuïteit | vast team. v 3 pers | wisselende personen | vaste persoon | vast team v 3 pers |
| tijdstip | vast | wisselend, z. inspraak | wisselend m. inspraak | vast |
| persoon | een professional | vriend/kennis/ familie | vriend/kennis/ familie | een professional |
| uren per week | 1 uur | 4 uur | 10 uur | 20 uur |
| admin. taken | formulieren invullen | geen | geen | geen |
| eigen bijdrage | f 0 | f 0 | f 15,00 | f 32,31 |
| acceptatiekans | 0,970 | 0,817 | 0,487 | 0,451 |

Uit de enquête blijkt een grote voorkeur voor professionele hulp boven burenhulp. De belangstelling voor een voucher neemt toe naarmate deze een groter volume aan zorg vertegenwoordigt, maar zelfs voor een voucher van f 20 neemt men een eventuele papierwinkel voor lief. Blijkbaar tilt men niet zwaar aan de administratieve rompslomp. Verder geeft een zorgvrager duidelijk de voorkeur aan dezelfde gezichten boven steeds nieuwe mensen. Ook wordt belangrijk gevonden of er enige inspraak is in de tijdstippen waarop de zorg wordt verleend en uiteraard speelt de hoogte van de eigen bijdrage een rol. Er ligt een gemiddelde top bij ongeveer vier uur hulp per week, daarboven en daaronder neemt de waardering wat af².

Verondersteld wordt dat de indicatiesystematiek door de introductie van vouchers niet verandert. De aanzuigende werking van een voucher kan dan ontstaan doordat hulp, die nu aan anderen gevraagd wordt, of bij andere dienstverleners wordt ingekocht, wordt verdrongen en met behulp van de vouchers bij aanbieders van AWBZ-zorg wordt uitgeoefend. De verdrongen hulp kan afkomstig zijn uit drie 'sectoren':

- » de gratis informele hulp (familie, kennissen, burenen);
- » de betaalde informele hulp (zwart betaalde hulp);
- » de officiële particuliere hulp.

Hierbij wordt als maximaal budgettair risico verondersteld dat alle mensen die nu buiten de AWBZ in hun zorg voorzien, geïndiceerd zouden worden voor een voucher.

In [tabel 2](#) zijn voor de huishoudelijke hulp vier 'vignetten' weergegeven. In de eerste kolom is het basisvoucher weergegeven. De kenmerken hiervan zijn ontleend aan de voorkeuren die uit de enquête zijn gebleken: professionele hulp, een vast team, hulp op vaste tijdstippen, vier uur in de week, wel formulieren invullen, geen eigen bijdrage. De drie overige vignetten zijn zo samengesteld dat zij representatief zijn voor de soort thuiszorg die momenteel wordt geleverd door de hierboven genoemde drie sectoren van waaruit aanzuigende werking zou moeten komen.

Op basis van de enquête kunnen de acceptatiekansen van het basisvoucher en de zorg uit de andere drie sectoren worden geschat. Het basisvoucher heeft een hoge acceptatiekans van 0,97. Dit verbaast niet. Elementen als professionele hulp en geen eigen bijdrage maken het zeer aantrekkelijk. Combineren we de huidige geschatte omvang van deze sectoren³, met (het verschil tussen) deze acceptatiekansen, dan kan de aanzuigende werking van het basisvoucher vanuit elk der drie sectoren worden berekend.

De extra AWBZ-uitgaven als gevolg van de aanzuigende werking worden voor een deel opgevangen door doelmatigheidswinst. Voor het overige kunnen de extra uitgaven worden tegengegaan door een eigen bijdrage. Merk op dat een hogere eigen bijdrage leidt tot een geringere aanzuigende werking. In [tabel 3](#) staan de gemiddelde eigen bijdragen, die nodig zijn voor een budgettair neutrale invoering van het voucher voor huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. De bijdragen zijn berekend voor twee situaties: die waarin de nieuwe tarieven gelijk worden aan de huidige markttarieven (maximale doelmatigheidswinst) en die bij het COTG-tarief, onder het motto dat de werkelijkheid er ergens tussenin zal liggen.

Tabel 3. Aanzuigende werking en gemiddelde eigen bijdrage voor een budgettair neutrale invoering van vouchers voor huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging

| | compenserende eigen bijdrage | aanzuigende werking |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| | f/uur | personen |
| <i>Huishoudelijke hulp</i> | | |
| bij markt-tarief (f 32,31) | 17,00 | 375.000 |
| bij COTG-tarief (f 48,60) | 26,25 | 185.000 |
| <i>Persoonlijke verzorging</i> | | |
| bij markt-tarief (f 37,19) | 16,30 | 118.000 |
| bij COTG-tarief (f 69,90) | 33,70 | 43.000 |

Gaan we uit van het markttarief van f 32,31 per uur, dat wil zeggen dat het tariefverschil tussen de gemiddelde particuliere zorginstelling en het COTG-tarief is toe te schrijven aan doelmatigheidswinst, en dat via marktwerking de volledige doelmatigheidswinst wordt behaald, dan bedraagt voor huishoudelijke hulp de aanzuigende werking 375.000 personen. Budgettaire neutraliteit wordt dan verkregen bij een

gemiddelde eigen bijdrage van f 17,00 per uur. Samen met de 225.000 personen die al regulier verstrekte zorg ontvingen vanuit de AWBZ, worden na invoering van een voucher met een eigen bijdrage van gemiddeld f 17,00 per uur 600.000 personen bediend vanuit de AWBZ. Het betekent waarschijnlijk dat een deel van het contingent personen dat thans zwart betaalt, wordt afgeroomd.

De gemiddelde eigen bijdrage van f 17,00 per uur is hoog. Dit is vooral het gevolg van de veronderstelling dat allen die nu buiten de AWBZ in hun zorg voorzien, geïndiceerd worden voor een voucher. Daarnaast kan de eigen bijdrage inkomensafhankelijk gemaakt worden. De bereidheid om aan zorg (mee) te betalen hangt af van het inkomen. Uit het onderzoek blijkt dat de inkomenselasticiteit van de vraag 0,36 bedraagt. Verder blijken mannen meer te willen meebetalen dan vrouwen. Naarmate men zich gezonder vindt, is de bereidheid om te betalen hoger. Bij de inkomenselasticiteit van 0,36 en de inkomensverdeling onder de vragers (huishoudens van 55 jaar of ouder) kunnen de budgetneutrale inkomensafhankelijke eigen bijdragen worden berekend: van f 11,25 per uur voor lage inkomenscategorieën en tot f 22,75 voor hogere inkomens.

Conclusie

De introductie van vouchers in de thuiszorg, in combinatie met een onafhankelijke indicatiestelling en een vrije toetreding van aanbieders, is een interessante beleidsoptie. De potentiële doelmatigheidswinst kan worden geschat op 20 à 30%.

Wel zal dit model leiden tot een grotere vraag naar AWBZ-thuiszorg dan thans het geval is. Deze vraag is afkomstig van mensen die thans gebruik maken van gratis informele hulp, betaalde informele hulp en particuliere hulp. Ondanks de doelmatigheidswinst zal de extra vraag leiden tot extra AWBZ-kosten. Deze kosten kunnen worden geneutraliseerd door het vragen van een, al dan niet inkomensafhankelijke, eigen bijdrage.

1 Wij hebben gekozen voor de zogenaamde proxy-benadering door een (onderzoeks)- groep te nemen die zich in ieder geval een voorstelling kan maken van een situatie waarin zij zelf een beroep doet op AWBZ-zorg - hetzij uit eigen ervaring, hetzij uit ervaring uit haar directe omgeving.

2 Wat betreft huishoudelijke hulp valt er een onderscheid te maken tussen personen die wel/niet gebruik maken van een hulpmiddel, tussen opleidingsniveaus en inkomen. Het beeld voor persoonlijke verzorging komt in grote lijnen overeen met dat van de huishoudelijke hulp, zij het dat opleidingsniveau niet van significante betekenis is voor de mate van acceptatie van de voorgelegde vignetten.

3 Op basis van onderzoek van het SCP (1994) wordt voor het aantal personen dat een beroep doet op huishoudelijke hulp uitgegaan van de volgende schattingen: reguliere instellingen 225.000, particuliere instellingen 154.000, mantelzorg 650.000 en betaalde informele zorg 105.000.