



Schaarste in de awbz: van capaciteitsprobleem naar markttuitdaging

Auteur(s):

R.F. Mouton

De auteur is werkzaam als hoofd beleidszaken bij De Open Ankh, een landelijk werkverband van stichtingen in de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. r.mouton@openankh.nl

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D14, 10 februari 2005

Rubriek:

Prikkels en markten

Trefwoord(en):

De ouderenzorg die via de awbz wordt gefinancierd, zal onbetaalbaar worden. De publiek gefinancierde ouderenzorg moet waar mogelijk omgevormd worden tot een privaot gefinancierde vorm. Voor andere doelgroepen uit de awbz gelden andere analyses.

Het capaciteitsprobleem voor de toekomstige zorg in Nederland is een gegeven. Met de vergrijzing en ontgroening van onze bevolking stijgt de zorgvraag, zowel in absolute als in relatieve zin. Naarmate men ouder wordt, consumeert men meer zorg (rivm, 2002). Met een zorgaanbod dat collectief wordt gefinancierd, een matige economie, een tekort op de rijksbegroting en toenemende internationale concurrentie kan deze stijgende zorgvraag straks niet met collectieve middelen worden beantwoord (rmo, 2004). De recente herinvoering van budgetten per regio in de awbz is daar de een van de eerste tekenen van.

Zowel binnen het huidige als binnen het voorgenomen wetgevingsregime worden de doelgroepen voor alle vormen van zorg binnen een collectief stelsel gehouden.¹ Ondernemen buiten dit regime stuit op vele wettelijke, administratieve, maar ook normatieve barrières. Er kunnen dus wel functies worden verschoven (wmo), maar voor doelgroepen is verschuiving veel moeilijker; aanspraken worden immers geïndiceerd los van de vraag tot welke doelgroep je behoort.

De schaarste in de awbz dient van probleem van administrateurs omgepoold te worden tot een uitdaging voor maatschappelijk ondernemers. (Nieuwe) aanbieders op de zorg- en verzekeringsmarkt zullen de schaarste die op de zorgmarkt wordt voorspeld als uitdaging tegemoet moeten treden en daartoe in staat gesteld moeten worden. Omdat de awbz vele doelgroepen, sectoren en functies kent, is het zaak genuanceerd en met inachtneming van achtergronden en maatschappelijke verworvenheden een marktverkenning per doelgroep te doen. Onderzocht moet worden welke groepen zich voor toekomstig zorggebruik zelf zouden kunnen verzekeren en voor welke groepen sprake is van onverzekerbare zorg. Voor het laatste is in jaren zestig de awbz opgericht. De economische situatie waarin een grote groep ouderen indertijd verkeerde, is echter niet te vergelijken met de naoorlogse generatie.

Marktverkenning

De awbz verzekert op dit moment zorg en ondersteuning in vier grote sectoren, elk met hun eigen geschiedenis, doelgroep, branchevereniging en cao. Het gaat om de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de verpleging & verzorging en de thuiszorg. Met de modernisering van de awbz heeft deze sectorale indeling per april 2003 een andere schikking gekregen in de vorm van zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Behoudens de functie behandeling en een eventueel daaraan gekoppelde vorm van verblijf (bijvoorbeeld in een verpleeghuis) zijn deze functies niet meer sectorspecifiek geïndiceerd en hoeven dus ook niet sectorspecifiek worden aangeboden.

Deze kanteling vormt de kern van de modernisering van de awbz. Niet de doelgroepen (markten), maar de functies worden in de modernisering en in de gang naar de wmo als aangrijpingspunt gebruikt. Indicatie, toewijzing, uitvoering, bekostiging, de toelating van aanbieders, de inkoop door zorgkantoren en de verkoop door zorgaanbieders zijn allemaal functiegericht geworden.

Beleidsmakers kunnen door deze nieuwe indeling opeens met kosten en verantwoordelijkheden schuiven. Zo kan bijvoorbeeld worden besloten dat wonen alleen een awbz-verstrekking is als het gekoppeld is aan behandeling. Verzorgings- en begeleidingsfuncties kunnen ook worden gezien als welzijnstaken en hoeven strikt genomen niet via de gezondheidszorg te worden bekostigd en geregeld. Dit schept ook de mogelijkheid functies over te hevelen naar de wmo. Voor de ggz is inmiddels het officiële voornemen om behandeling en verblijf korter dan een jaar in de reguliere ziektekostenverzekering op te nemen. Onderzocht wordt of voor verpleeghuisgeïndiceerde zorg die gericht is op genezing (revalidatie) ditzelfde mogelijk is.

Diagnose

Bezien vanuit de traditionele sectorgeoriënteerde benadering (en dus niet uitgaande van het sjabloon van functies), zien we grofweg de volgende ontwikkeling in de zorgconsumptie. De zorgconsumptie in de geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg zal nagenoeg gelijk blijven (rvz, 1997; rivm, 2002). De explosieve groei van de vraag in de awbz is gelegen in de ouderenzorg: verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en een aanzienlijk deel van de thuiszorg. Het is deze doelgroep die volledig verantwoordelijk kan worden gesteld voor de voorspelde groei in de zorgvraag respectievelijk het voorspelde zorgdeficit (College Bouw, 2003; rivm/scp 2004). Noch de modernisering van de awbz, noch ketenvorming en fusies van zorgaanbieders zullen voldoende prikkels bieden om de

productiviteit te vergroten.

Schaarste van aanbod is immers van strategisch belang voor de marktpositie van de zorgaanbieder in een gebudgetteerde omgeving. Om als verkoper van zorg (zorgaanbieder) voldoende countervailing power te hebben tegenover de monopoliede regionale zorginkoper (het zorgkantoor), is schaarste van het aanbod dus van belang in de onderhandelingspositie van de aanbieder. Ook naar andere partners, zowel overheden als mede-zorgaanbieders, biedt het bestaan van schaarste een argument tot samenwerking, efficiencyverbetering, schaalvergroting en uitbreiding. Het systeem waarmee de overheid de premiegelden met verdeelsleutels distribueert (distributiesysteem), levert dus niet voldoende prikkels om tot een vorm van gezonde concurrentie tussen aanbieders van zorg te komen: schaarste in aanbod is telkens nodig in de onderhandelingspositie (Porter & Teisberg, 2004).

Het zorgkantoor, het orgaan dat namens de overheid zorg inkoop, is als monopolist niet alleen de enige partij die awbz-zorg inkoop, maar is ook nog de enige partij in de regio en het land die over spiegelinformatie beschikt, die weet wat de marktaandelen, prijzen en vergelijkende kwaliteitsbeoordelingen van de zorgaanbieders zijn. Mogelijk dat deze machtspositie enig soelaas biedt om efficiency bij zorgaanbieders af te dwingen, maar met marktwerking die zou moeten leiden tot een balans tussen vraag en aanbod heeft het weinig te maken.

Allocatie van schaarste

In een distributief systeem dat zowel gebaseerd is op budgettering als op marktwerking, is schaarste een dubbelzinnig begrip. In een distributief systeem is schaarste (wachtlijsten) een publiek probleem. Bij een geconstateerde toenemende vraag wordt de premie verhoogd om meer aanbod te kunnen bieden. In een marktsysteem is schaarste van aanbod (wachtlijsten) een wezenlijke prikkel die door gedrag van marktpartijen tot verhoging van de productiviteit, de capaciteit of de prijs zal leiden. In het ene systeem heeft schaarste een negatieve connotatie, in het andere systeem een positieve.

Voor sommige doelgroepen heeft het distributiemodel bewezen een goed instrument te zijn. Ook in de functie-georiënteerde, gemoderniseerde awbz zal dat stand kunnen houden. Het is daarom zaak de achterliggende diagnose in het oog te houden: bij de ouderenzorg is sprake van een groeiend deficit tussen vraag en aanbod.

Implicaties

Om de schaarste aan te kunnen, zal niet met het functiesjabloon van de gemoderniseerde awbz moeten worden gewerkt, maar met doelgroepen. Ik wil dan ook pleiten voor het doorvoeren van een grootscheepse ommezwaai in de verzekering van de ouderenzorg van de awbz naar het private domein. De ouderenzorg is verantwoordelijk voor de stijging van de vraag. Juist ouderen hebben (straks) levenslang de mogelijkheid gehad tot sparen, verzekeren of het realiseren van vermogensgroei. Dit in tegenstelling tot de huidige generatie ouderen.

Voor hen die in staat zijn zich uit eigen middelen privaat te verzekeren, is het daarom voor de toekomstige ouderenzorg te rechtvaardigen dat een oplossing in het private domein wordt gezocht. Zo is het denkbaar op een bepaald moment (x) iedereen tot bijvoorbeeld de leeftijd van 35 jaar uit te sluiten van de collectief gefinancierde ouderenzorg. De veronderstelling hier achter is dat individuele premie voor een ouderenzorgverzekering over een periode van ongeveer dertig jaar tot voldoende kapitaal leidt om bij gegeven nood tot uitkering over te kunnen gaan. De component van de awbz-premie ter dekking van de zorg is vanaf dat moment (x) geen premie meer, maar belasting. Deze belasting wordt alleen door het cohort 35-plussers betaald. Deze verschuiving van premie- naar belastingstelsel garandeert de toegankelijkheid van zorg voor die groep. Voor de groep mensen die op dat moment (x) jonger is dan 35, wordt een volledig privaat regime geïntroduceerd met private verzekeraars, waarbij ook de premie aftrekbaar wordt voor de belasting. Voor beide groepen is zorg principieel toegankelijk, de jongere generatie heeft echter meer eigen verantwoordelijkheid. Uiteraard zal ook in een dergelijk systeem een ondergrens moeten worden gedefinieerd voor de zorg aan diegenen die niet verzekerd zijn.

Conclusie

De bril van de gemoderniseerde awbz vertroebelt het zicht op oplossingen voor een capaciteitsprobleem dat doelgroepsgewijs geanalyseerd kan worden. De tweeledige sturing van overheid en markt die nu in de awbz is gebracht, leidt vooralsnog tot versterking van de huidige structuur: steeds grotere zorgaanbieders, monopoliede gedrag van zorgkantoren en handhaving van schaarste. Overheveling van publieke verantwoordelijkheden aan private partijen zou dit patroon kunnen doorbreken.

De awbz kan niet doorgroeien in het huidige tempo. Om de niet op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg en verpleeghuiszorg alsook de langdurige gehandicaptenzorg als verzekering te handhaven onder het bestaande awbz-regime, biedt overheveling van de verzekering van ouderenzorg naar het private domein uitkomst.

Robert Mouton

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2002) Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptensector. Den Haag: Sdu.

Boekholdt, M. (2004) Profiel Zorg voor Later. Soesterberg.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2003) Op tijd bouwen voor ouderen. 17 februari.

ing (2004) Zorgzaken. Themanummer 'ruimte voor ondernemen in de ouderenzorg', maart.

Mouton, R.F. (2002) Toegankelijkheid van Zorg. zm-magazine, 5.

Mouton, R.F. (2004) Het doorbreken van een taboe. hmf magazine, oktober.

NMa (2004) Visiedocument awbz-zorgmarkten. Den Haag, januari.

Porter, M.E. & E.O. Teisberg (2004) Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review, juni.

rmo (2004) Verschil in verzorgingsstaat, over schaarste in de publieke sector. Oktober, Den Haag: Sdu.

RvS (2004) Advies Raad van State. Met nader rapport inz. regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (zorgverzekeringswet), vergaderjaar 2004, 29 763, nr. 4, Den Haag: Sdu.

rvz (1997) De toekomst van de awbz. Zoetermeer.

rivm (2002) Gezondheid op Koers, Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002, Houten: Bohn Stafleu Loghum.

rivm / scp (2004) Ouderen nu en in de toekomst 2000-2020. Houten: Bohn Stafleu Loghum.

scp (2004) Advies ramingen verpleging en verzorging. Den Haag, februari.

Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorg

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns: [Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector](#)

L. Vandermeulen: [Zorg rond arbeidsproductiviteit](#)

P.P.T. Jeurissen: [Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit](#)

R.F. Mouton: [Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar markttuitdaging](#)

E.J. Pommer, A.G.J. van der Torre en B. Kuhry: [Zorg in internationaal perspectief](#)

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies: [Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen](#)

E.A.A. Broers: [Vakmanschap en ondernemerschap](#)

J.A.M. Maarse en W.J.N. Groot: [Productinnovatie en arbeidsproductiviteit in de zorg](#)

M. Schoone en J.A.M. van Boxsel: [Kansen voor technologische innovatie](#)

J. Blank: [Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?](#)

E. Bartelsman: [Lokale verschillen, de patient en de verspreiding van ideeën](#)

J.J.M. Theeuwes: [Een wasstraat voor Alzheimer](#)

1 MS Sans Serif;{\Sigma\mu\beta\omega;}{Arial;}{Times New Roman;}{Courier New;}} {