



Een invoeringsstrategie voor vraagsturing in de AWBZ

Auteur(s):

Langeveld, E.

Veraart, M.D.L.

Esther Langeveld is werkzaam bij het ministerie van Economische Zaken (Directie Marktwerking), Maarten Veraart bij adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF). Beiden waren verbonden aan het secretariaat van de mdw-werkgroep AWBZ.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4315, pagina 510, 15 juni 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Voor invoering van vraagsturing in de AWBZ is van groot belang dat de interdependentie tussen zorgdiensten wordt verminderd. Ook moet gaandeweg een heldere indicatiestelling worden ontwikkeld. Verder dient toetreding te worden bevorderd. De verouderde toelatingseisen aan zorginstellingen behoeven daartoe verandering. Sterk toezicht is essentieel.

Aanbodsturing is uit, vraagsturing is in. De omslag in denken van de beleidsmakers in Den Haag heeft zich snel voltrokken. Lang heeft in het beleid de financiële beheersbaarheid en daarmee de capaciteitsplanning centraal gestaan. Door het voortbestaan van de wachtlijsten is het maatschappelijke draagvlak voor deze vorm van sturing al langer aan erosie onderhevig. Met uitspraken van de rechter in de afgelopen jaren, waarbij zorglevering min of meer is afgedwongen, is de aanbodsturing echter ook de facto opgeblazen.

De snelheid waarmee vraagsturing door betrokkenen is omarmd is verrassend. Het rapport van de mdw-werkgroep *De ontvoogding van de awbz* ¹ kwam dan ook op een uitgelezen moment. Opvallend daarbij is dat het denken over vraagsturing zelf veel radicaler is geworden. Tot voor kort spraken beleidsmakers en zorginstellingen graag over vraaggerichte sturing. De zorginstellingen moesten vraaggericht opereren, maar bleven daarbij uiteindelijk zelf bepalen hoe de vraag zou worden ingevuld. Het debat is verder gegaan en het idee van de patiënt als consument is als leidend beginsel breed geaccepteerd. Het instrument hiervoor wordt gevormd door persoonsgebonden budgetten. De patiënt bepaalt zelf hoe en bij welke instelling hij zorg wil hebben. De persoonsgebonden budgetten werken als een soort 'zorgbon' waarmee de geleverde zorg uiteindelijk wordt betaald. Dit veronderstelt echter een markt, waarop de patiënt zijn zorgbonnen te gelde kan maken. Een dergelijke markt ontbreekt op dit moment en moet dus gemaakt worden. De belangrijkste ingrediënten daarbij zijn ordening, toezicht en een goede invoeringsstrategie.

Transparant aanbod

Door de invoering van vraagsturing verschuift de onderhandelingsmacht van macro naar micro.

In de huidige situatie van aanbodsturing worden door zorginstellingen op centraal niveau de belangrijkste afspraken over budget, capaciteit en zorgvolume gemaakt. De patiënt moet zich in de huidige situatie voegen in het aanbod van de instelling waar hij naar doorverwezen is, waarbij de totale zorgvraag zo goed mogelijk over de beschikbare capaciteit wordt verdeeld. Door deze manier van werken is het zorgaanbod op instellingsniveau een groot, amorf geheel geworden, ofwel de interdependentie van de verschillende zorgdiensten is zeer hoog.

Met vraagsturing wordt echter de patiënt degene waar de instelling afspraken mee moet maken ². De optelsom van persoonsgebonden budgetten bepaalt straks immers het budget van de instelling. De patiënt verlangt van de instellingen een transparant aanbod: welke zorgdiensten worden aangeboden en hoeveel budget is hij daarmee kwijt. Het opknippen van zorg ofwel *vermindering van de interdependentie* in het bestaande zorgaanbod is vanuit de optiek van de patiënt één van de dominante voorwaarden om tot een goed werkende markt voor persoonsgebonden budgetten te komen. Hoe doe je dit nu?

Verkleining interdependentie

Verkleining van de interdependentie begint bij de indicatiestelling. De praktijk is nu dat een indicatieorgaan zorg toewijst in de vorm van doorverwijzing naar het type instelling: 'thuiszorg', 'opname verzorgingshuis' en dergelijke. Het is vervolgens de instelling die invulling geeft aan de zorgbehoefte. Voor het hanteren van persoonsgebonden budgetten is een specificatie van het zorgrecht nodig. Dit vraagt van de indicatieorganen om een indicatiestelling die niet langer de *zorginstelling* vaststelt, maar de *zorgbehoefte* bepaalt. Functionele indicatiestelling heet dit in het zorgjargon. Er is een programma nodig, waarbij deze vorm van indicatiestelling versneld wordt doorgevoerd in de AWBZ.

Inkoopkracht

Met de persoonsgebonden budgetten komt de patiënt een stuk sterker te staan ten opzichte van de instelling. De positie kan nog verder worden versterkt door bundeling van inkoop toe te staan en te stimuleren. Een oude, maar nog altijd effectieve vorm is het oprichten van coöperaties waar (toekomstige) patiënten zich vrijwillig organiseren met als doel beter zorg in te kunnen kopen bij de zorginstellingen.

Een bijzondere rol vervult het zogenaamde zorgkantoor. In een situatie met breed ingevoerde persoonsgebonden budgetten bundelt dat de inkoop van patiënten die de besteding van hun budgetten liever door anderen voor zich laten regelen. Het zorgkantoor regelt voor hen de zorg op basis van patiëntvolgende budgetten en maakt daarbij gebruik van mantelcontracten met de zorginstellingen.

Verlaging toetredingsdrempels

De patiënt met een persoonsgebonden budget moet kunnen kiezen uit zorgaanbieders. Niet alleen om een goede prijs-kwaliteitverhouding te krijgen, maar ook om de zorg bij verschillende instellingen in te kunnen kopen. De keuzevrijheid is de laatste jaren echter verminderd door het grote aantal fusies in de AWBZ-sector, waarbij hier en daar regionale zorgmonopolies zijn ontstaan. Hierdoor wordt niet voorzien in de gewenste variatie in het aanbod. Dit betekent dat in de AWBZ-sector de *toelatingsdrempel moet worden verlaagd*. Dit is de tweede essentiële voorwaarde voor een goed werkende markt voor persoonsgebonden budgetten. Waar gaat het dan om?

De eisen die aan AWBZ-instellingen worden gesteld, dienen primair betrekking te hebben op de kwaliteit van de zorg. Het huidige - zeer beperkende - toelatingsregime dient daartoe te worden afgeschaft. Kwaliteit wordt vandaag de dag in veel sectoren op hele andere manieren geborgd, bijvoorbeeld via certificering. Waarom kan dit ook niet in de zorg?

Daarbij kunnen kwaliteitseisen sterk gaan verschillen. Organisaties die louter huishoudelijke diensten leveren, vragen om een heel ander soort kwaliteit dan instellingen waar psychiatrische behandelingen plaatsvinden.

Het loslaten van het huidige toelatingssysteem betekent automatisch dat de bestaande AWBZ-instellingen ook hun vleugels kunnen uitslaan: leveren van zorg in andere regio's en in andere sectoren (bijvoorbeeld vormen van thuiszorg door verzorgingshuizen). Naast bedreigingen zijn er dus ook kansen voor de bestaande instellingen.

Bouwregime

Het loslaten van het huidige bouwregime is een ander instrument dat de toetredingsdrempels in AWBZ aanzienlijk kan verlagen. Eigendom van gebouwen is een eis die de wetgever voor een belangrijk deel van de AWBZ-sector nog altijd stelt. Daar wordt beetje bij beetje van afgeknabbeld, maar eigen vastgoed is nog altijd de dominante figuur in de sector. Dit eigen bezit maakt de instellingen onnodig kapitaalintensief. Minder eigen en vreemd vermogen maakt toetreding voor nieuwe aanbieders aanzienlijk gemakkelijker en maakt verbreding van het werkerterrein van bestaande aanbieders mogelijk.

Wisselwerking

Vermindering van interdependentie van zorgdiensten en verlaging van toetredingsdrempels hebben elkaar nodig om effectief te zijn. Beide dienen derhalve simultaan te worden aangepakt ³.

Zo zal het loslaten van het bouwregime intramurale instellingen flexibeler maken in hun woonvormen. De ombouw van de grote klassieke instellingen in de bossen naar, bijvoorbeeld, kleinschalige woonvormen in de woonwijken kan veel sneller en soepeler verlopen. Door de instellingen te bevrijden van hun stenen kunnen zorgdiensten sneller worden aangepast aan de veranderende vraag. Het dwingende karakter van de infrastructuur verdwijnt, waardoor het gemakkelijker wordt voor instellingen om zorgdiensten op te knippen. Tegelijkertijd zal het verlagen van toetredingsbarrières leiden tot het toetreden van nieuwe, vaak meer gespecialiseerde, dienstverleners.

Toezicht en sturing

Het ministerie moet detailzucht los leren laten en sturen op hoofdlijnen. Regelgeving en geld zijn de belangrijkste sturingsinstrumenten. Daarbij moet regelgeving zich beperken tot hoofdlijnen met bijvoorbeeld de mogelijkheid van aanwijzingsbevoegdheden. Op die manier zal de regelgeving de veranderingen in de sector zo min mogelijk belemmeren en kunnen de administratieve lasten in de sector worden beperkt.

Op het financiële vlak blijft budgetbeheersing een centrale opgave voor het ministerie. De oude weg van aanbod rantsoeneren staat niet langer open. Het op een andere manier beheersen van de vraag wordt noodzakelijk. Het evenwicht tussen premies, eigen bijdragen en de 'polisvoorwaarden' van de AWBZ is daarbij van bijzondere betekenis. Met het invoeren van de vraagsturing zullen premie-pakket afwegingen explicieter op de agenda komen te staan.

Op microniveau is de indicatiestelling het belangrijkste instrument voor budgetbeheersing. Deze vervult vooralsnog een marginale rol in de discussie over modernisering van de AWBZ-zorg.

In het rapport *Ontvoeding van de awbz* worden voorstellen gedaan om ook op meso-niveau een vorm van budgetbeheersing in te bouwen. Gedacht wordt aan een systeem van concessieverlening aan zorgkantoren op regioniveau. Zorgkantoren - of liever gezegd hun concessiehouders - worden daarmee tot op zekere hoogte risicodragend.

Sterk toezicht nodig

Modern toezicht heeft het stadium van louter dossiercontrole achter zich gelaten. Toezicht moet een ankerpunt zijn voor alle partijen in de sector: voor de beleidsmakers en het parlement, voor de instellingen en de burgers. Idealiter levert de toezichthouder een jaarlijks verslag, waarin een gezaghebbend oordeel over de situatie in de sector wordt geveld. Vergelijk dit met het jaarverslag van de Nederlandsche Bank of de rechtmatigheidsrapportage van het CTSV. Het is daarbij van fundamenteel belang dat de toezichthouder een onafhankelijke positie inneemt.

Controle blijft het fundament van toezicht, maar een moderne toezichthouder vervult ook andere rollen. In sectoren waar de structuren en

relaties sterk in beweging zijn, is een regulerende rol van de toezichthouder onontbeerlijk. Dit leren de ervaringen met liberalisering van de nutssectoren, zie de Opta in de telecomsector en de DTe in de energiesector. In sectoren waar de verhoudingen zich hebben gestabiliseerd is een bewakende rol zeer belangrijk, vergelijk dit met de positie van de Nederlandsche Bank.

In de zorg dient het toezicht toegesneden te zijn op de te verwachten ontwikkeling in de sector: van een monopolioïde bureaucratische structuur naar een gevarieerde marktstructuur in de uitvoering. Dit vraagt ook van de toezichthouder een ontwikkeling in regelgeving en gedrag. De ervaring in de nutsectoren leert dat deze ontwikkeling in fasen verloopt.

In de eerste fase is de keuzevrijheid voor de consument nog beperkt en zijn de marktverhoudingen instabiel. Het toezicht moet zich nog ontworstelen aan zijn 'oude' controlerende rol gebaseerd op een overdaad aan regelgeving. De opstelling richting de onder toezicht gestelden is reactief en formeel.

In de tweede fase komt de markt tot ontwikkeling. De keuzevrijheid voor consumenten neemt duidelijk toe en langzamerhand stabiliseren de marktverhoudingen zich. De rol van de toezichthouder is vooral een regulerende. De opstelling van de toezichthouder is een actieve, waarbij deze zich noodgedwongen baseert op meer globale regelgeving. Om effectief te kunnen zijn, is naast de formele opstelling ook een informele aanpak noodzakelijk.

In de derde fase komt de markt in evenwicht, waarbij de beoogde keuzevrijheid voor consumenten is bereikt. De toezichthouder vervult een bewakende rol. Deze meer terughoudende en voorwaardenscheppende rol vraagt om veel informeel overleg.

Huidige toezicht

Het huidige toezicht staat hier nog ver vanaf, al is het wel in beweging. Zo staat de versnippering in het toezicht een krachtige rol in de weg. De inspectie volksgezondheid (kwaliteit), de commissie toezicht uitvoeringsorganen (budgetbesteding) en de economische controledienst (tarieven) zien allemaal toe op een stukje van de uitvoering. De onafhankelijkheid is geen gemeengoed in deze sector. Net als het ministerie van Sociale Zaken is men bij VWS beducht voor een onafhankelijke rol voor de toezichthouder. In de toekomst zal vooral het mededingingstoezicht van belang zijn voor de ontwikkeling van vraagsturing. Het bevorderen van meer aanbieders vraagt immers om het slechten van toetredingsbarrières en het aanpakken van zorgmonopolies. Het gezamenlijk optrekken van de sectorale toezichthouder(s) en de NMa is hierbij essentieel. Een grotere rol voor de NMa bij het aflopen van de uitzonderingsbepalingen zal voor de sector heilzaam kunnen werken.

Invoeringsstrategie

Bij invoering van nieuwe systemen wordt vaak polair gedacht: hetzij kiezen voor een blauwdrukstrategie, hetzij een strategie van 'muddling through'. De kunst is beide te vermijden.

Dit betekent dat men een helder einddoel moet formuleren en de samenhang tussen de verschillende instrumenten moet definiëren. Vanuit dat referentiekader kan worden beoordeeld welke stappen wanneer gezet kunnen worden. Zo kan het huidige bouwregime vrij snel en gemakkelijk worden losgelaten. Hiermee valt niet alleen een last van de sector af, bovendien kunnen woningcorporaties en andere vastgoedbedrijven snel op het huisvestingsvlak instappen in de sector.

Fasering nodig

Er zijn ook maatregelen die meer tijd vergen. Hierbij is een fasering nodig. Uitbreiding van persoonsgebonden budgetten kan alleen plaatsvinden als ook de indicatiestelling op orde is. Verstandig is om dit in tranches te doen. Op korte termijn kunnen de huidige experimenten met persoonsgebonden budgetten in de thuis- en gehandicaptenzorg fors worden uitgebreid. Dit kan door de huidige beperkingen in het subsidieregime op te heffen en het toe te passen als ware het een recht. Deze uitbreiding kan zonder al te veel problemen tot stand worden gebracht. Vervolgens moet goed worden geïdentificeerd op welke nieuwe terreinen binnen de AWBZ op basis van functionele indicaties vrij snel tot persoonsgebonden budgetten kan worden overgegaan. Dit zou de tweede tranche persoonsgebonden budgetten zijn. De derde tranche persoonsgebonden budgetten wordt gevormd door complexe zorgvormen die meer voorbereidingstijd vergen.

Uit oogpunt van beheersbaarheid is het verstandig voor elke tranche twee à drie jaren invoeringstijd te nemen. Naar verwachting kan zo het persoonsgebonden budget-regime voor de gehele AWBZ-sector in acht à negen jaar worden ingevoerd.

Al met al een langlopend tijdspad dat veel uithoudingsvermogen van de sector vraagt. De perspectieven van vraagsturing zijn echter voor alle betrokkenen uitdagend. Dit maakt het de moeite waard

1 De *ontvoogding van de AWBZ*, advies uitgebracht aan de minister van Economische Zaken, mdw-werkgroep AWBZ, 30 mei 2000.

2 Zie voor de analyse vanuit consumentenperspectief de bijdrage van [E.M.M. Adang in deze ESB>860508](#).

3 Zie voor vraagsturing in de publieke sector P.J. van Delden en M.D.L. Veraart, Publieke dienstverlening in de markt, *Business Contact*, juni 2000.