

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	De adviesopdracht: vraag, aanpak en achtergrond	21
1.1	De adviesopdracht van VWS	21
1.2	Aanpak van de adviesopdracht	21
1.3	De uitvoering van de adviesaanvraag	22
1.4	Begripsomschrijvingen	22
2	Probleemanalyse	27
2.1	Het probleem	27
2.2	Analyse	29
2.3	Conclusie	30
3	Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid van de burger	33
3.1	Inleiding	33
3.2	Burgerschap	33
3.3	Eigen verantwoordelijkheid van burgers	36
3.4	De zorg voor eigen gezondheid	38
3.5	Het gebruik van de gezondheidszorg	44
3.6	De zorg voor eigen verzekering	45
3.7	Conclusie	48
4	Ondernemerschap	50
4.1	Ondernemerschap: definiëring	50
4.2	Ondernemerschap in de praktijk: typering	51
4.3	Ondernemerschap en het publieke belang in de zorg	55
4.4	Belemmeringen voor het behartigen van het publieke belang via ondernemerschap	56
4.5	Kansen voor ondernemerschap in het Nederlandse zorgstelsel	58
4.6	Beleidscondities voor ondernemerschap in het publieke belang	60
5	Het bijzondere van de gezondheidszorg	62
5.1	Het algemene en het bijzondere	62
5.2	Overheidsdoelen en de behartiging van het publieke belang	63
5.3	Marktimperfecties	64
5.4	Deelmarkten binnen de gezondheidszorg	69

6	Mogelijkheden en beperkingen van burgerschap en ondernemerschap	75
6.1	Inleiding	75
6.2	Het bestaande besturingssysteem	75
6.3	Vraagsturing	78
6.4	Conclusies	82
7	Burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg	84
7.1	Zijn burgerschap en ondernemerschap opties voor de gezondheidszorg?	84
7.2	De mogelijkheden van burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg	85
7.3	Overheidsdoelen realiseren door burgerschap en ondernemerschap?	87
7.4	Sturen met behulp van burgerschap en ondernemerschap: beleidscondities	88
8	De contouren van een toekomstig verzekeringsstelsel	91
8.1	Een stelselwijziging?	91
8.2	Een beleidsstrategie	92
9	Advies	96
9.1	Algemeen	96
9.2	Concreet: de rollen	98
9.3	Uitvoering	108
Bijlagen:		
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2000	117
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	125
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	127
4	Afstemming van vraag en aanbod in kwantitatieve zin	163
5	Lijst van afkortingen	175
6	Literatuur	177
7	Overzicht publicaties RVZ	185

Samenvatting

1. De vraag

De aanleiding voor de Minister om dit advies te vragen, was in eerste instantie de maatschappelijke commotie over de wachtlijsten in de gezondheidszorg, in het bijzonder de rechterlijke uitspraken hierover. De vraag die de Minister de RVZ voorlegt is: welke ruimte is er voor burgerschap en ondernemerschap in een situatie van schaarste?

De adviesopdracht staat in het teken van het Regeerakkoord 1998. Is het nodig, vraag het kabinet zich af, gelet op ontwikkelingen binnen en buiten dit stelsel, daarin ingrijpende veranderingen aan te brengen? De Minister heeft zich voorgenomen nog in deze kabinetsperiode de discussie te voeren en met concrete voorstellen te komen.

De stelseldiscussie bestaat uit drie onderdelen:

- *het verzekeringsstelsel*: wettelijke grondslag, karakter, reikwijdte, structuur, premie, polis;
- *het verzekerde pakket*: breedte en diepte, toegang, compartimentering, karakter aanspraken;
- *de bestuurlijke vormgeving*: verantwoordelijkheden en bevoegdheden; relatie markt – overheid en overheid – burger.

De RVZ richt zich op verzoek van de Minister op het derde onderdeel.

Centraal staan in dit advies de rollen van de belangrijkste spelers op het veld en hun onderlinge betrekkingen. Om te kunnen adviseren over de bestuurlijke vormgeving, zal de Raad af en toe een uitstapje ondernemen naar de juridische en financiële vormgeving. Over de compartimentering van het verzekeringsstelsel spreekt de Raad zich uit in een apart advies (Care en cure, 2001). Over een ander relevant aspect van het stelsel – de invloed van de Europese Unie daarop – adviseerde de Raad de Minister begin 2000.

De Raad heeft ter onderbouwing van zijn advies drie achtergrondstudies opgesteld:

- overheidsbemoeienis in de gezondheidszorg;
- burgerschap en eigen verantwoordelijkheid;
- ondernemersgedrag in de gezondheidszorg.

2. Het probleem

De Raad legt het centrale probleem in de ziektekostenverzekering. Die functioneert niet als een verzekering. De burger betaalt zijn verzekeringspremie. Hij heeft recht op een aantal verzekeringsprestaties. Maar dat betekent in de praktijk nog niet dat hij krijgt waarop hij recht heeft, krijgt wat hij nodig heeft of krijgt wat hij wil. De verzekering verzekert niet. Zij is in de afgelopen decennia steeds meer een middel geworden om zorgaanbod te financieren: een exploitatiegarantie. De overheid is dit middel bovendien gaan gebruiken als een mogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.

Het resultaat hiervan is een sterke aanbodgerichtheid van de verzekering. En onvermijdelijk ook een sterke overheidsbemoeienis met het aanbod. Dit heeft geleid tot een verstoring van 'natuurlijke' afstemmingsprocessen in de gezondheidszorg. Het (collectief gefinancierd) zorgaanbod komt niet tot stand op geleide van een maatschappelijke vraag. Tussen consument en producent is een ingewikkeld regel- en beheersmechanisme ontstaan. De verzekeraar bevindt zich in het gebied tussen consument en producent met een onduidelijke opdracht. Wiens belang dient hij, dat van de verzekerde of dat van de zorgaanbieder of de overheid? Welke rol speelt hij, regisseur, verzekeraar, administratiekantoor?

Dit centrale probleem leidt tot enkele meer concrete problemen. Het zorgstelsel, waarbinnen enerzijds vraag en aanbod tot elkaar moeten komen, anderzijds de daaraan verbonden kosten beheersbaar moeten zijn, is ondoorzichtig. Het is daardoor niet controleerbaar. Het is niet duidelijk of de beschikbare middelen voldoende zijn voor de vraag. In het stelsel moet zorgaanbod een antwoord geven op een zorgvraag. De regering stelt daarvoor middelen beschikbaar (een zorgbudget). Die zullen om allerlei redenen altijd tekortschieten. De schaarste die daarvan het gevolg is, noopt tot rantsoenering. Deze taak delegeert de overheid aan de zorgaanbieder en de verzekeraar. Maar die kunnen de taak niet goed uitvoeren. Een overmaat aan interfererende overheidsregulering hindert hen. De allocatieve efficiency van het stelsel schiet tekort.

Wij zien dit terug in het gedrag van de belangrijkste spelers op het zorgveld. De zorgaanbieder voelt niet de hete adem van de consument in de nek. Hij ervaart weinig prikkels zijn product in aard, omvang en kwaliteit af te stemmen op zijn markt. De verzekeraar ziet weinig mogelijkheden zich op te stellen als een verzekeraar van zorg voor zijn verzekerden. En de belangrijk-

ste speler, de zorgvrager, krijgt onvoldoende de gelegenheid zich als een verantwoordelijke en zelfstandige burger op te stellen. Hij heeft niet de mogelijkheid te kiezen.

Het resultaat is zichtbaar: wachtlijsten, ontevreden patiënten, politieke onrust, een sterke noodzaak bij 'buitenstaanders' (de rechter, de werkgever) zich met de gezondheidszorg te bemoeien. Verontrustend is dit, omdat zich in de samenleving ontwikkelingen voltrekken die het probleem kunnen verergeren. In de eerste plaats de ontwikkeling van de vraag. Wij moeten er rekening mee houden dat die toeneemt. En in de tweede plaats de toenemende juridisering, economisering en internationalisering van betrekkingen tussen mensen en tussen instanties. Deze ontwikkelingen stellen de gezondheidszorg op de proef. Zal zij de ontwikkelingen kunnen accommoderen? En hoe zal dit zorgsysteem reageren op economische tegenspoed?

Het is duidelijk dat collectieve stelsels - ook de gezondheidszorg - flexibel moeten kunnen reageren op ontwikkelingen aan de vraagzijde. Zij moeten een ingebakken klantgerichtheid hebben. En voor de gezondheidszorg geldt dan bovendien dat de overheid zijn bijzondere verantwoordelijkheid voor de sector moet kunnen waarmaken. Zo zal de gezondheidszorg altijd een verbond van burger, ondernemer (zorgaanbieder en verzekeraar) en overheid moeten zijn. Maar daarbinnen moet men een groter beroep kunnen doen op burgerschap en ondernemerschap en moet de overheid een kleinere rol krijgen. De RVZ werkt deze gedachte verder uit.

3. De burger

Burgerschap staat voor rechten en plichten. De overheid kan de burger en diens organisaties aanspreken op een publieke verantwoordelijkheid. Burgerschap heeft ook te maken met zelfstandigheid en met keuzevrijheid. Die gaan hand in hand met de noodzaak te kiezen. En tenslotte: hedendaags burgerschap vereist vaardigheden, kennis en ontwikkeling. Mensen verschillen daarin. Burgerschap is geen natuurverschijnsel. Je moet het leren.

Burgerschap is ook voor de gezondheidszorg belangrijk. Er is een publiek belang. De schaarse middelen voor de gezondheidszorg wil men zo fair als mogelijk verdelen. Fair ten opzichte van andere burgers die ook gebruik willen maken van zorgvoorzieningen. Een beroep op burgerschap kan dan helpen, maar er is ook een individueel belang. Burgers willen

vanuit een welbegrepen eigen belang meer keuzemogelijkheden. Zij willen zelf beslissen over verzekering en zorg.

De Raad vraagt zich af of een beroep op eigen verantwoordelijkheid van de burger in de gezondheidszorg in het kader van de stelselherziening in normatief en praktisch opzicht mogelijk en wenselijk is.

Grotere eigen verantwoordelijkheid is mogelijk en ook wenselijk als het gaat om de dimensies van *zelfzorg* en *zelfbepaling*. Dit impliceert dat men een beroep kan doen op burgers op het terrein van zorg voor eigen gezondheid en gebruik van zorg. Het pleit ook voor het versterken van hun mondigheid en zelfbepaling in de zorg voor eigen gezondheid, in het gebruik van zorg en in de keuze van zorgverzekeringen. Wel is het nodig dat de voorwaarden hiertoe - versterking van de competenties van burgers, aanpassingen in het zorgaanbod (vraagstuk) en zorgverzekeringen (transparantie, goede voorlichting, wettelijk geregelde keuzemogelijkheden) - ontstaan. Conclusie is dus dat principieel een beroep gedaan kan worden op grotere eigen verantwoordelijkheid, maar dat in praktisch opzicht veel aanpassingen nodig zullen zijn om deze eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, gebruik van zorg en verzekering van zorg te kunnen realiseren.

Eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van *aansprakelijkheid* is omstrede. Tegen het achteraf verantwoordelijk stellen van burgers voor de gevolgen van hun ongezonde gedrag zijn veel bezwaren in te brengen. Deze bezwaren hebben vooral te maken met bewijsproblemen bij het vaststellen van de relatie tussen ongezondheid en zelfgekozen leefstijl, met het feit dat ongezondheid vaak ook samenhangt met andere factoren, met bezwaren tegen 'victim blaming' en tegen inbreuk op vrijheid en privacy.

4. De ondernemer

De burger kan het niet alleen. Burgerschap – keuzemogelijkheden en keuzevrijheid – ontstaat met behulp van ondernemerschap. Dat creëert de mogelijkheden voor eigen verantwoordelijkheid van de burger. Ondernemen betekent risico's durven nemen, vernieuwing stimuleren en verandering creatief tegemoet treden. Ondernemen in de gezondheidszorg speelt zich gedeeltelijk af in een publieke ruimte. Het is dus ook: maatschappelijk verantwoord ondernemen. Dat wil zeggen dat de ondernemer rekening houdt met overheidsdoelstellingen: toegankelijkheid, kostenbeheersing, kwaliteit.

Ondernemers in de gezondheidszorg zijn zorgaanbieders en verzekeraars. Zij dragen bij aan de realisering van overheidsdoelen. Zij doen dit op hun manier: als ondernemers. In de gezondheidszorg is de realisering van de overheidsdoelen mede afhankelijk van ondernemerschap. Toch kent de gezondheidszorg veel belemmeringen voor ondernemerschap. De wet- en regelgeving stimuleert dit gedrag niet. Maar er zijn ook grote mogelijkheden. Juist in een gezondheidszorg, waarin men de eigen verantwoordelijkheid van burgers wil vergroten, kan de ondernemer een beslissende rol spelen. De overheid zal dit wel mogelijk moeten maken en dat betekent een forse ingreep in de bestaande wet- en regelgeving, maar ook in het eigen takenpakket.

5. De overheid

De gezondheidszorg lijkt in veel opzichten op andere maatschappelijke sectoren. Er zijn twee verschillen. De relatie tussen arts en patiënt, het primaire proces, is bijzonder. Bijzonder door het vertrouwelijke karakter en door de invloed van gezondheidsproblemen op het dagelijks leven. Ook de manier waarop de gezondheidszorg wordt bestuurd is bijzonder. Het bestuur is veelvormig en bestaat uit vele partijen. Deze partijen zijn afhankelijk van elkaar. Niemand heeft absolute macht, niemand is enig regisseur.

Tegen die achtergrond probeert de overheid haar verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg waar te maken. Die komt tot uiting in haar doelstellingen: de bescherming van de bevolking tegen gezondheidsrisico's en het creëren van de voorwaarden waaronder een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen. Operationeel betekent dit dat de overheid de financiële en de fysieke toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van essentiële medische zorg moet kunnen garanderen. Omdat in de gezondheidszorg de markt niet perfect werkt, ziet de overheid zich genoodzaakt te interveniëren in de gezondheidszorg. Alleen zo kan zij garanderen dat de publieke belangen gediend worden. De overheidsbemoeienis had tot nu toe vooral de vorm van aanbodregulering. Tussen overheidsdoelen, marktimperfecties en aanbodregulering is in de loop van de tijd verwevenheid ontstaan. In deze verwevenheid ziet men, mede onder invloed van externe omstandigheden, soms bestaande marktimperfecties verdwijnen en nieuwe opdoemen.

In de discussie over aanbod- en vraagsturing (of –regulering), stuit men al snel op het gegeven dat de gezondheidszorg bestaat uit een aantal duidelijk van elkaar verschillende zorgsituaties. Men kan dit zorgdeelmarkten noemen. Elk daarvan laat een specifieke vraag-aanbodrelatie zien en elke relatie behoeft een eigen sturingsinstrument.

De zorgdeelmarkten kan men zo typeren.

Zorgdeelmarkten

- Een potentiële ziekte of stoornis, al dan niet voorspelbaar, te voorkomen door middel van preventie.
- Een aangeboren, erfelijke of vroeg verworven stoornis al dan niet resulterend in een beperking en daaraan gerelateerde handicap (bijvoorbeeld syndroom van Down).
- Een chronisch verlopende ziekte, al dan niet progressief, intermitterend of terminaal (bijvoorbeeld reuma, nieuwvormingen).
- Een niet acute, niet levensbedreigende, niet chronische ziekte, behandelbaar, eventueel nazorg nodig (bijvoorbeeld infectieziekte).
- Een acute of levensbedreigende situatie al dan niet gevolgd door genezing, blijvende beperking of chroniciteit (bijvoorbeeld traumata).

Iedere zorgdeelmarkt heeft een eigen constellatie van marktimperfections en overheidsdoelen. Dit betekent dat een gewenste vervanging van aanbodregulering door vraagsturing op iedere zorgdeelmarkt op een andere manier zal moeten verlopen.

6. Burger, ondernemer en overheid

Vraagsturing kan drie vormen aannemen.

Vraagsturing

1. *Sturing van de vraag*
In de aanbodregulering bouwt de overheid vraagelementen in (aanbod blijft vraag sturen).
2. *Sturing op de vraag*
Zaakwaarnemers, vaak verzekeraars, tussen producent en consument sturen namens de zorgvrager. De verzekeraar biedt aan, maar is ook vrager.
3. *Sturing door de vraag*
De patiënt stuurt zelf bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget. De vraag leidt het aanbod.

Sturing door de vraag plaatst tussen consument en producent geen ruisveroorzakende tussenpersonen. Zij is de ideale sturingsvorm. Kan sturing *door* de vraag al direct worden geïntroduceerd?

Het bestaan van marktimperfecties is voorlopig een motief voor overheidsbemoediging in de gezondheidszorg. Of dit een blijvend motief is, valt op dit moment niet te zeggen. Dat betekent dat men de overheidsdoelen – toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing – in deze sector op dit moment deels moet realiseren met behulp van sturen *van* en sturen *op* de vraag. Dat impliceert aanbodregulering. En het impliceert zaakwaarnemers.

Echter, de invloed van marktimperfecties op een aantal deelmarkten, bijvoorbeeld die voor de chronische zorg, lijkt af te nemen. Op die deelmarkten kan men aanbodsturing vervangen door sturing door de vraag. Op een aantal andere markten is sturen op de vraag vooralsnog het hoogst haalbare. En op enkele bijzondere en kwetsbare (imperfecte) deelmarkten moeten wij vooralsnog volstaan met sturen van de vraag, dat wil zeggen met een vorm van aanbodsturing.

De Raad is van mening dat de houdbaarheid van het zorgsysteem mede afhankelijk is van de kansen die burgerschap en ondernemerschap krijgen. Dat veronderstelt een wezenlijk andere sturingsfilosofie: sturing door de vraag. Alleen op die manier zal de zorgsector zich blijvend kunnen accommoderen aan een samenleving die is georiënteerd op mondigheid, op internationalisering en op turbulentie. Alleen op die manier zal de gezondheidszorg zich blijvend kunnen richten op de noodzaak schaarse goederen te verdelen bij een toenemende vraag. De introductie van vraagsturing berust op drie argumenten:

1. De gezondheidszorg is minder dan vroeger een beleidseiland, waarop eigen spelregels gelden. Duidelijk ziet men dit in de relaties tussen arbeid, inkomen en zorg.
2. Bij burgerschap en ondernemerschap denkt men aan kiezen: kunnen, willen, maar ook moeten kiezen. Mensen willen hun individuele preferenties tot uitdrukking kunnen brengen. Men wordt steeds vaker gevraagd dit te doen.
3. In ieder systeem zal een gezonde spanning moeten bestaan tussen producent en consument. Is dat niet het geval, dan schiet de allocatieve efficiency tekort. De afstemming van een dynamisch aanbod op een dynamische vraag vereist een marktconforme besluitvorming.

7. Een beleidsstrategie

De bestaande en nog te verwachten problemen maken veranderingen in het beleid en het stelsel noodzakelijk. Deze komen in volgorde van prioriteit neer op:

1. loslaten van het kraptebeleid: aanbod naar behoefte;
2. vervangen van aanbodregulering door gereguleerde marktwerking;
3. waarborgen van een zekere risico- en inkomenssolidariteit voor gezondheidszorg.

Aanbod naar behoefte

De logica van een verzekeringsstelsel brengt met zich mee dat het zekerheid biedt. Verzekerden moeten er op kunnen rekenen dat zij hun aanspraken kunnen verzilveren als het verzekerde risico hen treft. Dit betekent dat de overheid de lijn van 'aanbod naar budget' moet verlaten voor de lijn van 'aanbod naar (geïndiceerde) behoefte'. Vast moet staan dat als een verzekerde aanspraak maakt op een verstrekking, zijn verzekeraar de verstrekking ook verleent en kan verlenen, eventueel in het buitenland, eventueel in de vorm van een geldbedrag. De zorgplicht van de verzekeraar moet ondubbelzinnig wettelijk verankerd zijn. Deze 'wijziging' van het stelsel verdient prioriteit.

Als het budget niet langer het aanbod bepaalt, vermindert de spanning tussen budget en verzekering. Maar vermindert ook de greep van de overheid op de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. Er rijst dan ook een nieuw probleem: hoe is straks de collectieve lastendruk door de politiek te beïnvloeden?

Het antwoord op deze vraag moet men zoeken in een combinatie van drie mechanismen in de sfeer van de verzekeringen:

- Revitalisering van het overeenkomstenstelsel met prikkels voor zuinig en doelmatig inkopen. Het overeenkomstenstelsel hoeft niet meer op alle zorgdeelmarkten bij wet te worden voorgeschreven.
- Meer sturingsmogelijkheden en -bereidheid op de omvang van het verplicht verzekerde pakket, dat strikt beperkt wordt tot noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg.
- Meer sturingsmogelijkheden in de premiesfeer met de mogelijkheid om een groter deel via nominale premies en eigen risico buiten de collectieve lastendruk te houden.

Gereguleerde marktwerking

De RVZ heeft eerder geadviseerd om gereguleerde marktwerking vorm te geven via de stimulering van ondernemerschap bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en via een drastische herziening van de aanbodregulering. Nu deze beleidslijn voor de ziekenhuizen al is gekozen, ligt een verdere uitvoering voor andere voorzieningen voor de hand.

Risico- en inkomenssolidariteit

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is voor mensen met slechte risico's en lage inkomens afhankelijk van de mate van solidariteit die voor hen wordt opgebracht. Risicosolidariteit is nauw verbonden met de vormgeving van de verzekering. Inkomenssolidariteit kan ook buiten de verzekering om worden georganiseerd, bijvoorbeeld via de fiscus.

Op lange termijn kan de risicosolidariteit worden uitgehold onder invloed van vergrijzing, innovatie en concurrentie. Om dat te voorkomen, is het nodig voor alle inwoners een verplichte verzekering van rechtswege (basisverzekering) in te voeren. Deze omvat onderdelen van het eerste en het tweede compartiment.

De inkomenssolidariteit in deze basisverzekering kan men via de inkomstenbelasting regelen, bijvoorbeeld door een stelsel van positieve en negatieve heffingen, afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Op deze wijze kan men de premievaststelling en het inkomensbeleid uit elkaar houden.

Beleidsstrategie

Noodzakelijk is: versterken en stimuleren van eigen verantwoordelijkheid en burgerschap te beginnen op de zorgdeelmarkten waar dit het snelst is te realiseren. Essentiële beleidsconditie is het bestaan van keuzemogelijkheden en dus ook van een transparante markt in verzekering en zorg.

In de uitvoering van dit verzekeringsstelsel stimuleert de overheid waar mogelijk ondernemerschap. Zij doet dit door de bestaande aanbodregulering vergaand te beperken, door zorgverzekeraars en zorgaanbieders reële financiële risico's te laten lopen en door innovatief gedrag te belonen. Wel moet de overheid de zorgplicht van de verzekeraar voor het verplichte deel voor de verzekering afdwingbaar opleggen.

De overheid speelt vooral de rol van de marktmeester. Dat impliceert voor een aantal zorgdeelmarkten vooralsnog het

maken van een markt met behulp van een overeenkomstenstelsel, gekoppeld aan in natura verstrekking. Op een aantal andere zorgdeelmarkten (vooral huidige eerste compartiment, maar ook onderdelen van de chronische ziekenzorg in het tweede compartiment) kan de overheid deze vormen van overheidsregulering nu al loslaten.

Vooralsnog zal het totale sturingsbeeld een mengsel zijn van sturen door, sturen op en sturen van de vraag. De overheid stuurt de vraag via het pakket ('sturen van de vraag'). De verzekeraar stuurt waar nodig en nuttig 'op de vraag'. De consument stuurt waar mogelijk zelf ('sturen door de vraag'). De rol van marktmeester impliceert in ieder geval en altijd het vooraf bepalen en opleggen van de systeemprestaties en het achteraf toetsen van de uitkomsten. Dat beleidsmodel moet in de plaats komen van de huidige systematiek van kostenbeheersing en inputgeoriënteerde aanbodregulering. Het dient ook als grondslag voor de overdrachten aan zorgverzekeraars met behulp van centraal geïnde premies.

De rolverdeling in het stelsel is verder dat de ondernemende zorgaanbieder de eerst aangewezen partner is van de patiënt, naar wiens gunst hij dingt op een open, competitieve Europese markt. Voor de burger is de verzekeraar een noodzakelijke intermediair (zaakwaarnemer), althans op een aantal voor hem vooralsnog moeilijk te sturen zorgdeelmarkten (delen van het tweede compartiment). Op een aantal andere, beter toegankelijke, zorgdeelmarkten, kan de burger kiezen voor een zaakwaarnemer, indien hij daarvan behoefte heeft. De verzekeraar is dan een van de opties. De zorgaanbieder is voor zijn financiering gedeeltelijk afhankelijk van de zorgverzekeraar, die op zijn beurt een deel van zijn inkomsten ontvangt van de overheid (de inkomensafhankelijke premie). Maar uiteindelijk zijn beide ondernemers afhankelijk van de patiënt/burger. Die kan kiezen op zowel de zorgverlenings- als de verzekeringsmarkt. Die bepaalt het bedrijfsresultaat van beide ondernemers.

8. Aanbevelingen

a. De burger, consument

Keuzemogelijkheden

De burger heeft twee verzekeringspakketten: een verplicht basisgedeelte van beperkte diepte en aanvullingen hierop geboden door zijn verzekeraar. Er zijn keuzemogelijkheden in de verplichte verzekering. Deze betreffen onder meer leveringsmoment en -plaats van de verstrekking.

De burger krijgt de mogelijkheid te kiezen voor de preferred provider polis. Die kan leiden tot reductie van de nominale premie.

De verzekerde verstrekkingen bieden de burger keuzemogelijkheden. Hij kan kiezen voor een persoonsgebonden of persoonsvolgend budget, voor restitutie van gemaakte kosten of voor in naturaverstrekking in binnen- of buitenland.

Rechten

Er bestaat een in de verzekeringwet vastgelegd recht op keuze tussen vormen van zorgbemiddeling en tussen leveringsopties van geïndiceerde zorg.

Zorgaanspraken zijn geborgd in afdwingbare rechten. De aansprakelijkheid ligt via de zorgplicht onverkort bij de verzekeraar. Er bestaat een in de verzekeringwet vastgelegd recht op betrouwbare, gecertificeerde informatie over verzekeringsvormen. Een onafhankelijke instantie ziet hierop toe. De verzekerde heeft reële mogelijkheden zijn nominale premie te verlagen door te kiezen voor bepaalde verzekerings- en uitvoeringsarrangementen. Hij kan bijvoorbeeld kiezen voor een niet-roken polis.

Plichten

Er bestaat een eigen risico in het nominale premiedeel. Er is een verdergaande nominalisering van de premie. De polisvoorwaarden bevatten voorschriften op het vlak van verzekering en de verstrekking. Het recht te kiezen impliceert de plicht zich te informeren en vervolgens een gepast gebruik uit de mogelijkheden te maken.

b. De zorgverzekeraar

De rol

De overheid legt de zorgverzekeraar een onontkoombare zorgplicht op. Deze heeft zijn basis in het toelatingscontract voor de verplichte verzekering. Daarin legt een inschrijvende verzekeraar zich vast op de verplichting een wettelijke basisverzekering uit te voeren tegen een acceptatieplicht. Hiertegenover staat een met centraal geïnde premies gefinancierde compensatie van overheidswege.

Een niet-onderhandelbare zorgplicht impliceert vrijheden voor de zorgverzekeraar in de contractering van zorg en op de verzekeringsmarkt.

De zorgverzekeraar is intermediair tussen zorgaanbieder en verzekerde/consument. De feitelijke situatie op zorgdeelmarkten bepaalt de inhoud en de vorm van die rol. Op een aantal zorgdeelmarkten – in het huidige eerste compartiment, maar ook bij de chronische zorg in het tweede compartiment – kan de intermediairsrol geminimaliseerd worden.

De zorgverzekeraar concentreert zich op het doelmatig en efficiënt contracteren van zorg. De overheid zal dit moeten bevorderen door de bestaande aanbodregulering sterk in te dammen en daarmee de eigen bemoeienis met de gezondheidszorg. Verder bevordert de overheid het gewenste gedrag door het risico van de zorgverzekeraar te vergroten en vereveningseffecten te reduceren.

Prikkels

- In de financiering van verzekeraars het doelmatig contracteren aantrekkelijk maken. Voor moeilijk verzekerbare risico's kan een vereveningsmodaliteit blijven bestaan. Door vergroting van het nominale premiedeel, kan de verevening worden beperkt.
- Beperken van de reikwijdte van de centrale kostenbeheersing door de overheid.
- De overheid zal de mogelijkheden om zorg te contracteren moeten vergroten door de toetredingsnormen van zorgaanbieders te verruimen. Zorgverzekeraars kunnen partiële contracten sluiten met zorgaanbieders. Professionele zorgverleners zijn contracteerbaar als alternatief voor institutiegebonden zorg. De overheid stelt grenzen aan het fusieproces bij zorgaanbieders. De NMa opereert op basis van normen die waar nodig specifiek zijn voor de gezondheidszorg.
- Het zorgaanbod wordt, waar mogelijk, niet meer gereguleerd met behulp van centrale sturing op prijs en volume. De zorgverzekeraar opereert in de zorgcontractering op geleide van de individuele verzekerde.

c. De zorgaanbieder

De rol

De zorgaanbieder biedt de individuele patiënt zorg aan. Hij doet dit deels binnen en deels buiten het publieke domein. Voor de exploitatie van zijn publieke zorgproducten zoekt hij financiering bij verzekeraars. Voor zijn producten kan hij ook rechtstreeks inkomsten verwerven bij de patiënt. Hij is actief op een open, Europese aanbiedermarkt met in beginsel vrije toetreding. De continuïteit van de bedrijfsvoering is afhanke-

lijk van zijn aantrekkingskracht op de markt voor patiënten om wiens gunst hij dingt in concurrentie met andere organisaties of professionals. Verder is voor hem bepalend de doelmatigheid van zijn zorgproductie.

Prikkels

- Vergroting van de mogelijkheden om zorg aan te bieden buiten het zogenoemde basispakket, bijvoorbeeld in een aanvullende verzekering. Activiteiten buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld wonen of dienstverlening, in eigen beheer mogelijk maken. Opheffen verbod op for profit zorgaanbod.
- De aanbodregulering sterk beperken. De WZV beperken tot grootschalige nieuwbouw. De WVG stap voor stap buiten werking stellen. Hier specifieke deelmarkten binnen de gezondheidszorg onderscheiden. Budgettering van het zorgaanbod afschaffen.
- Geen rechtstreekse afspraken of overdrachten tussen zorgaanbieders en rijksoverheid.
- Zorgaanbieders kunnen zorg die geen onderdeel uitmaakt van het basispakket zelf ontwikkelen, aanbieden, verstrekken en in rekening brengen bij de klant (burger, werknemer, werkgever, gemeente, sportclub).
- De toetredingscriteria voor zelfstandige beroepsbeoefenaars zullen in het kader van het anti-schaarstebeleid en omwille van een competitieve zorginkoop moeten worden versoepeld.

d. De overheid

De rol

De overheidsbemoedening met de gezondheidszorg is gericht op:

- de realisatie van de overheidsdoelen toegankelijkheid, kwaliteit en uitgavenmanagement voor een verplichte basisverzekering;
- het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap;
- het creëren van transparante marktverhoudingen en dus ook competitieve elementen, inclusief een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid tussen overheid en markt.

Het beleid van de overheid zal hierop consequent moeten worden ingericht. Dit betekent voor de concrete overheidsbemoedening, bijvoorbeeld de bestaande aanbodregulering, een 'nee, tenzij ...'. Waar mogelijk wordt nu al sturen door de vraag in gang gezet, hetgeen betekent: aanbodbepaling door een individuele patiënt.

Wat moet de overheid doen?

- Topprioriteit heeft de invoering c.q. het herstel c.q. de bevordering van het verzekeringskarakter van AWBZ en ZFW. Dus: eerst de bestuurlijke vormgeving veranderen.
- Verdere stappen op de weg van de deregulering van het prijs- en volumebeleid zijn noodzakelijk. Dit in combinatie met het versneld vergroten van het ondernemersrisico van verzekeraars en aanbieders.
- Het vaststellen van de wettelijke zorgaanspraken op een zodanige wijze dat de rechten van de burger kunnen worden gegarandeerd. Het beperken van het 'basispakket'. De verzekerde kan zich in de diepte bijverzekeren. De collectief verzekerde verstrekking is beperkt tot de essentiële gezondheidszorg. Vergroten nominaal deel premie. Meer ruimte voor een aanvullende verzekering.
- Een nieuwe formule ontwerpen voor de beheersing van de collectieve uitgaven: sturen op marktprestatie. Aanvullende verzekeringen, nominale premie en eigen betalingen (risico) buiten de definitie van collectieve uitgaven houden.
- Wat marktconcentraties betreft, aanscherping van de fusiecriteria voor de gezondheidszorg.
- Een actief consumentenbeleid als de kern voor de overheidsinterventie.
- Een actief toezicht op de kwaliteit van zorg op basis van een concreet kwaliteitsbeleid.

9. De uitvoerbaarheid van het advies

De Raad denkt dat met dit advies de overheid zijn doelstellingen - toegankelijkheid, kwaliteit en macrobetaalbaarheid - kan realiseren. Ondanks een ingrijpende deregulering, houdt de overheid enkele belangrijke sturingsinstrumenten in handen. Zo kan het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap gelijk op gaan met een blijvende overheidsverantwoordelijkheid. Dit zijn de overheidsinstrumenten:

- de wettelijke zorgaanspraken in de verplichte verzekering;
 - acceptatieplicht en een daaraan gekoppelde vorm van verevening;
 - procentueel premiedeel en bandbreedte nominale premie;
 - verdeling procentuele premie over zorgverzekeraars;
 - toetredingsregels zorgverzekeraars;
 - specifiek antikartelbeleid;
 - overeenkomstenverplichting en in natura verstrekking op enkele deelmarkten;
 - onafhankelijk toezicht op verzekering en op kwaliteit.
- Tegelijkertijd creëert de overheid daadwerkelijk ruimte voor burgerschap en ondernemerschap door de centrale regulering

van prijzen en volumina stap voor stap verder terug te brengen. Ook herstelt en bevordert zij het verzekeringskarakter voor de ziektekostenverzekering. Tenslotte versimpelt zij de besturing van de gezondheidszorg.

De in dit advies bepleite aanpak kan gefaseerd worden ingevoerd. De zorgdeelmarkten vormen dan een hulpmiddel. Op een aantal deelmarkten kan al snel sturen door de vraag in de plaats komen van aanbodsturing. De overheid kan dit, afhankelijk van de resultaten, weloverwogen geleidelijk aan uitbreiden tot andere delen van de gezondheidszorg. Dan ontstaat een ongedeelde verplichte zorgverzekering, naast een aanvullende, niet-verplichte. In dit beleidsproces kiest de overheid een moment waarop zij de compartimentering kan opheffen.

1 De adviesopdracht: vraag, aanpak en achtergrond

1.1 De adviesopdracht van VWS

De aanleiding voor de Minister dit advies te vragen, was – medio 1999 – in eerste instantie de maatschappelijke commotie over de wachtlijsten in de gezondheidszorg, in het bijzonder de rechterlijke uitspraken hierover. De vraag die de Minister de RVZ voorlegt is: welke ruimte is er voor burgerschap en ondernemerschap in een situatie van schaarste?

Aanleiding advies: wachtlijsten

De adviesopdracht staat in het teken van het Regeerakkoord 1998. Is het nodig, vraag het kabinet zich af, gelet op ontwikkelingen binnen en buiten dit stelsel, daarin ingrijpende veranderingen aan te brengen? In het afgelopen jaar – 1999 - 2000 – is deze stelseldiscussie in een stroomversnelling geraakt. En de Minister heeft zich voorgenomen nog in deze kabinetsperiode met concrete voorstellen te komen. Dit advies moet daarbij een rol spelen.

Achtergrond advies: de discussie over de ziektekostenverzekering

1.2 Aanpak van de adviesopdracht

De stelseldiscussie bestaat ruwweg uit drie onderdelen:

- *het verzekeringsstelsel*: wettelijke grondslag, karakter, reikwijdte, structuur, premie, polis;
- *het verzekerde pakket*: breedte en diepte, toegang, compartimentering, karakter aanspraken;
- *het bestuurlijke kader*: verantwoordelijkheden en bevoegdheden; relatie markt – overheid en overheid – burger.

De RVZ richt zich op verzoek van de Minister op het derde onderdeel. Dit advies is een ‘bouwsteen’ voor de stelseldiscussie. Het is dus geen allesomvattend stelseladvies.

Deze discussie gaat over drie dingen. De RVZ richt zich op een daarvan: de bestuurlijke vormgeving

Centraal stelt de Raad in dit advies de rollen en het gedrag van sleutelactoren en hun onderlinge betrekkingen. Het gaat dan om verwachtingen en gevolgen en om beïnvloeding. Om te kunnen adviseren over de bestuurlijke condities, zal de Raad af en toe een uitstapje ondernemen naar het eerste of het tweede onderdeel van de stelseldiscussie. Over de compartimentering van het verzekeringsstelsel spreekt de Raad zich uit in een apart advies (Care en cure, 2001). Over een

In dit advies gaat het over rollen en gedrag van de spelers op het veld

ander relevant aspect van het stelsel - de invloed van de Europese Unie daarop - adviseerde de Raad de Minister begin 2000. Dit advies en een aantal andere eerder uitgebrachte adviezen - onder meer over vraaggerichte zorg, over de AWBZ, over het Internet - zijn in het nu volgende advies verwerkt.

1.3 De uitvoering van de adviesaanvraag

De Raad heeft ter onderbouwing van zijn advies een aantal achtergrondstudies opgesteld over:

- overheidsbemoediging in de gezondheidszorg;
- burgerschap en eigen verantwoordelijkheid;
- ondernemerschap bij schaarste.

Op een aantal plaatsen verwijst de Raad naar deze studies.

Achtergrondstudies bij dit advies

Tijdens de voorbereiding van het advies heeft de Raad een groot aantal activiteiten ondernomen. Er zijn vele interviews afgenomen. Een serie debatten werd georganiseerd:

- met economen en met ethici;
- met ZBO's en andere uitvoerings- en onderzoeksinstanties;
- met branche- en beroepsorganisaties;
- met personen en organisaties in de regionale gezondheidszorg.

Van de debatten zijn verslagen gemaakt die de Raad aan het advies toevoegt. Van het debat met economen en ethici maakte H. Vuijsje een essayistisch verslag dat de Raad apart publiceert.

Vorbereidende activiteiten

De Raad heeft zich bij het schrijven van het advies laten bijstaan door een klankbordgroep. De samenstelling is opgenomen in bijlage 3. Deze bijlage bevat een verantwoording van de manier waarop dit advies is voorbereid en een overzicht van alle personen die daaraan meewerkten.

1.4 Begripsomschrijvingen

De Raad gebruikt in dit advies een aantal begrippen. De veertien belangrijkste zijn hieronder samengebracht en omschreven.

De veertien belangrijkste begrippen omschreven

1. *Aanbodregulering*

Aanbodregulering is een specifieke vorm van overheidsregulering in de gezondheidszorg. Het bestaat uit een complex van met elkaar verbonden regelingen en mechanismen, waarmee de overheid invloed uitoefent op de toegang tot de gezondheidszorg, de kwaliteit van het aanbod en de kosten. De overheid wil zo invulling geven aan haar grondwettelijke plicht de volksgezondheid te bevorderen. Inmiddels bestaat de aanbodregulering uit onder meer de volgende elementen: de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), verschillende kwaliteitswetten, de Wet Arbeidsvoorwaardenontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde sector (WAGGS, inmiddels geldt een post-WAGGS-regeling) en de Zorgnota (RVZ, 1998).

2. *Burgerschap*

Burgerschap is in passieve zin gebruik maken van aanspraken en rechten die burgers hebben. In actieve zin staat het voor verplichting en verantwoordelijkheid jegens de publieke zaak. De overheid kan de burger aanspreken op diens publieke verantwoordelijkheid.

3. *Eigen verantwoordelijkheid van de burger*

Eigen verantwoordelijkheid betekent dat iemand zich reenschap geeft van de gevolgen van een keuze. Er kan pas eigen verantwoordelijkheid zijn als er keuzevrijheid is (en beschikbaarheid van opties), maar ook het vermogen te kiezen. Eigen verantwoordelijkheid impliceert kiezen uit een welbegrepen eigen belang en/of uit een publiek belang.

4. *Ondernemerschap*

Ondernemerschap staat voor specifiek gedrag: risico's nemen, vernieuwing najagen, creatief reageren op een dynamische omgeving, maar vooral voorzien in een vraag in de markt. Ondernemen speelt zich gedeeltelijk af in de publieke sfeer. Daar is het maatschappelijk verantwoord ondernemen, dat zich afspeelt in een kader van normen als toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing.

5. *Overeenkomstenstelsel*

Ziekenfondswet en AWBZ verschaffen de verzekerden aanspraak op een aantal verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging. Dit impliceert - het is namelijk een naturaverzekering - dat verzekeraars overeenkomsten sluiten met personen en instellingen die de verstrekkingen kunnen

verlenen. Het kader waarbinnen dit gebeurt, noemt men het overeenkomstenstelsel. De aanbodregulering (WZV, WVG et cetera) is bedoeld als uitbreiding van en aanvulling op dit stelsel.

6. *Passende medische zorg*

Uitgaande van de opvatting dat effectiviteit van zorg een multidimensionaal en normatief begrip is en veronderstellend dat rationalisering van zorg noodzakelijk is, kan 'passend' worden omschreven vanuit twee invalshoeken:

- " - gezien het gezondheidsprobleem en de wensen en waarden van de patiënt: de zorg moet erop gericht zijn het welzijn van de patiënt te maximaliseren en daarbij recht te doen aan de autonomie van de patiënt;
- gezien het beperkte collectieve gezondheidszorgbudget: de verleende zorg moet in overeenstemming zijn met een doelmatige en rechtvaardige verdeling van de beperkte collectieve middelen in de gezondheidszorg." (KNMG, 2000)

7. *Marktimperfecties*

Onder het begrip 'markt' verstaat men over het algemeen een situatie van volkomen concurrentie. Hierin concurreren vele aanbieders met elkaar om hun producten te slijten aan een grote populatie consumenten. Daarbij is sprake van een homogeen product (er is geen productdifferentiatie), perfecte en kosteloze informatie voor alle partijen, er zijn geen toetredingsbelemmeringen voor nieuwe producten en er is sprake van vrije prijsvorming. Wanneer aan één of enkele van deze condities niet is voldaan, kunnen wij spreken van marktfalen. De markt is imperfect, er zijn marktimperfecties.

8. *Marktmeester*

Het is de taak van de marktmeester de markt zo te laten functioneren dat dit leidt tot maatschappelijk aanvaardbare uitkomsten. Hij doet dit met wetgeving, inspectie en toezicht.

9. *Publiek belang*

Een belang is maatschappelijk als zijn behartiging voor de samenleving als geheel gewenst is. Een belang is publiek, indien de overheid zich de behartiging van een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt. Een maatschappelijk belang wordt een publiek belang als de overheid het tot doelstelling van haar beleid verheft (WRR, 2000).

10. *Rantsoenering*

Rantsoenering is het verdelen van middelen waarvan maar een beperkte hoeveelheid ter beschikking staat. In de gezondheidszorg is dit het geval, indien de zorg waarop de patiënt recht heeft (noodzakelijke, dat wil zeggen geïndiceerde, zorg) beperkt beschikbaar wordt gesteld. Rantsoenering is het gevolg van schaarste die op zijn beurt verschillende oorzaken kan hebben (capaciteitstekort of benuttingsprobleem). Op rantsoenering volgt minder zorg, wachten of urgentiebepaling en prioriteitenstelling (zie ook Dunning, 1991).

11. *Solidariteit: risico en inkomens*

Van inkomenssolidariteit in een verzekering is sprake, indien de premies worden vastgesteld in relatie tot het inkomen. Van risicosolidariteit in een verzekering is sprake, indien de premies niet worden gedifferentieerd naar gezondheidsrisico. Voor ongelijke risico's betaalt men gelijke premies (WRR, 1997).

12. *Toegankelijkheid (als overheidstaak)*

De overheid dient de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's. Zij creëert daartoe onder meer de voorwaarden waaronder een adequaat aanbod van voorzieningen tot stand kan komen. Dit impliceert verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van deze voorzieningen in fysiek, in financieel en in kwalitatief opzicht. Toegankelijkheid is dus bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aantrekkelijkheid. De overheid biedt niet zelfzorg aan.

13. *Vraagsturing*

Vraagsturing is het vergroten van de mogelijkheden om binnen de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg de wensen van de zorgvrager tot hun recht te laten komen. In strikte zin is het 'sturen door de vraag', hetgeen impliceert dat de vraag in de markt het aanbod van zorg bepaalt. Daarnaast is er 'sturen van de vraag' (dat wil zeggen vraaggerichte aanbodregulering dan wel vraagbeïnvloeding) en 'sturen op de vraag' (een zaakwaarnemer stuurt, door namens een eindgebruiker zorg in te kopen, uit te voeren of te financieren).

14. *Zaakwaarnemer*

De zaakwaarnemer neemt waar voor de verzekerde of de patiënt als deze dat zelf niet kan of wil. Hij behartigt het belang van een verzekerde of een patiënt. De overheid kan optreden als zaakwaarnemer voor de burger, de verzekeraar voor de verzekerde, de zorgaanbieder voor de patiënt, de werkgever voor de werknemer, de ouder voor het kind. Zaakwaarnemers

in de gezondheidszorg zijn actief in situaties, waarin consument en producent niet rechtstreeks onderling tot zaken kunnen komen.

2 Probleemanalyse

2.1 Het probleem

De directe aanleiding van de Minister dit advies te vragen is de commotie rond de kortgedingen wachtlijsten.

Achter deze commotie liggen problemen. Binnen het verzekeringsstelsel van de zorgsector betaalt de burger zijn premie, opdat hij zich verzekerd weet van essentiële medische zorg op indicatie. In de praktijk krijgt hij die geïndiceerde zorg niet altijd, niet altijd tijdig en niet altijd conform zijn wensen. De prestatie waarvoor hij heeft betaald, wordt niet altijd geleverd. Daarin voorzien met eigen en extra betalingen is niet mogelijk. Er is dus geen uitweg voor zijn preferenties en zijn koopkracht. Vervolgens blijken in de rechtsgang de dragende spelers in het stelsel - overheid, verzekeraar, zorgaanbieder - de aansprakelijkheid hiervoor op elkaar af te wentelen. Zij kunnen zich blijkbaar succesvol onttrekken aan een 'zorgplicht'. Inmiddels heeft de rechter hierin richtinggevende uitspraken gedaan. Toch heeft 'het stelsel' zich daarin nog niet gevoegd.

De verzekering verzekert niet

Een belangrijke verklaring voor dit verschijnsel is de 'ex ante afklemming van het budget' (Scheerder, 2000). Die is het resultaat van beleid. Dat beleid houdt in dat de uitgaven in de zorgsector - niet ex post, maar ex ante - strikt gebudgetteerd zijn op grond van de overweging dat kostenbeheersing per se een conditio sine qua non is. Het gaat immers om een collectieve last. Er zal bovendien altijd sprake zijn van relatieve schaarste en dus van een rantsoeneringsmotief. In de praktijk van dit beleid zijn de budgetparameters ontleend aan het aanbod van zorg en niet aan de behoefte aan zorg. Theoretisch is afklemming van een verzekering met een aanbodgerelateerd macrobudget verdedigbaar, zie het standpunt van de Landsadvocaat over de wachtlijsten. Maar in de praktijk van de zorgverlening kan het tot ernstige problemen leiden, wanneer rechten van burgers bedreigd worden en dus de rechtszekerheid in het geding is. Het gaat dan om de uitvoering van het rantsoeneringsbeleid en om de maatvoering.

De overheid heeft de verzekering in de houdgreep van de kostenbeheersing

Kortom: de verzekeringsgedachte en de kostenbeheersing zijn niet meer zo vanzelfsprekend als vroeger te harmoniseren. Een verzekering impliceert eigen verantwoordelijkheid

De verzekering kan vraag en aanbod niet meer matchen

en keuzen. Impliceert risicobeoordeling en vooruit betalen in ruil voor een recht op een prestatie. En impliceert een verbond van burgers en ondernemers. Dit alles is gericht op afstemming van een aanbod op een vraag. De balansverstoring maakt het steeds moeilijker om vraag en aanbod (ook in kwalitatieve zin) op elkaar af te stemmen. En dit probleem wordt groter door de snel toenemende dynamiek in de gezondheidszorg, maar vooral die daarbuiten (wetenschap, techniek, ICT, EU, mondigheid). Uiteindelijk kan zelfs de legitimiteit van het stelsel in opspraak komen. Hier botsen individualisering, juridisering en internationalisering met een politieke visie op kostenbeheersing. Deze botsing leidt soms tot moeilijk verenigbare wensen, bijvoorbeeld individuele vrijheid en collectieve verantwoordelijkheid.

Welke concrete problemen vloeien hieruit voort? De RVZ ziet, voor zover relevant voor het advies, vier probleemgebieden.

Vier problemen

De verdeling van de (altijd schaarse) middelen – de rantsoenering – verloopt zo ondoorzichtig, is zo slecht controleerbaar, dat het moeilijk is na te gaan of en hoe de beschikbare middelen te bestender plaats terechtkomen. En ook is het lastig om er achter te komen of dit proces doelmatig verloopt. Het rantsoeneringsproces kent vele tussenstations. Verschillende actoren, dat wil zeggen zorgaanbieders en verzekeraars, hebben een gedelegeerde rantsoeneringstaak. Zij kunnen hun taak uitvoeren los van die van de ander. Het is niet duidelijk wie primair verantwoordelijk is voor de rantsoenering: de overheid of de andere actoren. Daar komt bij dat niet duidelijk is wie de zeggenschap heeft over de toegang tot de zorg, dat wil zeggen over de indicatiestelling.

Verdeling schaarse middelen

Meer in het algemeen verloopt de besluitvorming over aard en omvang van de zorgproductie niet in een volgorde die recht doet aan de beoogde taken van de actoren. De beslissingen die partijen nemen op de verzekeringsmarkt, op de zorgverleningsmarkt en op de zorgcontracteringsmarkt zijn geen onderdeel van een geïntegreerd beleidsscenario. De prikkels op de drie markten zijn niet gelijkgericht en versterken elkaar niet systematisch. Het geheel is gefragmenteerd.

De besluitvorming over zorgproductie is niet efficiënt

De verzekeraar is inmiddels, in een soms impliciete besluitvorming, verheven tot de centrale speler op het veld. Maar hij heeft moeilijk verenigbare taken gekregen. Hij moet publieke

De rol van de verzekeraar is onduidelijk

kosten beheersen, maar ook ondernemer zijn. Hij moet registreren, maar ook onderhandelen. Hij moet onderhandelen, maar soms zonder mandaat en zonder wisselgeld. Hij zou van nature moeten opereren op en vanuit een verzekeringsmarkt, met als tegenspeler een 'vrije' burger als verzekerde. Het systeem dwingt hem echter primair te opereren op de zorgcontracteringsmarkt met als tegenspeler de zorgaanbieder. En juist op die markt heeft hij weinig invloed. Zijn mandaat (van de verzekerde) is niet duidelijk, de marktinformatie is onvolledig, de marktstructuur is monopolistisch, het aanbod deels schaars. Dit is gedeeltelijk het resultaat van reactief gedrag van zorgaanbieders op de beleidsontwikkelingen sinds de commissie Dekker. Hoe het zij, in de zorgcontractering kan of wil de verzekeraar weinig uitrichten. En daardoor vervult hij niet de hem toebedeelde functie in het stelsel.

De vraagzijde in de gezondheidszorg is geen countervailing power (consument tegenover producent). Zo is er in het stelsel van zorg en verzekering geen balans en geen confrontatie tussen vraag en aanbod. Tussen die twee bevinden zich barrières die een adequate afstemming in de weg staan. Het stelsel leunt sterk op het aanbod; de sturing heeft het aanbod als object. De vraag moet volgen. Zo ontstaat geen natuurlijke doelmatigheid. Er ontstaat ook geen positieve eigen verantwoordelijkheid, maar juist een negatieve: de claimcultuur.

Er is geen vraagzijde in de gezondheidszorg

2.2 Analyse

De zojuist gesignaleerde problemen kunnen als volgt worden geanalyseerd.

De allocatieve efficiency in de gezondheidszorg schiet tekort, omdat het geheel van wetten en regels zeer complex is. Ook ontbreekt veelal de informatie die nodig is om doelmatigheid te kunnen vaststellen en aan partijen feedback te kunnen geven op hun gedrag. Mede hierdoor is het resultaat vaak niet-beoogde marktverstoring. Partijen vertonen strategisch gedrag – niet altijd het beoogd gedrag – en worden daarvoor beloond.

Allocatieve efficiency schiet tekort

Hetzelfde geldt voor het besluitvormingsproces over de aard en de omvang van de noodzakelijke gezondheidszorg bij beperkte middelen (relatieve schaarste). Dit proces is primair ingericht op de beheersing van het zorgaanbod per se en niet op het afstemmen van het zorgaanbod op de vraag. Hierdoor

Besluitvorming gaat over aanbodbeheersing, niet over de vraag

ontbreekt in de keten van beslissingen een voor de burger begrijpelijke en natuurlijke legitimatie: de vraag naar zorg en de daarachter schuilgaande behoefte in de samenleving. Bovendien interfereert de overheid in de besluitvorming door partijen aan regels te binden, die de afstemming van vraag en aanbod belemmeren. Ook heeft de overheid tot nu geprobeerd het systeem van besluitvorming gesloten te houden door vrijwel alle uitgaven voor gezondheidszorg tot de collectieve lastendruk te rekenen en door private initiatieven te verbieden.

De verzekeraar is door de overheid aangewezen als de regisseur van besluitvorming over de aard en de omvang van de noodzakelijke gezondheidszorg. In werkelijkheid zijn er meer regisseurs: de zorgaanbieder, de overheid en in toenemende mate de consument zelf. De verzekeraar moet als regisseur tegelijkertijd drie doelgroepen bedienen: de verzekerden, de zorgaanbieders en de overheid. De belangen van deze doelgroepen lopen niet parallel. De rollen van risicodragend verzekeraar (ondernemer), partner van de regionale zorgaanbieder in het overeenkomstenstelsel en verdeler van schaarste (en beheersers van publieke uitgaven), zijn moeilijk te verenigen.

De verzekeraar moet regisseren, maar kan dat niet

De vraagzijde is in de gezondheidszorg onderontwikkeld. De marktperfectionen in de gezondheidszorg veroorzaken dit: weinig transparantie, monopolistische structuren, niet voldoende mogelijkheden voor vrij verkeer. Zie de bij dit advies behorende achtergrondstudie Overheidsbemoediging. Ook is het stelsel niet gebaseerd op een resultaatsverplichting van verzekeraar of aanbieder. Op beiden rust slechts een inspanningsverplichting, hetgeen de verantwoordelijkheid, in het bijzonder de zorgplicht, diffuus maakt. De patiënt heeft daardoor geen verhaal binnen het stelsel. Hij voelt dan ook niet een eigen verantwoordelijkheid voor zorg en verzekering. Aanzetten voor verandering – patiëntgebonden of volgend budget, aanvullende, private verzekeringsnormen - hebben deze situatie nog niet principieel anders gemaakt.

De vrager van de zorg komt stelselmatig niet aan bod

2.3 Conclusie

De overheid creëert schaarste vanuit een beheersingsdoelstelling, die onder andere voortkomt uit macro-economische en politieke overwegingen. Schaarste noodzaakt tot rantsoenering. Daarvoor is de overheid verantwoordelijk. Maar zij laat

Dit verzekeringsstelsel moet ook rantsoeneren, maar heeft daarvoor niet veel mogelijkheden

de uitvoering van de rantsoenering over aan het verzekeringsstelsel in de gezondheidszorg. Deze rantsoeneringstaak kan alleen met behulp van de eigen verantwoordelijkheid van burgers en aanbieders en verzekeraars (de ondernemers) worden uitgevoerd. Maar die krijgt niet voldoende speelruimte. De ondernemerszin die nodig is om die rantsoeneringstaak binnen de gestelde politieke randvoorwaarden van gelijke toegankelijkheid tot een breed pakket zorgaanpakken, te kunnen uitvoeren, krijgt onvoldoende kansen. Daardoor ontstaat geen natuurlijke afstemming van vraag en aanbod.

Op basis van deze probleemanalyse, formuleert de Raad twee centrale observaties.

Twee observaties

De balans tussen collectief en individueel

Collectieve en individuele verantwoordelijkheid zijn in de gezondheidszorg in onbalans geraakt. De overheid heeft te veel taken op zich genomen, waarbij zij zich concentreert op haar verplichtingen en te weinig ruimte laat voor de eigen verantwoordelijkheid van burgers en ondernemers. Die ontstaat dan ook niet spontaan. Dit probleem telt zwaar. In de omgeving van de gezondheidszorg (justitie, onderwijs, sociale zekerheid, wonen) krijgt de eigen verantwoordelijkheid van burger en ondernemer meer kansen.

De gezondheidszorg rust te veel op collectieve, te weinig op individuele verantwoordelijkheid

De balans tussen lasten en baten

In de gezondheidszorg zijn de financiële taakstellingen, voortvloeiend uit de macrobudgettering, de sectorspecifieke doelstellingen gaan overschaduwden. Er is geen redelijke en herkenbare balans meer tussen de beheersingsbehoefte van de overheid en de geïndiceerde zorgbehoefte van de burger. De spanning die hiervan het gevolg is laat zich niet goed reguleren. Hierdoor geraken sturende overheid en zorgende sector in een vicieuze cirkel van actie en reactie. En dit verergert, wanneer vanuit de omgeving door relatieve buitenstaanders (bedrijfsleven, Europese Unie, rechter) op legitieme gronden wordt geprobeerd orde op zaken te stellen.

De spanning tussen budget en verzekering, tussen beheersingsbehoefte en zorgbehoefte, is te hoog opgelopen

De Raad verbindt hieraan voor dit advies de volgende conclusies.

Twee conclusies

In toenemende mate komt de omgeving van de gezondheidszorg in de greep van economisering, juridisering, individualisering en internationalisering. Deze trend zien wij in ieder geval sterk in de dienstensector. Besluitvorming decentraliseert, de verantwoordelijkheid voor de oplossing van proble-

Conclusie: ook de gezondheidszorg zou de eigen verantwoordelijkheid meer ruimte moeten geven

men wordt gelegd in de samenleving. De gezondheidszorg kan hierin niet achterblijven. Burgers en ondernemers hebben inmiddels geleerd elders hun verantwoordelijkheid te nemen. Daar komt bij dat de problemen in de gezondheidszorg te complex zijn geworden om centraal te kunnen worden opgelost.

De Raad is van mening dat de bestaande problemen in de gezondheidszorg vragen om meer keuzevrijheid, in het bijzonder om meer keuzemogelijkheden voor de burger. Dat maakt de burger meer zelf verantwoordelijk en het impliceert meer vrijheid voor ondernemerschap als de countervailing power voor burgerschap. Dit is niet nieuw. De gezondheidszorg heeft een verleden van burgerschap en ondernemerschap. De gezondheidszorg, zoals wij die nu kennen, komt voort uit het particulier initiatief. Steeds speelden verantwoordelijke burgers en ondernemers, in onderling samenwerking, een belangrijke rol. De dominante rol van de overheid (verstatelijking) is pas in de afgelopen decennia ontstaan. Het accentueren van die twee sluit dus aan bij een traditie. In het navolgende zal de Raad deze bewering aan een nader onderzoek onderwerpen.

Conclusie: burgers en ondernemers kunnen een belangrijke rol spelen

3 Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid van de burger

3.1 Inleiding

De Raad is van mening dat de bestaande problemen in de gezondheidszorg vragen om meer keuzevrijheid en meer keuzemogelijkheden voor de burger. Een beroep op burgerschap en grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers zouden keuzevrijheid en keuzemogelijkheden kunnen vergroten. In dit hoofdstuk wordt de mogelijkheid en wenselijkheid van een beroep op burgerschap en grotere eigen verantwoordelijkheid onderzocht.

Het is zinvol burgerschap aan een nader onderzoek te onderwerpen

De lijn van dit hoofdstuk is als volgt. Gezondheidszorg is een zaak van de publieke sfeer, waarbij individuele verantwoordelijkheid van burgers tot nu toe geen of nauwelijks accent krijgt. In paragraaf 3.2 verkennen we het hedendaags burgerschapsbegrip en de relevantie ervan voor de gezondheidszorg.

Voor de gezondheidszorg kan eigen verantwoordelijkheid van de burger betrekking hebben op drie terreinen, namelijk de zorg voor eigen gezondheid, het gebruik van zorg en de keuze van verzekeringen. Dit wordt beschreven in paragraaf 3.3. De Raad laat zien welke argumenten pro en contra verschillende vormen van eigen verantwoordelijkheid van de burger aangevoerd kunnen worden en toetst ze op aanvaardbaarheid en haalbaarheid. Hij trekt hieruit zijn conclusies en beantwoordt de centrale vraag van dit hoofdstuk in paragraaf 3.4.

3.2 Burgerschap

Begripsverkenning

Burgerschap is een dynamisch begrip, dat wil zeggen dat de inhoud ervan wordt bepaald door de historische, politieke en culturele context waarin het voorkomt. De invulling van het burgerschapsbegrip verandert in de tijd en wordt gekleurd door de feitelijke omstandigheden en de heersende normatieve opvattingen van de politieke samenleving waarin het voorkomt.

Burgerschap: een tijdgebonden begrip

Burgerschap heeft verder een *passieve* en een *actieve* component. In passieve zin verwijst burgerschap naar individuele aanspraken en rechten die burgers tegenover de staat kunnen

Burgerschap heeft een passieve en een actieve betekenis

laten gelden. Dit naoorlogse begrip van burgerschap deed jarenlang opgeld. De nationale staat heeft in deze visie een belangrijke rol in het erkennen en waarborgen van burgerschapsaanspraken (Marshall, 1949). Vanaf de jaren negentig komt er kritiek op deze benadering van burgerschap. Het formele, passieve burgerschap behoeft aanvulling in actieve zin: naast rechten en aanspraken zijn plichten en verantwoordelijkheden van burgers voor de publieke zaak noodzakelijk. De achterliggende kritiek is dat de verzorgingsstaat de burger 'lui' maakt, hij eist en verwacht en gaat aan zijn eigen verantwoordelijkheid voorbij. Het 'consumerend burgerschap' dient de gemeenschappelijke zaak niet (Van Montfort, 1991; Verkerk, 1999).

Het huidige burgerschapsbegrip kenmerkt zich vooral door de volgende aspecten.

Rechten en plichten

Burgerschap staat niet alleen voor rechten, maar ook voor plichten. De burger, als drager van rechten, is ook verantwoordelijk voor de instandhouding van deze rechten. Burgerschap impliceert dat de burger en private organisaties aangesproken kunnen worden op publieke verantwoordelijkheden (Trommel, 2000).

De burger heeft niet alleen rechten, maar ook plichten

De inzet van de burger voor de publieke zaak blijkt bijvoorbeeld uit de groei van sociale bewegingen zoals Amnesty, Artsen zonder grenzen, Greenpeace en protestacties van burger tegen zinloos geweld, racisme en discriminatie (Trommel, 2000; SCP-rapport, 2000). Solidariteit blijkt niet verdwenen te zijn, maar is anders georganiseerd.

Keuzevrijheid en noodzaak tot kiezen

Er is sinds de jaren zestig een levensinstelling ontstaan die afrekenet met traditie en nadrukkelijker is gebaseerd op zelfstandige bestaansmiddelen en zelfstandige oordeelsvorming. De levensstijlen van individuele burgers zijn veranderlijker en veelvormiger geworden en dat heeft tot gevolg dat ideologieën niet meer aansluiten bij de wensen en interessen van hedendaagse burgers. Deze ontwikkeling van 'detraditionalisering', individualisering en globalisering naar een meer open identiteit leiden ertoe dat burgers zelf moeten kiezen. Keuzevrijheid en de noodzaak om te kiezen gaan hand in hand (Michielse, 1993; Engelen, 2000).

Burgers moeten kiezen

Competenties

Competenties zijn vaardigheden voor de uitoefening van (hendaags) burgerschap. Ze wijzen op de voorwaarden die voor keuzen, beslissingen en handelen nodig zijn. Deze handlingsvoorwaarden zijn zelf weer afhankelijk van sociale, economische en culturele hulpbronnen. “Het spreekt niet vanzelf om te weten welke mededelingen met betrekking tot je eigen situatie, in de spreekkamer van een dokter of in een leslokaal bijvoorbeeld, wel en niet relevant zijn” (Nauta, 2000). Maar ook is niet ieder in staat om voor zijn rechten op te komen, het vereist een bepaalde elementaire kennis of ontwikkeling (achtergrondstudie RVZ Eigen verantwoordelijkheid van de burger).

Burgerschap ontstaat niet vanzelf: je moet het leren

De competenties van patiënten om verantwoordelijkheid te nemen, zelf te handelen en te beslissen zijn ook wat ervaring met en beleving van ziekte betreft heel verschillend. Iemand die juist gehoord heeft dat ze borstkanker heeft en moet beslissen over de behandeling ervan, is al gauw minder competent hierin dan de chronische patiënt die eigen verantwoordelijkheid neemt en de zorg die hij nodig heeft zelf regelt. Zo zijn er ook competentieverschillen onder patiënten met dezelfde ziekte, zoals het geval is met diabetespatiënten.

Mensen verschillen hierin

Box 3.1: Diabeteszorg

Een voorbeeld

Er is een cluster 'onafhankelijken' met personen die diabetes goed in hun leven hebben geïntegreerd. Trefwoorden zijn: positieve houding, relatief jong, hoog opgeleid, vaak betaald werk. Ook mensen die relatief lang bekend zijn met diabetes horen in dit cluster. De personen in het tweede cluster, de 'ontkenners', stellen zich niet alleen passief en afhankelijk op, maar vertonen tevens ontkenkend gedrag. Opvallend is het zeer hoge percentage allochtonen in deze groep. Het derde cluster is dat van de 'onzekeren', waarin vrouwen licht zijn oververtegenwoordigd. Er zijn in feite twee leeftijdsgroepen. Relatief jonge personen (tot 45 jaar) met een korte diabeteshistorie, die na verloop van tijd vaak in de groep 'onafhankelijken' terecht zullen komen, en relatief oude personen (65+) die tot deze groep zullen blijven behoren. In het cluster 'onafhankelijken' wordt het hoogste percentage personen aangetroffen dat aan zelfregulatie doet (65%, tegenover 13% van de 'ontkenners' en 43% van de 'onzekeren'). Bij de zelfcontrole zie je een vergelijkbaar beeld.

Bron: Smelik. EADV-magazine, oktober 1999.

Relevantie van burgerschap voor de gezondheidszorg

In het hedendaags burgerschapsbegrip wordt het accent gelegd op de actieve publieke verantwoordelijkheid van de burger. Burgers hebben naast gelijke rechten ook plichten en verantwoordelijkheden ten opzichte van goederen uit de publieke sfeer. Eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezondheidszorg wordt gemotiveerd vanuit twee perspectieven: het publieke belang en het welbegrepen eigenbelang van burgers. Bij het publieke belang gaat het om een verdelingsvraagstuk, namelijk wat een faire verdeling van schaarse middelen is in de gezondheidszorg. Fair ten opzichte van andere burgers in de samenleving, die ook gebruik (willen) maken van voorzieningen in de gezondheidszorg. Een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers kan bijdragen aan een meer faire verdeling van beschikbare zorg.

Eigen verantwoordelijkheid is nodig voor een faire verdeling van schaars goed

Daarnaast willen burgers meer eigen verantwoordelijkheid vanuit het oogpunt van hun welbegrepen eigenbelang. Zij zijn mondiger geworden en hebben er zelf belang bij keuzen te kunnen maken in de behandeling van hun gezondheidsprobleem. Ze willen kunnen 'shoppen' en zelf beslissen welk verzekeringspakket zo goed mogelijk, zo veel mogelijk en toch zo goedkoop mogelijk hun gezondheidsrisico's dekt.

Maar ook om te kunnen kiezen

3.3 Eigen verantwoordelijkheid van burgers

Begripsverkenning

Eigen verantwoordelijkheid betekent dat individuen zich rekenschap geven van keuzen die ze maken en van de consequenties van die keuzen voor zichzelf en voor anderen. Om van eigen verantwoordelijkheid te kunnen spreken zijn keuzevrijheid, het vermogen om te kiezen (competentie) en het dragen van de consequenties daarvan voorwaarden. Keuzevrijheid veronderstelt verder de beschikbaarheid van opties waaruit gekozen kan worden: verschillende mogelijkheden moeten overwogen en gekozen kunnen worden.

Eigen verantwoordelijkheid betekent: je rekenschap geven van keuzen én gevolgen

Behalve dat met eigen verantwoordelijkheid keuzevrijheid, de beschikbaarheid van opties en competentie verondersteld wordt, impliceert het ook goede en weloverwogen keuzen maken. Goed vanuit iemands welbegrepen eigen belang, maar ook goed vanuit het oogpunt van de belangen van anderen, zowel in de nabije en als in de publieke sfeer.

Dimensies van eigen verantwoordelijkheid

Er zijn verschillende dimensies of lagen aan het begrip eigen verantwoordelijkheid te onderscheiden als het betrokken wordt op de gezondheidszorg. Musschenga onderscheidt de volgende dimensies:

- *Zelfzorg*: zorg door de betrokkene zelf gegeven, zelf geregeld en/of betaald. Hierbij valt te denken aan: bevordering van eigen gezondheid, vermijden en bestrijden van risico's, zelfmedicatie, zelfhulpgroepen, behandelingen voor eigen kosten.
- *Aansprakelijkheid*: het gaat om het verantwoordelijk stellen van de betrokkene voor de gevolgen van gedrag, dat zelf gekozen is. Voorbeelden hiervan zijn: aansprakelijk stellen voor vermijdbare risico's, voor nalatigheid van bestrijdbare risico's, voor therapieontrouw, voor gevolgen van onvoldoende verzekeren.
- *Zelfbepaling/ mondigheid*: hieronder valt keuzevrijheid van de burger. Bijvoorbeeld meebeslissen over c.q. inspraak in beleid; zelf kiezen van arts/specialist, van verzekeraar, van het verzekerde pakket en zelf kiezen van zorgverlening en door wie.

Drie dimensies van eigen verantwoordelijkheid

Deze drie, niet verder te herleiden, dimensies van eigen verantwoordelijkheid komen terug op de volgende terreinen, waarop eigen verantwoordelijkheid van de burger in de gezondheidszorg betrekking kan hebben:

- de zorg voor eigen gezondheid (zie paragraaf 3.4);
- het gebruik van de gezondheidszorg (zie paragraaf 3.5);
- de zorg voor eigen verzekering (zie paragraaf 3.6).

Eigen verantwoordelijkheid op drie terreinen

Hieronder volgt een overzicht van eigen verantwoordelijkheid in dimensies en in terreinen.

Dimensies en terreinen in een schema

Tabel 3.1 Overzicht van eigen verantwoordelijkheid in dimensies en terreinen

<i>Eigen verantwoordelijkheid</i>	<i>zorg voor eigen gezondheid</i>	<i>gebruik van de gezondheidszorg</i>	<i>zorg voor verzekering</i>
<i>Zelfzorg</i>	zelf gezondheid beschermen en ziekte voorkomen	zorg zelf geven (zelfhulp, zelfmedicatie)	zelf betaald of verzekerd voor behandeling
<i>Aansprakelijkheid</i>	verantwoord gezondheidsgedrag (leefstijl)	verantwoord zorggebruik (gepast gebruik)	zelf verantwoordelijk voor keuze verzekering en pakketkeuze
<i>Zelfbepaling</i>	zelf kiezen voor gezond/ ongezond gedrag	zorg zelf gekozen en geregeld (bijvoorbeeld pgb)	zelf kiezen van (aanvullende) verzekering of voor zelf betalen zorg

3.4 De zorg voor eigen gezondheid

Eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van de zorg voor eigen gezondheid heeft vooral betrekking op de actieve rol die de burger zelf kan spelen om zijn gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen. Het gaat hier om verantwoord gezondheidsgedrag en gezonde leefstijl van (nog) gezonde burgers, waarbij het ‘niet schaden’ van eigen en andermans gezondheid het leidende principe is. Deze vorm van eigen verantwoordelijkheid wordt ook wel *prospectieve verantwoordelijkheid* genoemd (Ten Have et al., 1998).

Prospectieve verantwoordelijkheid

In prospectieve zin heeft ‘verantwoordelijkheid’ betrekking op toekomstig gedrag. Verantwoordelijk stellen betekent dan een dringend beroep doen op iemand om zich op een bepaalde manier te gedragen: een gezonde leefstijl. Mensen kunnen hun gezondheid beschermen of gezondheidsschade beperken door maatregelen te nemen op het gebied van voeding, veiligheid en beweging.

Prospectieve verantwoordelijkheid heeft te maken met een gezonde leefstijl

Box 3.2: Zelfzorg

In 1999 is de totale verkoop van zelfzorggeneesmiddelen en gezondheidsproducten behoorlijk gestegen. Verdeeld naar de diverse categorieën is de grootste omzetgroei gerealiseerd in de voedingssupplementen (vitaminen en mineralen). Hier is een stijging te zien van maar liefst 9,5% ten opzichte van 1998. De verklaring ligt volgens koepelorganisatie Neprofarm in de groeiende aandacht onder de consumenten voor de eigen gezondheid. Preventieve maatregelen – meer sporten, evenwichtige voeding, maar ook regelmatig gebruik van vitamines en mineralen – passen binnen dit leefpatroon.

Een voorbeeld

De vraag is nu of een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers in hun gezondheidsgedrag legitiem is: zijn burgers aanspreekbaar op eigen verantwoordelijkheid in gezond/ongezond gedrag? In prospectieve zin is het antwoord op deze vraag positief. Het is immers in het belang van de burger zelf – zijn welbegrepen eigenbelang - dat hij verstandig omgaat met zijn eigen gezondheid. Zolang een beroep op eigen verantwoordelijkheid in de sfeer van aanmoedigen tot gezond gedrag en ontmoedigen van ongezond gedrag blijft, is het als *aanspreekbaarheid* op eigen verantwoordelijkheid met het oog op eigen gezondheid aanvaardbaar. Met andere woorden: stimuleren van gezond gedrag vanuit het oogpunt van welbegrepen eigen belang is legitiem. Tegen verplichten van gezond gedrag zijn wel bezwaren in te brengen, omdat er dan geen sprake meer is van vrije keuze. Verplichten van gezond gedrag is alleen te rechtvaardigen als de gezondheid van anderen in gevaar komt.

Een beroep op prospectieve verantwoordelijkheid alleen als stimulans, niet als verplichting

Retrospectieve verantwoordelijkheid

Bezwaren tegen eigen verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid zijn er vooral als deze *retrospectief* worden opgevat. Verantwoordelijk stellen betekent hier iemand aansprakelijk stellen voor gedrag dat al heeft plaatsgevonden: 'eigen schuld, dikke bult'. Het gaat dan om aansprakelijkheid voor de gevolgen van zelfgekozen risicovol gezondheidsgedrag (Ten Have et al., 1998). Vermijdbaar gedrag wordt in deze redenering beschouwd als verwijtbaar gedrag. Denk bijvoorbeeld aan hoofdletsel als gevolg van het niet dragen van een helm. De vraag is nu: is deze visie op eigen verantwoordelijkheid houdbaar? Mogen burgers verantwoordelijk gesteld worden in retrospectieve zin en mogen daaraan consequenties verbonden

Retrospectieve verantwoordelijkheid impliceert een aansprakelijkheidsstelling: eigen schuld, dikke bult

worden? En, zo ja, welke consequenties zijn dan te rechtvaardigen?

Consequenties van retrospectieve verantwoordelijkheid

Er zijn verschillende maatregelen denkbaar om burgers in retrospectieve zin verantwoordelijk te stellen. Het begint bij morele afkeuring en strekt zich uit tot financiële maatregelen of maatregelen die uitsluiting of beperking van zorgverlening betekenen.

Dat kan op een aantal manieren gebeuren

Financiële maatregelen onderscheiden zich in maatregelen *vooraf*, zoals bijvoorbeeld accijnzen op ongezonde genotmiddelen, extra verzekeringen en verhoogde premies voor ziektekostenverzekeringen, en maatregelen *achteraf* zoals bijvoorbeeld een eigen bijdrage in de kosten van de behandeling van de gezondheidsschade.

Bijvoorbeeld met financiële maatregelen

Van geheel andere aard zijn de maatregelen die uitsluiting van bepaalde schaarse voorzieningen betekenen of uitsluiting van voorzieningen waarvoor men zich niet van tevoren heeft verzekerd. De gradatie van de verschillende maatregelen is verschillend: accijnsverhoging is een mildere maatregel dan bijvoorbeeld uitsluiting van schaarse levensreddende voorzieningen.

Of door uitsluiting

Retrospectieve verantwoordelijkheid en eventuele consequenties daarvan blijken omstreden te zijn. Welke argumenten pro en contra retrospectieve verantwoordelijkheid worden aangevoerd?

Vier argumenten voor aansprakelijkheid

Argumenten voor aansprakelijkheid voor gedrag

Leefstijl is steeds meer een keuze, gevolgen van leefstijl vallen daarom onder eigen verantwoordelijkheid

De invloed van leefstijl op gezondheid wordt meer als een keuze gezien. Dankzij ontwikkelingen in de medische wetenschap (zoals voorspellende geneeskunde) weten we steeds meer over herkomst en toekomst van gezondheidsproblemen. Via informatie en voorlichting worden burgers gewezen op de gevaren van roken, drinken en onveilig vrijen.

1. Leefstijl is een keuze

Ziekte heeft vaker te maken met risico's als gevolg van eigen keuzen. Giddens noemt dit 'manufactured risks', ziekte is volgens hem ook een 'manufactured risk'. Bij de aanpak van deze risico's zullen degenen die het betreft zelf actief betrokken moeten worden. Een beroep op eigen verantwoordelijk-

heid voor gezondheid is volgens Giddens de juiste aanpak van gevolgen van ongezond gedrag.

Gevolgen van zelfgekozen leefstijl niet afwentelen op gemeenschap
Van Asperen vindt het alleszins redelijk dat zelfgekozen leefstijlen en moreel gekleurde medische voorkeuren niet in financieel opzicht op de samenleving of de gemeenschap worden afgewenteld, maar voor eigen rekening moeten komen. “Wie parachute wil springen of gaat skiën, wordt geacht zich aanvullend te verzekeren. Voor andere en waarschijnlijk veel kostbaarder vormen van riskant gedrag bestaat die verplichting niet. Dit is niet consequent” (Van Asperen, 1988).

2. Keuzen niet afwentelen

Meer kennis over oorzaken van ongezondheid biedt de mogelijkheid tot gedragsbeïnvloeding en maakt een beroep op eigen verantwoordelijkheid plausibel

3. Kennis over oorzaken

Oorzaken van ongezondheid raken meer algemeen bekend en ook de mogelijkheden om via gedrag daarop invloed uit te oefenen, zijn toegenomen. In de toekomst zullen burgers - zeker van de kant van zorgverzekeraars - steeds meer aangesproken worden op hun gezondheidsgedrag. Meer kennis en (onder andere genetische) informatie leiden er ook toe dat het tot nu toe geldende uitgangspunt in het verzekeringsstelsel van solidariteit tussen verschillende gezonde en ongezonde leefstijlen onder druk komt te staan. Is solidariteit tussen bijvoorbeeld rokers en niet-rokers nog wel houdbaar en rechtvaardig?

Meer keuzevrijheid en meer kennis over ongezond gedrag rechtvaardigen belangensolidariteit in plaats van risicosolidariteit

4. Belangensolidariteit

Solidariteit, zoals dat in het huidige verzekeringsstelsel geldt, kan gedefinieerd worden als de bereidheid mee te dragen in de risico's van anderen die uit een stijl van leven voortkomen (risicosolidariteit). Vele andere dan ziektekostenverzekeringen zijn gebaseerd op 'belangensolidariteit'. Belangensolidariteit is gebaseerd op homogeniteit van belangen: bijvoorbeeld wie een hoog risico vormt voor een autoverzekering komt in dezelfde categorie als vergelijkbare anderen. Eigenlijk is belangensolidariteit geen solidariteit maar een regeling gebaseerd op prudentiële overwegingen: de welbegrepen eigenbelangen van een aantal participerende individuen. Met de huidige kennis en mogelijkheden is vanuit het oogpunt van fairness een gezondheidszorgstelsel gebaseerd op belangensolidariteit – dus de bereidheid om elkaars vergelijkbare risico's te delen – beter te verdedigen dan een systeem gebaseerd op risicosolidariteit.

Argumenten tegen aansprakelijkheid voor gedrag

Er is geen duidelijk verband tussen een gezondheidsprobleem en zelfgekozen leefstijl

De Beaufort betwijfelt of er wel een scherpe scheiding te maken is tussen degenen die door het blinde noodlot getroffen zijn en degenen die door eigen toedoen gezondheidsproblemen (lijken te) hebben. Zij stelt dan ook vraagtekens bij de stelling van Van Asperen dat er “een perfecte vorm is om de band tussen vrijwillig gekozen gedrag en de kosten daarvan te bewaren” (De Beaufort, 1991). In deze gedachtenlijn past de visie van Giddens over 'manufactured risks' niet. De Beaufort werpt tegen dat voor activiteiten als skiën en parachutespringen het verband misschien duidelijk mag zijn, maar het wordt ingewikkelder als het om leefstijl of gewoonten als roken en alcoholgebruik gaat. Als roken en drinken een verslaving is, in hoeverre is er dan nog sprake van keuzevrijheid?

Oorzaken ongezonde leefstijl zijn complex. Ook andere factoren zijn van invloed

Zo blijkt ongezond gedrag vooral voor te komen in de lagere sociale klassen. Sociaal-economische, maar ook psychische factoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van ongezond gedrag. Met andere woorden: de oorzaken voor een ongezonde leefstijl zijn vaak zo complex dat moeilijk uit te maken is in hoeverre gezond leven werkelijk een keuze is, dan wel een verdienste van het individu en of daarvoor niet ook geluk, een weerbaar gestel, een goede relatie en voldoende financiële middelen nodig zijn. Hieraan kan worden toegevoegd dat competenties van burgers om zelf keuzen te kunnen maken heel verschillend kunnen zijn. Niet iedereen is voldoende aanspreekbaar en weerbaar of is in staat tot eigen oordeelsvorming (paragraaf 3.2) Dat maakt de betrekkelijkheid van eigen verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid nogmaals duidelijk.

Solidariteit niet afhankelijk stellen van oorzaken van een situatie
Solidariteit hoeft volgens De Beaufort niet (volstrekt of altijd) afhankelijk te worden gemaakt van de oorzaken van een situatie waarin iemand verkeert, maar valt ook te baseren op de ellende van een situatie als zodanig. Ook al heeft iemand zich roekeloos gedragen, dan nog is het vreselijk als iemand zijn leven lang gehandicapt zal blijven. Zij waarschuwt tegen *victim blaming*. Uitsluiting van (schaarse) levensreddende of levensnoodzakelijke voorzieningen is in haar optiek niet te verdedigen. Ook anderen wijzen erop dat vermijdbaar ongezond gedrag niet altijd verwijtbaar is. En al zou een individu verant-

Vier argumenten tegen aansprakelijkheid

1. Causaliteit ontbreekt

2. Complexe causaliteit

3. Solidariteit niet situationeel

woordelijk zijn, dan nog is het de vraag of deze ook de kosten van dit gedrag voor zijn rekening zou moeten nemen. Eenieder verkeert in een andere sociale en economische constellatie die meestal niet zelf gekozen is.

Geen inbreuk op persoonlijke vrijheid en privacy

4. Privacy beschermen

Het argument van bescherming van de vrijheid en de privacy kan ook een bezwaar zijn tegen retrospectieve eigen verantwoordelijkheid in gedrag. Een financiële maatregel, bijvoorbeeld ziektenkostenpremie aanpassen aan het gezondheidsgedrag, betekent een inbreuk op de privacy. Immers, op paternalistische wijze wordt door de verzekeraar gezond gedrag voorgeschreven. En de dokter of hulpverlener zou dan moeten optreden als ‘gezondheidspolitie’. Is het middel hier niet erger dan de kwaal?

Tabel 3.2 **Overzicht argumenten pro en contra**

<i>eigen verantwoordelijkheid</i>	<i>begripsafbakening</i>	<i>argumenten pro</i>	<i>argumenten contra</i>
<i>prospectief</i>	aanspreekbaar op toekomstig gezondheidsgedrag	welbegrepen eigenbelang burger	geen, zolang niet verplichtend
<i>retrospectief</i>	aansprakelijk voor gevolgen van vermijdbaar ongezond gedrag	leefstijl is eigen keuze gevolgen eigen keuze niet afwentelen op gemeenschap meer kennis leidt tot meer eigen keuze en dus eigen verantwoordelijkheid meer kennis en keuzevrijheid ondermijnt risicosolidariteit	relatie ongezondheid en leefstijl betwist risicosolidariteit niet afhankelijk van oorzaak ongezondheid ongezondheid ook door andere factoren inbreuk op vrijheid en privacy

Uit de hier in kaart gebrachte visies blijkt dat eigen verantwoordelijkheid in prospectieve zin mogelijk is. Retrospectieve verantwoordelijkheid blijkt echter omstreden te zijn. Hoewel sommigen vinden dat burgers wel vooraf of achteraf aanspra-

Prospectieve verantwoordelijkheid kan; retrospectieve is omstreden

kelijk te stellen zijn voor de gevolgen van hun ongezonde gedrag, lijken de argumenten van de tegenstanders toch overtuigender. De uitkomst van dit debat is echter niet beslist.

3.5 Het gebruik van de gezondheidszorg

Eigen verantwoordelijkheid kan ook betrekking hebben op gepast of verantwoord gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg. De burger is in dit geval de zorgconsument die men in staat acht zelf zorg te regelen en verantwoord gebruik te maken van de gezondheidszorg. Hij is de regisseur van zijn eigen zorgarrangement. Het persoonsgebonden budget is de meest bekende vorm van eigen verantwoordelijkheid in het gebruik van zorg. Burgers worden hierbij aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid, maar beschikken daardoor ook over een grote mate van keuzevrijheid. Zowel de dimensie van zelfzorg, als de dimensie van zelfbepaling (zie tabel 3.1) worden hier aangesproken.

Eigen verantwoordelijkheid en zorggebruik

Tegen een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers in de betekenis van zorgen voor eigen zorg is geen bezwaar, zolang het een vrije keuze blijft. Er moet gekozen kunnen worden tussen een persoonsgebonden budget (pgb) of een persoonsvolgend budget (pvb), het in natura- of een restitutiesysteem. Immers, niet iedereen is competent om zelf zorg te kiezen. Ontwikkeling en ervaringsdeskundigheid spelen hierin geen onbelangrijke rol.

Mensen kunnen hun eigen zorg regelen, als zij maar keuzemogelijkheden hebben

Ook maakt het uit om wat voor soort aandoening of ziekte het gaat. De pgb-en zijn vooral in de care-sector praktisch. Dat is niet vreemd, omdat chronisch zieken vaak al zolang ervaring hebben met de gezondheidszorg, dat zij prima in staat zijn om zelf zorg te kiezen en te regelen of daarvoor een zaakwaarnemer aan te stellen. Hoewel het persoonsgebonden budget succesvol is, kan het niet onbeperkt worden toegepast. In de curatieve sector zal het ook niet gauw kostenbesparend werken of doelmatiger zorggebruik opleveren.

Wel hangt dit af van het karakter van de ziekte

Eigen verantwoordelijkheid in zorggebruik kan opgevat worden als verantwoord zorggebruik, dat wil zeggen: verstandig gebruikmaken van de zorg en van goed patiëntschap. Goed patiëntschap, in de betekenis van gepast gebruik van voorzieningen, hangt echter maar in zeer beperkte mate af van eigen verantwoordelijkheid. Er is een aantal belemmerende factoren te noemen.

Goed patiëntschap en gepast gebruik belangrijk, maar niet altijd mogelijk

Voor het dragen van eigen verantwoordelijkheid is de patiënt aangewezen op informatie van derden: de zorgaanbieder, de verzekeraar en de overheid. De ingewikkelde omschrijving van zorgaanpakken in de wet en in verzekeringspolissen maakt het nog eens extra moeilijk. Ook uit ervaringen met de persoonsgebonden budgetten wordt bevestigd dat de keuzevrijheid vaak nog moeilijk te realiseren is, aangezien aanbieders en verzekeraars van zorg daarop nog onvoldoende zijn afgestemd.

Soms heeft de patiënt niet voldoende informatie

Een ander punt is de afhankelijke situatie waarin de patiënt hoe dan ook blijft verkeren. De mondigheid van de patiënt is weliswaar toegenomen en de relatie arts patiënt is evenwichtiger geworden. Toch blijft de relatie gebaseerd op vertrouwen waarbij de patiënt balanceert tussen volgzzaamheid en eigenzinnigheid.

En soms is hij sterk afhankelijk van de zorgverlener

De Raad concludeert dat een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers voor zorggebruik, in de betekenis van keuzevrijheid en zelfbepaling, onder bepaalde condities goed mogelijk is. Gaat het echter om het verantwoord gebruik van voorzieningen en de aansprakelijkheid van burgers als zorgconsumenten en patiënten hiervan, dan zijn er vooral in de praktische uitvoerbaarheid belemmerende factoren. Eigen verantwoordelijkheid van patiënten als consumenten van zorg, in de betekenis van gepast gebruik, is betrekkelijk. Eigen verantwoordelijkheid in zorggebruik is sterk afhankelijk van informatie en competentie van de burger, de relatie met de zorgverlener en de afstemming van aanbieders en zorgverzekeraars.

Conclusie: het kan, maar.....

3.6 De zorg voor eigen verzekering

Op dit terrein gaat het om de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in de rol van verzekerde en consument van verzekerde zorg. Wat moet collectief geregeld worden en wat valt onder individuele verantwoordelijkheid?. In welke mate zijn burgers zelf verantwoordelijk voor hun verzekeringspakket en hebben zij daarin ook keuzevrijheid? Meer in het bijzonder gaat het hierbij om de vraag naar de reikwijdte en betekenis van solidariteit.

Is de verzekering een collectieve of een individuele zaak?

Eigen verantwoordelijkheid voor de bekostiging van de gezondheidszorg betreft dat deel van de zorg waarvoor de burger zelf verantwoordelijk is. Eigen verantwoordelijkheid in het huidige systeem is divers. De een is verplicht verzekerd via het ziekenfonds, de ander heeft zich particulier verzekerd, weer

Eigen verantwoordelijkheid nu vooral in de particuliere verzekering

anderen hebben zich bijverzekerd of zijn financieel in staat zelf zorg te kopen. De eigen verantwoordelijkheid vinden we in de twee laatstgenoemde verzekeringsvormen. Onderstaand voorbeeld laat zien hoe meer eigen verantwoordelijkheid voor de ziektekostenverzekering in de tandzorg is verlopen.

Een voorbeeld van eigen verantwoordelijkheid

Box 3.3: Tandzorg

Per 1 januari 1995 is nog maar een beperkt deel van de tandheelkundige verrichtingen verzekerd in het basispakket. Zaken als orthodontie, kronen, bruggen vallen nu buiten het vergoedingenpakket. Voor volwassenen zit in het preventiepakket het recht op minstens één controle per jaar, het verwijderen van tandsteen en instructie mondhygiëne. Per 1 januari 1997 wordt bovendien het kunstgebit weer voor het grootste deel (75%) door het ziekenfonds vergoed.

Uit steekproeven blijkt dat ongeveer 86% van de volwassen ziekenfondsverzekerden en 58% van de volwassen particulier verzekerden zich aanvullend verzekeren (bron: NMT). De ervaring wijst uit dat zorgvragers en zorgaanbieders in de tandheelkunde goed in staat zijn om de eigen verantwoordelijkheid te dragen. Vooral mensen met een bepaalde inkomenspositie kiezen er blijkbaar voor zich niet aanvullend te verzekeren.

Wanneer in een toekomstig stelsel een basispakket voor iedereen het uitgangspunt zou zijn en er sprake is van een verplichte verzekering, lijkt van keuzevrijheid op het eerste gezicht geen sprake. Toch is het in de huidige samenleving met haar burgerschapsidealen niet ondenkbaar dat er binnen een verplichte verzekering ruimte is voor grotere eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid. Te denken valt aan polisdifferentiatie met behoud van subsidiërende solidariteit binnen een verplichte verzekering, bijvoorbeeld gekoppeld aan de leeftijdsfase (zoals verschillend aanbod voor jongeren en ouderen), bepaalde behoeften (bijvoorbeeld in verband met chronische ziekte) of preferenties van de verzekerde (keuze voor bepaalde geneeswijze). Verder zijn keuzemogelijkheden binnen de basisverzekering denkbaar op het gebied van de hoogte van eigen risico of eigen bijdragen in de kosten.

Ook in een eventueel verplichte verzekering is ruimte voor eigen verantwoordelijkheid

Eigen verantwoordelijkheid voor verzekering is echter vooral aan de orde buiten de verplichte verzekering en heeft dan betrekking op zorg die voor eigen rekening en verantwoording kan komen. Te denken valt aan aanvullende verzekeringspakketten of eigen bijdragen in de kosten.

Er kunnen verschillende argumenten aangevoerd worden voor een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid in de keuze van ziektekostenverzekeringen:

- Verantwoordelijkheid direct leggen bij degene die het aangaat: de (potentiële) consument van zorg.
- Meer keuzevrijheid voor de consument zowel binnen als buiten het verplichte pakket.
- Meer ruimte om zelf zorg in te kunnen kopen en te regelen (koopkracht).
- Meer ruimte voor belangensolidariteit (= de bereidheid elkaars vergelijkbare risico's te delen).

Maar daarbuiten is die ruimte groter

Er zijn echter ook bezwaren tegen grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers voor de verzekerde zorg.

- Competenties van burgers in hun rol van verzekerde liggen verschillend. Eigen verantwoordelijkheid veronderstelt en vereist competente burgers die in staat zijn een adequaat pakket te kiezen. Competentie hangt ondermeer samen met weerbaarheid en aanspreekbaarheid. Voor burgers uit kwetsbare groepen (allochtonen, financieel minder draagkrachtigen, ongeschoolden, etc.) kan dat een probleem zijn, terwijl zij relatief meer gebruikmaken van zorg.
- Gebruikers van gezondheidszorg zijn niet altijd daartoe zelf in staat: wie treedt als hun zaakwaarnemer op?
- Eigen verantwoordelijkheid kan leiden tot onrechtvaardige ongelijkheid in de samenleving. De verschillen tussen financieel meer en minder draagkrachtigen worden groter: inkomenssolidariteit komt zo meer onder druk te staan.

Drie bezwaren tegen eigen verantwoordelijkheid in de verzekering

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat - rekening houdend met bepaalde condities die tegemoetkomen aan bovengenoemde bezwaren (vangnetconstructies voor de kwetsbare burgers in de samenleving) - een beroep gedaan kan worden op grotere eigen verantwoordelijkheid in zorgverzekeringen.

Maar toch: eigen verantwoordelijkheid in de zorgverzekering

3.7 Conclusie

Is een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid van de burger in de gezondheidszorg in het kader van de stelselherziening in normatief en praktisch opzicht mogelijk en wenselijk? Voor een antwoord op deze vraag blijkt het onderscheid dat in dit hoofdstuk is gemaakt in terreinen en dimensies van eigen verantwoordelijkheid nuttig te zijn. Immers, een beroep op grotere eigen verantwoordelijkheid blijkt op bepaalde terreinen en dimensies wel goed mogelijk te zijn, maar op andere juist weer niet (zie tabel 3.2).

Een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid: soms wel, soms niet

Grotere eigen verantwoordelijkheid is wel mogelijk en ook wenselijk als het gaat om de dimensies van *zelfzorg* en *zelfbepaling* (autonomie). Dit impliceert dat burgers op het terrein van zorg voor eigen gezondheid (prospectieve verantwoordelijkheid) en gebruik van zorg aangesproken kunnen worden. Het pleit ook voor het versterken van hun mondigheid en zelfbepaling in de zorg voor eigen gezondheid, het gebruik van zorg en in de keuze van zorgverzekeringen. Wel is het nodig dat condities, zoals in verband met verschillen in competenties van burgers, aanpassingen in het zorgaanbod (vraagsturing) en zorgverzekeringen (transparantie, goede voorlichting, wettelijk geregelde keuzemogelijkheden), verbeterd worden. Conclusie is dus dat principieel er een beroep gedaan kan worden op grotere eigen verantwoordelijkheid, maar dat in praktisch opzicht veel aanpassingen nodig zullen zijn om deze eigen verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid, gebruik van zorg en verzekering van zorg te kunnen realiseren.

Het kan, onder condities, bij de zelfzorg, bij het gebruik van de zorg en bij het verzekeren

Eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van *aansprakelijkheid* of retrospectieve verantwoordelijkheid geeft echter problemen en is omstreden. Tegen het verantwoordelijk stellen van burgers voor de gevolgen van hun ongezonde gedrag zijn veel bezwaren in te brengen. Deze bezwaren hebben vooral te maken met bewijsproblemen bij het vaststellen van de relatie tussen ongezondheid en zelfgekozen leefstijl, met het feit dat ongezondheid vaak ook samenhangt met andere factoren, met bezwaren tegen 'victim blaming' en tegen inbreuk op vrijheid en privacy.

Maar het aansprakelijk stellen voor ongezond gedrag is niet aanvaardbaar

Eindconclusie is dat burgers aanspreekbaar zijn op eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, het gebruik van zorg en de zorg voor eigen verzekering. Het gaat hierbij om verantwoordelijkheid in prospectieve zin en betreft vooral mogelijkheden voor keuzevrijheid en zelfbepaling. Er zijn (nog)

onvoldoende aanvaardbare redenen om burgers ook aansprakelijk te stellen voor de gevolgen van hun ongezonde gedrag. Retrospectieve verantwoordelijkheid moet daarom worden afgewezen.

4 Ondernemerschap

Dit advies heeft als onderwerp de bestuurlijke rolverdeling in het zorgstelsel. We bespraken zojuist de rol van de burger, de patiënt en de verzekerde en de eigen verantwoordelijkheid die daarbij past. 'Burgerschap' impliceert een zekere mate van keuzevrijheid voor de burger. De partijen in het veld, voornamelijk de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en professionals, zijn vaak de zaakwaarnemers van de burger in zijn rol als patiënt of verzekerde. Zij leveren een wezenlijke bijdrage aan het realiseren van meer keuzemogelijkheden en keuzevrijheid. Het bestuurlijk handelingskader waarbinnen zij dit doen, benoemen we met het begrip 'ondernemerschap'. Dat is het onderwerp van dit hoofdstuk. Het is gebaseerd op de bij dit advies behorende achtergrondstudie 'Ondernemersgedrag in de gezondheidszorg'.

Van burger naar ondernemer

4.1 Ondernemerschap: definiëring

Ondernemen in de zorg speelt in de discussie over de besturing van het zorgstelsel een dominante rol. Maar wat is het? Ondernemen in de letterlijke zin van het woord betekent 'iets beginnen, iets aanpakken en iets op zich durven nemen waar risico aan verbonden is'. Ondernemen in de klassieke economische betekenis wordt in verband gebracht met de markt. Ondernemen is dan het streven naar winstmaximalisatie door op een creatieve, innovatieve en risicovolle manier in te spelen op (mogelijke) behoeften op een markt.

Ondernemen veronderstelt markt ...

Er bestaat in de zorg echter een imperfecte markt, zoals elders in dit advies is aangegeven. Het marktmechanisme werkt niet optimaal en er zijn aparte markten voor zorginkoop, verzekering en zorglevering, waarop publieke, private en professionele actoren met elkaar samenwerken, onderhandelen en contracteren. Dit onderhandelingspel is gereguleerd door de overheid, waardoor ondernemerschap binnen de marge van overheidsbeleid en -regels is gebracht.

... maar in de gezondheidszorg is de markt imperfect

De Raad gebruikte al in eerdere adviezen het begrip 'maatschappelijk ondernemen'. Hij definieert dit als: 'ondernemen in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles binnen een kader van publieke normen

rond solidariteit, toegankelijkheid en gelijkheid' (RVZ, 1996 en 1998).

Het kabinet stelt zelf in zijn Regeerakkoord het volgende: "Zorginstellingen en zorgverzekeraars stellen zich op als maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op een maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren". Dit maatschappelijk ondernemen is in de wetenschap, de politiek, de beleidsarena en in publieke debatten naar voren gekomen als bestuurlijk en handelingskader voor de oplossing van sturingsproblemen in het zorgstelsel. Het risico bestaat dat onder dit label allerlei activiteiten ontplooid worden die niet als zodanig binnen de definitie vallen of zo bedoeld waren. Inzicht in de huidige praktijk van het maatschappelijk ondernemen is daarom nodig.

Dus is maatschappelijk verantwoord ondernemen een betere term

4.2 Ondernemerschap in de praktijk: typering

Op basis van de analyse van gedragingen in het huidige stelsel kan men een aantal typen ondernemerschap onderscheiden. De beleids- en managementpraktijk bevestigt de vermoedens dat onder het label van maatschappelijk ondernemen veel variëteit schuilgaat. In deze paragraaf gaat het over het *wat* van ondernemerschap in de zorg.

Drie varianten van ondernemerschap

De private/commerciële variant

De eerste variant van ondernemerschap kenmerkt zich door een managementoriëntatie op markt en commercie. Daarbij worden de grenzen van de reguliere zorg opengebrouwen voor andere en ook commerciële partijen. Bij dit type ondernemerschap richten instellingen en verzekeraars zich op de behoeften op bepaalde markten (bijvoorbeeld voor arbozorg) of zij creëren deze behoeften. Zij profileren zich op deze wijze en schuiven zo op naar meer competitieve verhoudingen, bijvoorbeeld door ook samenwerking te zoeken met commerciële partners/bedrijven. Dit draagt bij aan de continuïteit van de organisatie en kan leiden tot het maken van winsten, al blijkt uit de praktijk niet dat dit voorop staat. Aanbieders van zorg willen de inkomsten veelal terugsluizen naar de zorg zelf. Deze variant van ondernemerschap is te vinden in de directe zorgverlening en in de diensten en extra services. Voorbeelden in de directe zorgverlening vinden we terug in bedrijvenpoli's, arbeidsgeneeskundige spreekuren, private klinieken en thuiszorgwinkels.

De commerciële variant: markt, competitie

Box 4.1 Centrum voor Arbeid en Gezondheid als uiting van privaat/commercieel ondernemerschap

De Stichting Altrecht in Den Dolder is in 1998 (toen nog de H.C. Rümkegroep) met de geestelijke gezondheidszorginstellingen, het centrum arbeid en gezondheid en een commercieel hulpverleningsbedrijf een BV gestart met de naam Centrum voor Arbeid en Gezondheid. Het doel is een integraal aanbod te leveren op de markt van arbeid en ziekte met als centraal doel het terugdringen van ziekteverzuim en het beperken van de negatieve gevolgen ervan. De reden dat het management koos voor de BV-constructie is dat er binnen de reguliere zorg geen (financiële) mogelijkheden bestonden om aan de groeiende behoeften van bedrijven en werknemers aan arbozorg (geestelijke gezondheidszorg in dit geval) te voldoen. De toegevoegde waarde van het commerciële hulpverleningsbedrijf was de expertise in individuele hulpverlening en begeleiding. Gezamenlijk zou men op de markt beter klanten kunnen werven, in plaats van afzonderlijk met elkaar de concurrentie aan te gaan.

Privatisering van diensten komt naar voren bij het bieden van extra services tijdens de zorgverlening, de exploitatie en privatisering van keukens en laboratoria en het organiseren van symposia of trainingen en opleidingen.

Box 4.2 Privatisering van de facilitaire dienst als uiting van privaat/commercieel ondernemerschap

Het Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht past privatisering richting de markt/commercie toe op het facilitair bedrijf van het ziekenhuis. Dit bedrijf moet marktgericht en marktconform werken. Daartoe moet het facilitair bedrijf een klant-leverancierrelatie aangaan met de ziekenhuisorganisatie en met derden. Afdelingen in het ziekenhuis kunnen hun budget besteden bij het bedrijf of elders als ze niet tevreden zijn. 'Het facilitair bedrijf moet zich terdege realiseren dat ontevreden klanten weglopen. Dat zou in de praktijk kunnen betekenen dat de afdeling elders gaat shoppen' (Jaarverslag ASZ 1999, p. 7).

De publieke variant

Het tweede type ondernemerschap betreft de toepassing van principes van organisatie en management uit het bedrijfsleven in het publieke domein. In de Nederlandse zorgsector zijn het vooral de van oorsprong private organisaties (aanbieders, verzekeraars) die in dat publieke domein werkzaam zijn. De overheid doet al een aantal jaren een beroep op hun vermogen tot innovatief, doelmatig en klantgericht gedrag. Het doel daarvan is een gelijk toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Dit is wat de Raad maatschappelijk ondernemen noemt. De instellingen en de verzekeraars ondernemen vele activiteiten binnen de reguliere zorg die daaraan bijdragen. Dit uit zich vooral in processen van samenwerking en afstemming met anderen in de (regionale) zorgarena. Bijvoorbeeld: transmurale ketenvorming, fusies, de ontwikkeling van (totaal)pakketten van zorg, gezamenlijke projecten, regionale samenwerking op politiek-bestuurlijk gebied (coalitievorming).

De publieke variant: het maatschappelijk ondernemen

Box 4.3 Transmuralisering als uiting van publiek/maatschappelijk ondernemerschap

Het werken aan samenhang, afstemming en zorg op maat varieert van fusies tussen gelijksoortige en ongelijksoortige instellingen, tot het vormen van stichtingen en coöperatieve verenigingen en het aanhalen van lossere en meer vrijwillige samenwerking in platforms en overlegfora. In de regio's rond Dordrecht en Den Bosch is een fusieproces gaande tussen ziekenhuizen (gelijksoortig) die vervolgens samenwerken met andersoortige zorginstellingen op basis van de vorming van bijvoorbeeld stichtingen. Bijvoorbeeld de Stichting Samenwerkende Zorgaanbieders Dordrecht en Omgeving en de Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen in de regio Den Bosch-Tilburg, de samenwerkende ziekenhuizen op topklinisch gebied en allerlei (informele) platforms.

De interne variant: ondernemend management

De eerste twee varianten waren extern gericht. De omgeving stond centraal. Binnen de organisaties in de zorg, zo blijkt uit de praktijk van organisatie en management, is ondernemend management een belangrijke derde variant van ondernemerschap. Hierbij valt te denken aan de modernisering van bedrijfsprocessen, het gebruik van ICT en het betrekken van zorgvragers bij de bedrijfsvoering via moderne communicatie- en informatietechnologie. Men probeert daarmee transparantie

De interne variant: ondernemend management in de instelling

in de bedrijfsvoering te bewerkstelligen om de organisatie 'klaar' te maken voor het opereren op een markt. Een ondernemende wijze van bedrijfsvoering blijkt onmisbaar voor ondernemerschap in de regio.

In de praktijk van het beleid en management sluiten de interne bedrijfsvoering en het externe management echter niet altijd goed op elkaar aan. Het blijkt een zware opgave te zijn om ondernemerschap te vertalen in zowel de zorgprocessen, het personeel, als de 'klant'. Voorbeelden van de interne variant zijn: flexibel personeelsbeleid, de ICT-implementatie, het aantrekken van managers uit het bedrijfsleven of de vormgeving van organisatie- en communicatieprocessen. Samenhang tussen interne bedrijfsvoering en extern management is cruciaal als men publieke belangen via ondernemerschap wil behartigen.

Lastig om intern en extern te verenigen

Box 4.4 Ondernemende bedrijfsvoering van zorginstellingen en verzekeraars

Het personeel in de zorg blijkt meestal niet betrokken te zijn bij de projecten en verbanden die het management 'buiten de deur' aangaat. Zij moeten wel de uitvoering verzorgen. Intern wordt niet zelden een centralistisch beheersmodel ervaren dat niet goed aansluit bij het ondernemerschap op een markt. Goed personeelsbeleid en loopbaanplanning maken onderdeel uit van een ondernemende bedrijfsvoering. Een praktijkvoorbeeld waar gepoogd is dit te doen, is zorgcomplex Het Houtens Erf (onderdeel van Stichting Zorgcentrum). Daar is gepoogd niet alleen zorg op maat aan te bieden, maar ook om een personeelsbeleid op maat te voeren, dat wil zeggen rekening te houden met eisen, wensen en personeelsbelangen. In het Bosch Medicentrum probeert men het interne ondernemerschap te bevorderen door aandacht daaraan te besteden in interne opleidingen en ruimte te scheppen voor verantwoordelijkheden aan de basis van de organisatie.

De reikwijdte van het ondernemerschap blijft vooralsnog echter beperkt tot 'iets van het management' en sijpelt slechts mondjesmaat door tot in de organisaties in de zorgsector.

Een belangrijk onderdeel van een ondernemende interne bedrijfsvoering is de rol van leiders in de organisaties in de zorg. Bij alle structuurveranderingen, zou het wel eens leiderschap

Leiderschap maakt het verschil

kunnen zijn dat de doorslag geeft. De Raad constateert dat er binnen instellingen en verzekeraars pioniers zijn die daadwerkelijk verschil maken. Bijvoorbeeld door vernieuwende initiatieven met verve te verdedigen in de organisatie en daarbuiten. Zij stellen tekortkomingen aan de kaak door met oplossingen te komen die soms controversieel zijn, zoals bedrijvenpoli's. Daarmee worden wel de grenzen van het publieke domein afgetast, waardoor het publieke en politieke debat daarover wordt aangescherpt.

4.3 Ondernemerschap en het publieke belang in de zorg

De publieke belangen in de gezondheidszorg betreffen toegankelijkheid (betaalbaarheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid), de macrodoelmatigheid en de kwaliteit van zorg. Het is onjuist om op voorhand te stellen dat de overheid publieke belangen beter behartigt of dat zij democratischer is dan private partijen. Andersom is het onjuist te veronderstellen dat private partijen per definitie effectiever en efficiënter zijn dan publieke organisaties (WRR, 1999). De WRR geeft tenminste vijf mogelijkheden om publieke belangen te behartigen, namelijk via concurrerende private partijen onder regie van de overheid, door private partijen aan wie de behartiging wordt uitbesteed, door professionele private partijen, via behartiging onder directe ministeriële verantwoordelijkheid en via de inschakeling van zelfstandige bestuursorganen. De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een mengeling van private en professionele private partijen die de publieke belangen mede behartigen en daartoe in advies, overleg en medebewind taken en verantwoordelijkheden hebben. Er is een grote mate van wederzijdse afhankelijkheid. Privaat staat daarbij tot nu toe in de gezondheidszorg voor 'not for profit' (RVZ, 1999).

Het 'publiek belang' is niet alleen van de overheid

Gezien de mix van behartigers van het publieke belang, is er ook een mix van manieren om die belangen te borgen. De WRR (1999) geeft aan dat dit mogelijk is via regels (wetten of contracten), concurrentie (op en om de markt, bij uitbestedingen van taken), hiërarchie (de politieke bestuurder geeft aanwijzingen aan zijn ondergeschikten) en via institutionele waarden (versterking van normen binnen een organisatie die de behartiging van het desbetreffende publieke belang ondersteunen). Ondernemen in de gezondheidszorg combineert twee mechanismen om publieke belangen te behartigen: concurrentie tussen maatschappelijk ondernemers en de inbedding van

Het publiek belang kan men op vele manieren behartigen

institutionele (publieke) waarden en doelen. Beide dienen dus gerealiseerd te worden om het publieke belang zeker te stellen.

4.4 Belemmeringen voor het behartigen van het publieke belang via ondernemerschap

Er zijn belemmeringen voor ondernemerschap op drie niveaus: de bestuurlijke structuur en cultuur van de zorgnetwerken, de processen daarbinnen en de aard van de gezondheidszorg.

Ondernemerschap in de gezondheidszorg heeft zijn grenzen en wel op drie niveaus

Institutionele belemmeringen

Geredeneerd vanuit de bestuurlijke context van dit moment bestaat een aantal belemmeringen voor ondernemerschap.

Op het institutionele niveau treffen wij veel belemmeringen voor ondernemerschap aan

- Er is een cultuur van afwachten en gehoorzaamheid richting de overheid. Men is sterk gericht op de uitvoering en naleving van overheidsregels. Er is een 'cultuur van taakorganisaties'. Bestuurders lopen daardoor een relatief klein persoonlijk risico en faillissementen van zorgorganisaties zijn zeldzaam.
- De overheid geeft regelmatig tegenstrijdige prikkels richting veld af. Bijvoorbeeld: aan de ene kant stimuleert de overheid fusies en ketenvorming in de zorg, aan de andere kant bestrijdt zij kartel- en monopolievorming.
- Daaruit volgt dat instellingen en verzekeraars soms én willen ondernemen én willen profiteren van de relatief veilige monopoliepositie (waarin niet geconcurrereerd hoeft te worden), waardoor risico's beperkt blijven. Dit belemmert ondernemerschap.
- Wetgeving 'timmert ondernemerschap dicht', waardoor flexibiliteit en responsief gedrag niet of haast niet mogelijk zijn. De huidige regelgeving rond bijvoorbeeld de bouw of de WVG biedt weinig ruimte voor instellingen/verzekeraars om eigen verantwoordelijkheid en risico's te nemen en te dragen.
- Ondernemerschap gaat uit van een belangrijke rol van de zorgvrager op de markt. Die geeft zijn wensen en behoeften aan en stelt eisen. De huidige zwakke positie van de zorgvrager (eenzijdige afhankelijkheid) maakt dat hij geen partij is in het sluiten van contracten en bij het inkopen van zorg.
- Aanbieders en verzekeraars zijn vooral op elkaar en zichzelf gericht, omdat het zorgstelsel daarop is gebouwd. Er is geen directe ruilrelatie tussen aanbieder en gebruiker en daardoor is er een sterke neiging om het gedrag op elkaar te blijven afstemmen, in plaats van op de eindgebruiker

(de patiënt). De vraag is gerechtvaardigd wie nu eigenlijk de vrager is. De tussenorganisaties c.q. zaakwaarnemers of de eindgebruikers zelf?

- De professionals, zoals medisch specialisten en verpleegkundigen, hebben soms het idee buiten het stelsel te staan en nemen niet altijd deel aan zorginhoudelijke discussies over noodzakelijke zorg en over versterking voor de positie van de patiënt. Er bestaat in de praktijk een wens dat de beroepsgroep zelf actiever definieert wat noodzakelijke zorg is en waar de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt liggen. Vooralsnog neemt de beroepsgroep die rol niet op zich en lijkt de grote hoeveelheid protocollen en standaarden waar men zich aan moet houden dit ook niet te stimuleren. Hier zou voortgegaan kunnen worden op de lijn van de KNMG bij de definiëring van passende medische zorg.
- Er vindt een sterke beweging naar meer juridisering en bureaucratisering in regio's én in de organisaties plaats: protocollen en standaarden veroorzaken dat (ook) binnen organisaties in de zorg het ondernemerschap dichtgetimmerd wordt. Het is nog steeds: controle vooraf, weinig verantwoording achteraf waardoor ondernemerschap weinig ruimte gelaten wordt.

Belemmeringen in processen van onderhandelen en contracteren

Geredeneerd vanuit de processen in de zorgarena, waarin de betrokken partijen met elkaar interacties en relaties aangaan, zijn er de volgende belemmeringen:

- Personeelstekorten zorgen voor de frustratie van en in zorgprocessen. De zorgproducten kunnen niet (goed en tijdig) geleverd worden. Dit frustreert de directe interacties tussen zorgvragers en aanbieders/verzekeraars en het demotiveert personeel.
- Er wordt veel gesproken en geschreven over ondernemerschap en marktwerking in de zorg, maar praktijkvoorbeelden ontbreken veelal. Ondernemerschap is niet 'evidence based' en de empirische onderbouwing van het profijt ervan ontbreekt vaak. Het inrichten van de processen voor onderhandeling en contracteren is daardoor lastig.
- Fusies kunnen op termijn wellicht geld opleveren, maar in het begin zijn er veelal meerkosten in financiële en emotionele zin. Dit roept spanningen op in de omgang tussen aanbieders en verzekeraars.

Ook in de procedures van zorgcontractering zitten veel belemmeringen voor ondernemerschap

- Processen van ketenvorming leiden niet altijd tot meer vraaggerichtheid, maar soms juist tot processen van insluiting van de klant. Hij komt soms binnen en krijgt een totaalpakket van zorg, waarbinnen nog maar weinig keuzen mogelijk zijn.
- Afhankelijkheidsrelaties tussen aanbieders en verzekeraars maken dat de noodzaak van een 'strijd om de klant' tijdens het onderhandelen afwezig is.
- Er is nog vaak een grote mate van gerichtheid op de eigen organisatie en daarmee van geslotenheid ten opzichte van de omgeving. De rol van de leiders is hierbij cruciaal.

Belemmeringen vanwege het karakter van de zorg

Ook geredeneerd vanuit het specifieke karakter van de zorg, bestaat een aantal belemmeringen voor ondernemerschap

- Behoeften zijn soms lastig vooraf te bepalen. Om die reden laten aanbieders/verzekeraars zich nog vaak leiden door klachten (achteraf) in plaats van behoeften (vooraf). Op klachten reageren, is re-actief. Ondernemerschap dient pro-actief te zijn.
- De zaken van de zorgvrager moeten soms worden waargenomen door anderen. Informatietekorten en afhankelijkheid van anderen maken een directe klant-aanbiederrelatie niet altijd mogelijk en bemoeilijken daardoor ondernemerschap.
- Professionele standaarden worden door professionals wel ontwikkeld en gehanteerd, maar de behandeling van een patiënt blijft de autonomie van de arts. Dat is professioneel werk en daar valt niet zomaar iets aan toe te voegen of af te halen om het beter 'op de markt' te kunnen zetten. De vele protocollen en standaarden maken dit niet meer flexibel.

En tenslotte veroorzaakt ook het product gezondheidszorg zelf belemmeringen

4.5 Kansen voor ondernemerschap in het Nederlandse zorgstelsel

Het zorgstelsel biedt echter ook kansen voor ondernemerschap. Ook hier vinden wij die op drie niveaus. Kansen die het institutionele bouwwerk biedt, kansen in zorgprocessen en kansen die de aard van het product gezondheidszorg biedt.

Maar er zijn ook kansen

De instituties bieden ook kansen

Inspelen op veranderende omgeving en opvattingen, bijvoorbeeld ten aanzien van commerciële zorg.

Op het institutioneel niveau

- Inspelen op mogelijkheden eigen organisatie en regio.
- De mondige zorgvrager/klant mobiliseren voor de verbetering van kwaliteit en van organisatieprocessen.
- Doorzetten cultuurverandering via emancipatie van de vraag en het aanbod; er is al een sterke verandering in attitude gaande naar meer pro-actief en ondernemend en gerichtheid op patiënt.

Kansen in processen van onderhandelen en contracteren

- Succesvoorbeelden doen volgen.
- Transparantie in de bedrijfsvoering bevordert keuzemogelijkheden van verzekeraars en patiënten en maakt verantwoording achteraf naar overheid en maatschappij beter mogelijk.
- Actief zoeken naar de ruimte voor ondernemerschap. Sterk afhankelijk van de personen die leiding geven aan organisaties.
- Wanneer het risico maar ook het profijt van ondernemen bij de ondernemer of de organisatie gelaten wordt, levert dit prikkels op voor innovatie.
- Er is een grote bereidheid in regionale zorgarena's tot het vormen van een machtsblok voor verandering om ondernemerschap te bevorderen. Het gevoel van urgentie van verandering is groot.
- De rol van managers/leiders in zorgprocessen benutten; hun percepties (inhoudelijke visie op de zorg) en wijze van interacteren (vaardigheden van het leiderschap) kan ondernemerschap stimuleren.

Maar zeker ook aan de onderhandelingsstafel

De kansen die het karakter van de zorg biedt

- Zorgvragers aanspreken op gezondheidsgedrag en consumptie kan leiden tot een betere afstemming tussen vraag en aanbod en een beroep doen op eigen verantwoordelijkheden (inclusief transparantie bieden in werkelijke kosten en prijzen van producten - voor zover mogelijk).
- Toegenomen koopkracht stimuleert ondernemend gedrag bij zorgvragers, waardoor de relatie tussen vraag en aanbod meer direct wordt.
- Medische technologie biedt mogelijkheden tot innovatie (high tech, ketens etc.)
- Een actieve rol van de beroepsgroepen bij de definiëring van wat essentiële zorg is of moet zijn, biedt de mogelijkheid om vanuit een zorginhoudelijk perspectief te argumenteren in welke situaties ondernemerschap wel/niet geschikt is.

En tenslotte biedt het product gezondheidszorg kansen voor ondernemerschap

4.6 Beleidscondities voor ondernemerschap in het publieke belang

Op basis van de kansen en belemmeringen van ondernemerschap in het Nederlandse zorgstelsel, kunnen drie beleidscondities worden geformuleerd die de mate van effectief ondernemerschap bepalen.

Drie voorwaarden voor effectief ondernemerschap

Beleidsconditie 1: rekening houden met de bestuurlijke structuur en cultuur in de zorg en opties voor strategisch gedrag daarbinnen

Ondernemerschap wordt geïntroduceerd in een bestaande 'markt' met publiek-private afhankelijkheden. Deze verdwijnen niet met de introductie van marktwerking of ondernemerschap en vormen daarom een belangrijke conditie voor de uitwerking van ondernemerschap. Het gedrag van de publieke en private actoren verloopt vaak langs gewoonten en tradities. Strategisch gedrag kan er dan vervolgens toe leiden dat er naast product- en serviceverbetering ook insluiting van klanten, productkoppeling en monopolievorming ontstaat, waardoor de vraag-gerichtheid en responsief gedrag niet per definitie toenemen door ondernemerschap (Brandsen et al., 2000). Voor effectief ondernemerschap in de gezondheidszorg is het van belang dat de overheid negatieve prikkels en perverse prikkels wegneemt. Dit betekent dat er meer moet komen dan alleen de concurrentie bevorderen: actief stimuleren van leiderschap, het opstellen van prestatiecriteria rond het bereiken van publieke doelen zoals een toegankelijke en gespreide zorgverlening, en het organiseren van verantwoordingsstructuren.

De eerste voorwaarde: rekening houden met de bestaande marktverhoudingen

Beleidsconditie 2: openheid over onderhandelen en contracteren als noodzakelijke voorwaarde voor ondernemerschap

Ondernemerschap gaat gepaard met meer nadruk op onderhandelingen tussen marktpartijen. Er is een grote bereidheid onder aanbieders en verzekeraars om veranderingen in die richting door te zetten, bijvoorbeeld door vergelijkingen te treffen op prijs en kwaliteit. Dat biedt een belangrijke mogelijkheid op dit moment. Daar hoort echter ook de acceptatie bij dat er tijdens onderhandelingen risico's genomen worden, bijvoorbeeld rond de wijze van financiering (de rol van commercie) en bij de keuze voor een bepaalde organisatie van de zorgketen. Een belangrijke randvoorwaarde blijft daarom verantwoording afleggen en openheid betrachten over het handelen van de maatschappelijk ondernemer.

Door middel van een systeem van toezicht en governance kunnen risico's worden beperkt en opgevangen. Een effectief toezicht achteraf op wat wel en niet toelaatbaar is kan als

De tweede voorwaarde: accepteer risico's en organiseer toezicht en governance

countervailing power in het stelsel dienen, maar is nu veelal afwezig. Het gevolg is dat ondernemend gedrag (bijvoorbeeld bij de bedrijvenpoli's) al snel gepolitiseerd raakt in het huidige stelsel en leidt tot ad hoc-beleid. Het bevorderen van openheid kan alleen, indien organisaties het vertrouwen van de overheid hebben dat hun totaalbeleid de publieke belangen borgt en dat dit totaalbeleid op de resultaten beoordeeld wordt.

Beleidsconditie 3: aansluiting bij het eigene van de zorg

De aard van het zorgproduct brengt met zich mee dat hulpbehoevende patiënten afhankelijk kunnen zijn van instellingen en instituties. Deze hulp kan meer of minder acuut en dringend zijn en de zorgvrager kan meer of minder mogelijkheden hebben om informatie over de juiste behandeling te verkrijgen. Hij vertrouwt er in sommige situaties op dat anderen zijn zaken op die momenten kundig waarnemen. Datzelfde geldt voor de beoordeling van behandelingen door professionals zelf. Dat behoort tot de professionele autonomie. Dit beperkt in essentie de mogelijkheden tot marktwerking en ondernemerschap. Het maakt zorg een lastig product om 'in de markt te zetten'. In dit licht vormt de definitie van noodzakelijke medische zorg een belangrijke randvoorwaarde. Wat is het pakket aan zorg dat door het publieke domein zeker moet worden gesteld voor iedereen en wat is extra voor wie wil en kan betalen? Het is een vraag die politiek niet gemakkelijk kan worden beantwoord. Beroepsbeoefenaren zouden het voortouw kunnen nemen. Zij kunnen als deskundigen trachten de noodzakelijke zorg te definiëren (met de daarbij noodzakelijk in acht te nemen marges van de professionele autonomie in de spreekkamer). Het is van belang dat met de beperkingen van het zorgproduct rekening gehouden wordt bij het ontwikkelen en stimuleren van ondernemersgedrag.

De derde voorwaarde:
definieer 'noodzakelijke medische zorg'

Voor de behartiging van publieke belangen zijn deze beleidscondities cruciaal. Ze scheppen het kader waarbinnen het ondernemersgedrag plaatsvindt.

5 Het bijzondere van de gezondheidszorg

5.1 Het algemene en het bijzondere

De Nederlandse gezondheidszorg lijkt in veel opzichten op andere maatschappelijke systemen. Zo komt men verzekeringssystemen ook elders tegen. Dat geldt ook voor de uitvoering van de gezondheidszorg. Die is in handen van professionals en van professionele organisaties. In twee andere opzichten wijkt de gezondheidszorg wel af van andere beleidsterreinen.

Gezondheidszorg is in twee opzichten bijzonder

Het bijzondere van de gezondheidszorg schuilt vooral in het karakter van het primaire proces: de arts–patiëntrelatie. Deze staat voor alle relaties tussen een zorgvrager en een hulpverlener. Daarin komen zaken aan de orde die van beslissende betekenis kunnen zijn: ziekte, voortplanting, opvoeding, afhankelijkheid, pijn, dood. Kortom, in dit proces ontstaat het product gezondheidszorg.

In de eerste plaats door zijn primaire proces: de arts–patiëntrelatie ...

Het primaire proces heeft het karakter van een vertrouwensrelatie. Deze relatie die zich voltrekt in de spreekkamer is betrekkelijk immuun voor invloeden van buiten. De uitgaven voor gezondheidszorg ontstaan in deze relatie, er is echter geen direct verband met de sturing van het zorgsysteem en met de kostenbeheersing. Van belang is ook dat beslissingen die genomen worden in de primaire relatie grote gevolgen kunnen hebben voor andere levensterreinen: arbeid, gezin, inkomen, welbevinden. Dit laatste betekent dat de arts–patiëntrelatie, hoe uniek ook, hoezeer ook gevormd door professionele autonomie, toch een onderdeel is – en dat steeds meer wordt – van de omringende werkelijkheid.

Minder bijzonder in absolute zin, maar beleidsmatig wel van belang is de wijze waarop de gezondheidszorg wordt bestuurd. De bestuurspraktijk kenmerkt zich door een sterke afhankelijkheid tussen actoren en door het relatief grote aantal actoren. De bestuursvorm is plat, de uitkomst van het overleg daarbinnen is veelal op consensus gebaseerd. Naast de overheid, zijn patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars actief. De laatste drie groeperingen bestaan uit verschillende subgroepen met elk een eigen belang. Ook de overheid is veelvormig: zij bestaat niet alleen uit minister en departement

... en in de tweede plaats door de ingewikkeldheid van zijn bestuursvorm

verantwoordelijk voor de volksgezondheid, maar ook uit een groot aantal zelfstandige bestuursorganen (ZBO's), adviesinstaties en andere ministers en departementen.

Geen van de actoren heeft absolute macht, velen hebben hindermacht. De overheid moet een beroep doen op de partijen in het veld, wil haar beleid effectief kunnen zijn. In vrijwel alle fasen van het beleidsproces vindt intensief en langdurig overleg plaats tussen overheid en belanghebbenden. Het sturingsinstrumentarium van de gezondheidszorg draagt alle kenmerken van deze bestuurspraktijk. Die zal elk denkbaar sturingsinstrumentarium beïnvloeden. Dat maakt het gedrag van actoren en dus gedragsbeïnvloeding tot een cruciale succes- c.q. faalfactor voor beleid in deze sector.

5.2 Overheidsdoelen en de behartiging van het publieke belang

In de samenleving worden volksgezondheid en gezondheidszorg gezien als goederen die sterk raken aan het publieke belang. In de loop van de tijd is er dan ook een aanzienlijke verstatelijking binnen deze sector opgetreden. De particuliere sector heeft echter haar belangrijke rol steeds behouden, niet alleen bij de beleidsuitvoering, maar ook bij de beleidsontwikkeling die in de praktijk veelal bottom up plaatsvindt. De overheid heeft zich vooral intensief beziggehouden met de randvoorwaarden.

De samenleving beschouwt de gezondheidszorg als publiek domein

De overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg heeft een grondwettelijke basis. Gezondheidszorg is een van de sociale grondrechten. Artikel 22 van de Grondwet luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". Dit betekent dat het de taak van de overheid is om enerzijds de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's en anderzijds de voorwaarden te creëren waaronder een adequaat aanbod van voorzieningen tot stand kan komen (RVZ, 1997; WRR, 1997).

De overheidsbemoeyenis heeft een grondwettelijke basis

Van deze grondwettelijke taken kunnen operationele doelstellingen worden afgeleid. Hierover bestaat een redelijke mate van overeenstemming. De verantwoordelijkheid van de overheid strekt zich uit tot de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Om hieraan te voldoen, moet de overheid in ieder geval de noodzakelijke voorwaarden creëren op een drietal terreinen: ten eerste de

Daaruit vloeien de overheidstaken voort

wettelijke aanspraken op noodzakelijke en voor burgers niet betaalbare zorg, ten tweede de financierbaarheid hiervan en ten derde het realiseren van een acceptabele aansluiting van het bij de zorgaanspraken behorende zorgaanbod op de zorgvraag van de bevolking (RVZ, 1997).

Bepaalde doelstellingen van beleid zijn in sommige periodes meer dominant geweest dan in andere periodes. Zo ging het na de Tweede Wereldoorlog allereerst om de opbouw van de infrastructuur. In de jaren zestig ging het vervolgens om de financiële toegankelijkheid van de zorg. De jaren zeventig stonden in het teken van de organisatie en de samenhang en in de jaren tachtig ging het vooral om de kostenbeheersing. In de jaren negentig richtte de aandacht zich vervolgens meer op de individugerichte kwaliteit (RVZ, 1998).

Overheidsdoelstellingen veranderen in de loop van de tijd

De overheid heeft dus zowel doelstellingen van inhoudelijke als van randvoorwaardelijke aard. De inhoudelijke doelstellingen lijken beter aan te sluiten bij de overheid in een direct sturende rol, terwijl de randvoorwaardelijke doelstellingen beter passen bij de overheid in de rol van marktmeester. Zij probeert met haar beleid te realiseren dat de zojuist genoemde doelstellingen, dat wil zeggen de publieke belangen, in voldoende mate kunnen worden geborgd. Dit kan hetzij in de rol van een actieve marktmeester, hetzij door directe aansturing.

Er zijn zorginhoudelijke en randvoorwaardelijke doelstellingen

5.3 Marktimperfecties

De problematiek

Zorgverlening heeft een aantal karakteristieken die leiden tot marktimperfecties. Hierbij is te denken aan de asymmetrische informatie tussen vrager en aanbieder, een scheve verdeling van de behoeftes aan zorg, een altruïstische geneigdheid in de samenleving en de onzekerheid over tijdstip, omvang en effect van de zorg. Overigens zijn deze kenmerken niet allemaal uniek voor de zorgsector. Zo is onzekerheid over tijdstip, omvang en effect een essentieel kenmerk van alle verzekeringsproducten. In een achtergrondstudie wordt nader op deze kenmerken ingegaan. De belangrijkste marktimperfecties staan in box 5.1. Het bestaan van dit 'falen van de markt' is een van de belangrijkste redenen voor de overheidsbemoediging met de gezondheidszorg.

In de gezondheidszorg bestaan marktimperfecties

Box 5.1: Belangrijke marktimperfecties

- Aanbodgeïnduceerde vraag: door de onzekerheid, het ontbreken van het directe prijsmechanisme en de informatieasymmetrie zijn de aanbieders in staat de vraag naar hun diensten te beïnvloeden. Zij kunnen hierdoor eigen doelstellingen realiseren.
- Moral hazard: doordat er sprake is van een verzekeringsstelsel vindt er door de consument vaak geen volledige afweging van de kosten en baten plaats. Het prijsmechanisme is uitgeschakeld.
- Antiselectie: doordat (potentiële) verzekerden met een relatief hoog ziekterisico geneigd zijn andere polissen te kopen dan verzekerden met een relatief laag ziekterisico ontstaat zelfselectie door verzekerden.
- Onverzekerbaarheid: doordat sommige risico's groot zijn en er bovendien sprake is van een scheve behoefteverdeling, door de hoge financiële drempels voor bepaalde onverzekerbare risico's, ontstaan collectiviteiten.

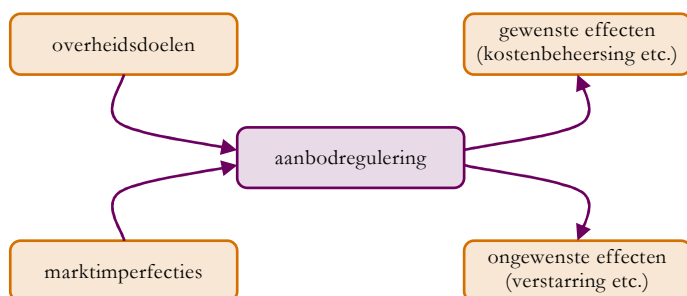
De gevolgen van de marktimperfecties uit box 5.1 zijn tijdgebonden. Zo kan de informatieasymmetrie op de zorgverleningsmarkt door de opkomst van moderne ICT-technieken en het sterk toegenomen opleidingsniveau verminderen. Ook blijkt in de Verenigde Staten een alternatief te bestaan voor het aanbiedersmonopolie in de vorm van verzekeraarsmacht. Men moet bovendien bedenken dat 'moral hazard' in ieder verzekeringsstelsel voorkomt. En tenslotte is 'onverzekerbaarheid' altijd relatief: er zijn goed en minder goed te verzekeren risico's. Herverzekeren kan een aanvullende optie zijn. De Raad vermijdt in dit advies waar mogelijk de term onverzekerbaar en spreekt liever over moeilijk verzekerbaar.

Hier tegenover staat dat de pogingen van de overheid om de marktimperfecties te corrigeren gedeeltelijk ook weer tot nieuwe imperfecties hebben geleid (figuur 5.1). Zo heeft de aanbodregulering naast gewenste effecten zoals de kostenbeheersing, zeker ook haar impact gehad op het ondoorzichtige en complexe karakter van de markt en op het gebrekkig functioneren van het prijsmechanisme. Bovendien is er op onderdelen sprake van tegengesteld werkende prikkels. Hiernaast zijn de aanbieders zich in sterke mate gaan concentreren, waardoor hun marktmacht in de regio is toegenomen.

Marktimperfecties zijn beïnvloedbaar

Overheidsbemoedigen kan marktimperfecties veroorzaken

Figuur 5.1 Uitkomsten aanbodregulering



Uit internationaal onderzoek blijkt dat de scheefheid tussen de lusten en de lasten in de zorgverzekeringen in de loop van de tijd is toegenomen (tabel 5.1). De aantrekkelijkheid van de gezondheidsrisico's op een vrije verzekeringsmarkt lijkt derhalve voor een deel van de verzekerden te zijn afgenomen. Door de voortschrijdende vergrijzing en het toenemend aantal chronisch zieken, zal deze scheefheid in de toekomst waarschijnlijk groeien. In Nederland is het niet mogelijk gebleken om uitsluitend door zelfregulering van de particuliere verzekeraars de hoge risicogroepen blijvend te beschermen. In 1986 is mede tegen deze achtergrond de WTZ gecreëerd (Schut en Van Hoek, 1993). Op de verzekeringsmarkt is het dus een primaire taak van de overheid om de betaalbaarheid voor bepaalde collectiviteiten te borgen. Dit kan door de markt voorwaarden op te leggen, zoals bijvoorbeeld een acceptatieplicht.

Het aantal moeilijk te verzekeren mensen neemt toe

Tabel 5.1 Schadelast duurste 10% verzekerden voor curatieve zorg (Verenigde Staten)

	1953	1963	1970	1977	1987
Schadelast duurste 10% verzekerden	43%	59%	66%	70%	72%

Bron: Cutler en Meara, 1997.

De ontwikkelingen op het gebied van de marktimperfecties zijn voor meerdere uitleg vatbaar. Hoewel de marktimperfecties kunnen verminderen, is het toch gerechtvaardigd te veronderstellen dat zij een rol van betekenis zullen blijven ver-

Sommige marktimperfecties zullen verdwijnen, andere zijn blijvend

vullen. De Raad is van mening dat er sprake is van twee gelijktijdige processen:

- Een afname van het belang van een aantal marktperfectionen door ontwikkelingen in de samenleving (mondige burger, ICT, Europese Unie, etc.).
- Een mogelijk blijvende relevantie van andere marktperfectionen door demografische, technologische (zeer dure nieuwe therapieën) en epidemiologische (vergrijzing, chroniciteit) factoren.

Invloed marktperfectionen op overheidsdoelen

In tabel 5.2 is de relatie tussen marktperfectionen en overheidsdoelen in kaart gebracht. Het schema laat zien dat de marktperfectionen vooral ongunstig zijn voor de betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg en minder voor de toegang en de kwaliteit. Dit verklaart ook de nadrukkelijke bemoeienis van de overheid met de kostenbeheersing in de afgelopen 25 jaar. Door de gunstige economische omstandigheden en door het succes van de aanbodregulering van de afgelopen decennia is echter ruimte ontstaan om andere formules voor kostenbeheersing te ontwikkelen.

Tussen marktperfectionen en overheidsdoelen is een verband

Tabel 5.2 Invloed marktperfectionen op de overheidsdoelstellingen

	Toegang	Betaalbaarheid	Kwaliteit
Aanbodgeïnduceerde vraag	-	++	+
Moral hazard	-	+	-
Adverse selection	+	+	--
Moeilijke verzekeraarbaarheid	++	+	--

veel (++), enigszins (+), neutraal (+/-), weinig (-), nauwelijks (--)

Correcties van marktperfectionen

De gevolgen van marktperfectionen kan men op twee manieren corrigeren. Ten eerste via de financieringsgrondslag en ten tweede door de wijze waarop de sector wordt aangestuurd. De RVZ concentreert zich op de tweede beleidslijn.

Die beleidslijn biedt twee mogelijkheden: aanbod- en vraagregulering. In het verleden koos de overheid nadrukkelijk voor de regulering van de aanbodzijde (hoofdstuk 6).

Marktperfectionen kan men corrigeren met aanbodregulering ...

Hoewel de aanbodregulering lange tijd goed heeft gefunctioneerd en de belangrijkste oorzaak is van de gematigde kostenontwikkeling van de afgelopen twintig jaar, zijn er ook belangrijke schaduwzijden.

- De aansluiting van het aanbod op de vraag komt niet op een natuurlijke wijze tot stand. In toenemende mate zijn er twijfels of het aanbod op onderdelen nog wel levert wat de vrager wil.
- Door de manier waarop in de loop der jaren beleidsmatige invulling is gegeven aan de aanbodregulering, ontstond een complex en bureaucratisch systeem. De bestuurbaarheid is zo onder druk komen te staan. De veelheid aan reparatiewetgeving is in dit verband een extra complicerende factor.
- In het verlengde hiervan zijn, door de nadruk op kostenbeheersing, andere doelstellingen van de aanbodregulering, zoals bijvoorbeeld de realisatie van evenwichtige tarieven, onder druk gekomen.
- De grote hoeveelheid regels en verbodsbepalingen belemmert ontwikkelingen in de richting van ondernemerschap (innovatie, afstemming vraag en aanbod).

Dit heeft er inmiddels dan ook toe geleid dat de vraagregulering en -sturing meer op de voorgrond zijn getreden: versterking van de vraagzijde in combinatie met een beleid gericht op gereguleerde concurrentie. In het algemeen kan men stellen dat er in de gezondheidszorg op dit moment een breed draagvlak bestaat voor vraagsturing in plaats van aanbodregulering. Hiermee zou de gezondheidszorg zich conformeren aan inmiddels in andere sectoren – en ook internationaal – gangbare sturingspraktijken. Een stroom van recente adviezen en rapporten bevestigt dit beeld.

In deze filosofie kan men proberen om de marktperfecties beheersbaar te maken door invulling te geven aan de overheidsrol van marktmeester (box 5.2).

... maar die heeft belangrijke bezwaren ...

... en dus neemt de populariteit van vraagsturing toe

Maar ook het belang van de marktmeester

Box 5.2: Marktmeesterschap in de gezondheidszorg

Het is de taak van de marktmeester te bewerkstelligen dat de markt zo functioneert dat dit leidt tot maatschappelijk verantwoorde uitkomsten. Zij doet dit met gerichte wetgeving, inspectie en toezicht (WRR, 2000). Dit betekent dat de marktmeester zich in de gezondheidszorg bezig houdt met:

- vrij verkeer van goederen en diensten en voorkomen van machtsmisbruik;
- anti-kartel beleid bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars;
- bewaken van de prijsstelling in verband met monopolistisch gedrag;
- bewaken van de (financiële) toegang tot de zorg;
- benchmarking en informatievoorziening;
- stimuleren van reële marktwerking;
- inspectietaken;
- toezicht;
- wetgeving.

Het feit dat gezondheidszorg niet alleen consumptie- maar ook investeringsgoed is, rechtvaardigt overheidsbemoeienis met de infrastructuur (zorgaanbod). Een deel van de gezondheidszorg kan dus voorlopig niet zonder aanbodregulering, is daar ook bij gebaat. Dit brengt ons bij de verschillende deelmarkten binnen de gezondheidszorg.

En bovendien hebben de onderdelen van de gezondheidszorg elk een eigen sturingsprofiel

5.4 Deelmarkten binnen de gezondheidszorg

Inleiding

De gezondheidszorg is een sterk gedifferentieerde sector. Er bestaan grote verschillen in de productieprocessen en de culturen van de verschillende subsectoren. De ‘markt’ voor gezondheidszorg bestaat dan ook niet. Er is een groot aantal ‘deelmarkten’. Op macroniveau wordt er vaak een onderscheid gemaakt in de zorgmarkt, de verzekeringsmarkt en de bekostigings- of zorginkoopmarkt (Van Montfort en Van der Meulen, 1997; Schut, 1999).

Binnen de gezondheidszorg bestaan deelmarkten

Voor dit advies kiest de Raad voor een andere indeling in ‘deelmarkten’. De Raad spreekt van ‘zorgmarkten’. In overdrachtelijke zin bestaat de gezondheidszorg immers uit een

Deze hebben elk een eigen vraag- aanbodrelatie

aantal 'zorg(-deel-)markten'. In het hiernavolgende onderscheidt de Raad, redenerend vanuit het perspectief van de zorgvrager, vijf 'zorgmarkten'. Deze verschillen wezenlijk van elkaar en zij dekken met elkaar de totale zorgvraag. De 'zorgdeelmarkten' zijn te typeren naar de aard van de stoornis of de ziekte:

- een potentiële ziekte of stoornis, al dan niet voorspelbaar, te voorkomen door middel van preventie;
- een aangeboren, erfelijke of vroeg verworven stoornis al dan niet resulterend in een beperking en daaraan gerelateerde handicap (bijvoorbeeld syndroom van Down);
- een chronisch verlopende ziekte, al dan niet progressief, intermitterend of terminaal (bijvoorbeeld reuma, nieuwvormingen);
- een niet acute, niet levensbedreigende, niet chronische ziekte, behandelbaar, eventueel nazorg nodig (bijvoorbeeld infectieziekte);
- een acute of levensbedreigende situatie al dan niet gevolgd door genezing, blijvende beperking of chroniciteit (bijvoorbeeld traumata).

Er zijn vijf zorgdeelmarkten, te weten ...

Potentiële ziekten en stoornissen

De markt voor (collectieve) preventie wordt gekenmerkt door externe effecten en goederen met deels een zuiver collectief karakter. Hierdoor komt op deze markt van de collectieve preventie niet automatisch voldoende aanbod tot stand. Bovendien speelt hier dat de individuele zorgvrager veelal niet direct de opbrengsten van de preventie krijgt. Om deze reden noopt deze markt tot overheidsbemoeienis.

... de eerste zorgdeelmarkt: die van de potentiële ziekten ...

Voor individuele preventie zijn er ook modellen denkbaar waarin verzekeraars een taak hebben. Preventie ten behoeve van hun verzekerden is dan een vorm van schadelastbeheersing. De kosten gaan echter voor de baat uit en door van verzekeraar te veranderen, kan de baat van de preventie ergens anders terecht komen. Om te verhinderen dat dit gebeurt, zouden verzekeraars als (risicoloze) uitvoerders door de overheid kunnen worden ingezet.

Met andere woorden, het op de markt van potentiële ziekten en stoornissen te hanteren sturingsmodel gaat uit van een directe overheidsaansturing van de collectieve preventie. Voor de uitvoering van delen van de individuele ziektepreventie kan de zorgverzekeraar zeker een rol spelen en risico lopen (schadelastbeheersing).

Hier stuurt de overheid de collectieve preventie; de verzekeraar kan een rol spelen in de individuele preventie

Aangeboren stoornissen

Patiënten met een aangeboren stoornis vinden we hoofdzakelijk in de gehandicaptensector. De gehandicaptensector kent nu nog een erg hoge bedbezetting. Dit duidt op een aanzienlijke marktmacht van de intramurale aanbieders.

... de tweede zorgdeelmarkt: die van de aangeboren stoornissen ...

Het belangrijkste potentiële probleem op deze markt is de toegang tot de verzekeringen. Dit komt doordat er sprake is van een voorspelbaar beroep op zorg met bijbehorende hoge kosten. Op een (vrije) markt is dit alleen maar oplosbaar, indien gekozen wordt voor een acceptatieplicht voor een pakket van zorgaanspraken. Hiernaast is er stevig flankerend beleid nodig om risicoselectie tegen te gaan. Als oplossing is op deze deelmarkt in Nederland gekozen voor een volksverzekering (AWBZ).

Hoewel er sprake is van moeilijk verzekerbare risico's, is de vraagzijde in beginsel in staat om tot op zekere hoogte sturing te geven aan zijn eigen zorgvraag. Doordat er veelal sprake is van een combinatie van potentiële ervaringsdeskundigheid met redelijk objectiveerbare aandoeningen, blijft immers de impact van de aanbodgeïnduceerde vraag beperkt. Bovendien kan de functie van de zaakwaarnemer in deze sector goed tot zijn recht komen. Elementen van vraagsturing zijn dus zeer wel mogelijk.

Als sturingsmodel kan gekozen worden voor een 'basisverzekering' om de noodzakelijke beschermfunctie te vervullen. Binnen deze verzekering kunnen vervolgens elementen van vraagsturing een leidende rol vervullen. Aan de aanbiederszijde zal men permanent moeten waken voor concentratietendenzen, die de keuzevrijheid van de verzekerden inperkt.

Hier is vraagsturing binnen een collectieve verzekering de optie

Chronische ziekten

Het aantal patiënten met chronische ziekten neemt toe. Het percentage personen met minimaal een langdurige aandoening is gestegen van 35,65% in 1990 tot 39,61% in 1998 (CBS, 2000). Oorzaken hiervan zijn de vergrijzing en de toegenomen effectieve behandelingsmogelijkheden.

... de derde zorgdeelmarkt: die van de chronische ziekten ...

Deze patiënten bevinden zich of in het 1^e compartiment (onder andere chronische psychiatrie en psychogeriatric) of in het 2^e compartiment (o.a. diabetes zorg). Kenmerkend is echter dat deze patiëntenpopulatie veelal zorg uit zowel het 1^e als het 2^e compartiment nodig heeft (bijvoorbeeld cerebraal vasculair accident-patiënten). Eigenlijk zijn er dan ook nau-

welijks sectoren binnen de gezondheidszorg die niet met chronische patiënten te maken hebben. Op de beleidsmatige consequenties hiervan gaat de Raad in een ander advies (Care en cure, 2001) in. De patiënt heeft derhalve te maken met een veelheid van aanbieders die niet altijd goed samenwerken. Weliswaar wordt de positie van de vrager hierdoor versterkt, maar tegelijkertijd kan dit de kwaliteit van de geleverde zorg ondermijnen.

Op deze 'markt' kunnen er weliswaar problemen met de moeilijk verzekerbaarheid zijn, maar deze zijn minder groot dan bij de aangeboren stoornissen. Er zal wel 'adverse selection' optreden. Immers, de chronische patiënten zullen een sterke voorkeur hebben voor ruime polissen en door hun verhoogd risico zullen deze polissen vervolgens in prijs gaan stijgen. Bovendien hebben de verzekeraars, door de relatief hoge kosten van deze patiëntenpopulaties ook een zeker belang bij het toepassen van risicoselectie.

Door zijn ervaringsdeskundigheid is de chronische patiënt over het algemeen goed in staat om sturing te geven aan zijn zorgvraag. Vaak zal hij ook in staat zijn om, bijvoorbeeld in de curatieve sfeer, als zijn eigen zaakwaarnemer op te treden. Hiernaast kan een dienstverleningsgerichte verzekeraar een duidelijke meerwaarde voor deze patiënten betekenen.

Als sturingsmodel kan gekozen worden voor een acceptatieplicht. Dit om risicoselectie te voorkomen. De patiënt kan vervolgens in staat worden gesteld om invulling te geven aan vraagsturing. Dit kan in de vorm van een pgb of een pvb een ook door de keuzemogelijkheden in de verstreking van de zorg te vergroten. Ook voor de zorgverzekeraar ligt hier een substantiële taak. Concentraties aan de aanbodskant kan men in principe alleen toestaan als deze een aantoonbare kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg opleveren (bijvoorbeeld door de continuïteit van zorg te vergroten).

Hier stuurt de vraag bij een acceptatieplicht voor verzekeraars

Niet acute behandelbare ziekten

Het betreft hier een aanzienlijk deel van het werk van de curatieve sector (huisartsen, ziekenhuizen, tandheelkundige zorg etc.). Vaak gaat het bij deze zorg om eenmalige of relatief kortdurende behandelingen. De patiënt heeft geen tijd om veel ervaringsdeskundigheid op te doen. Hoewel hij in toenemende mate gebruik kan maken van allerlei steeds makkelijker toegankelijke informatie, blijft de aanbodgeïnduceerde vraag voorlopig een belangrijke rol spelen op deze markt.

... de vierde zorgdeelmarkt: die van de 'reguliere' aandoeeningen ...

Wel kan het Internet hier grote verschuivingen te weeg gaan brengen. Deze zorg is in beginsel goed verzekeraar, doordat er geen sprake is van een markt die gedomineerd wordt door hoge risico's.

Op deze markt kan de rol van de overheid bij de aansturing beperkt blijven. De producten zijn op zich zelf goed verzekeraar. Wel moet gelet worden op de toegang voor (financieel) kwetsbare groepen. De overheid treedt hier op als marktmeester met een speciale gerichtheid op de problematiek van aanbodgeïnduceerde vraag. In de praktijk betekent dit een beleid gericht op versterking van de vraagzijde (verzekeraars en patiënten).

Hier stuurt een verzekeraar met vrijheden 'op de vraag'

Acute situaties

De opvang van acute situaties gebeurt vooral in het 2^e compartiment (EHBO, traumatologie etc.). In het 1^e compartiment is er eigenlijk alleen bij de psychiatrie sprake van acute situaties. Het aanbod is niet altijd even ruim. Weliswaar hebben de meeste ziekenhuizen een zelfstandige EHBO, maar slechts een tiental ziekenhuizen is erkend als volwaardig traumacentrum. Aangezien in acute situaties de reistijd naar het traumacentrum soms van levensbelang is, kan de patiënt in de praktijk weinig kiezen. Ook de toestand waarin de patiënten zich bevinden, maakt zelfstandige sturing eigenlijk onmogelijk. De aanbodgeïnduceerde vraag is in theorie dan ook nergens van groter belang dan juist op deze markt. Aan de andere kant mag je ook verwachten dat aanbieders zich juist op deze markt verantwoordelijk zullen gedragen.

... de vijfde zorgdeelmarkt: die van de acute en levensbedreigende aandoeningen

Hoewel deze producten op zich zelf goed verzekeraar zijn, is hier een verplichte verzekering goed denkbaar. Immers, het gaat soms om extreem hoge kosten en er lijkt geen maatschappelijk draagvlak te bestaan om onverzekerde patiënten deze vorm van zorg te ontzeggen. Zo hebben illegalen ook in acute situaties een recht op zorg verworven. De overheid kan ook hier opteren voor een rol als marktmeester en voor het versterken van de vraagzijde, in dit geval de verzekeraar.

Hier stuurt de verzekeraar binnen aanbodregulering

Conclusies

De invloed van de marktimperfecties op de deelmarkten is samengevat in tabel 5.3. Hierin is te zien dat bij preventie, aangeboren stoornissen en chronische ziekten de impact van de aanbodgeïnduceerde vraag beperkt is. Op deze zorgdeelmarkten is de vraag dus relatief onafhankelijk van het aanbod. Wel is hier sprake van moeilijke verzekeraar. Bij de niet

Op iedere zorgdeelmarkt spelen de marktimperfecties een andere rol

acute- en bij de acute ziekten is het juist omgekeerd. Hier is geen sprake van moeilijke verzekeraarbaarheid, maar wel van aanbodgeïnduceerde vraag. In het huidige overheidsbeleid, gericht op uitbreiding van de vraagsturing in het 1^e compartiment en op gereguleerde concurrentie in het 2^e compartiment, zien wij deze twee bewegingen terug.

Tabel 5.3: Marktimperfecties op de deelmarkten¹

	Preventie	Aangeboren stoornissen	Chronische ziekten	Niet acute ziekten	Acute ziekten
Aanbodgeïnduceerde vraag	-	+/-	+/-	+	++
Moral hazard	n.v.t.	+/-	+	+	-
Adverse selection	n.v.t.	++	++	+/-	-
Moeilijk verzekeraarbaarheid	n.v.t.	++	+	-	-

veel (++) , weinig (+) , neutraal (+/-) , weinig (-) , nauwelijks (-)

¹ In de tabel is een schatting gemaakt van de marktimperfecties op de vrije markt.

De overheid zal nauw betrokken moeten blijven bij de aansturing van de collectieve preventie. Op het terrein van de individuele preventie is een grotere rol van de verzekeraar mogelijk. De Raad adviseert nog over de relatie tussen gezondheidsgedrag en het verzekeringsstelsel en zal deze problematiek nader aan de orde komen. Verder is er een duidelijk en groeiend verband tussen individuele preventie en arbozorg.

En dit leidt tot een voor iedere zorgdeelmarkt specifiek sturingsmodel

Op de markt van de aangeboren stoornissen en chronische ziekten moet de overheid de verzekeraarbaarheid waarborgen. Hierbinnen kan men inzetten op het vergroten van de vraaggerichtheid van de zorg, maar ook de vraagsturing. Daarvoor zijn zeker mogelijkheden (persoonsgebonden budget en persoonsvolgend budget). Op de markt voor niet acute- en acute ziekten kan de overheid volstaan met beleid gericht op het voorkomen van excessen van de aanbodgeïnduceerde vraag. Dit kan zij aanvullen met beleid gericht op versterking van de positie van de verzekeraar als zaakwaarnemer van de burger in een markt van gereguleerde concurrentie.

6 Mogelijkheden en beperkingen van burgerschap en ondernemerschap

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 analyseerden wij de problemen in de gezondheidszorg vanuit een bestuurlijk perspectief. De Raad trok daaruit de conclusie dat, wil men de problemen kunnen oplossen, aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan:

- meer keuzemogelijkheden voor de burger;
- meer eigen verantwoordelijkheid voor zorg en verzekering bij de burger in plaats van bij overheid of collectief;
- meer ruimte voor ondernemerschap en minder overheidsbemoediging met de regulering van het zorgaanbod.

De consequentie hiervan is: een omslag van aanbod- naar vraagsturing, dat wil zeggen naar de sturing van het aanbod door de vraag.

Tussentijdse conclusie: meer ruimte voor burgerschap en ondernemerschap

In de daarop volgende hoofdstukken werden achtereenvolgens uitgewerkt:

- het burgerschap;
- het ondernemerschap;
- de rol van de overheid.

Deze drie rollen zullen nu vervolgens in een perspectief moeten worden geplaatst: dat van burger, ondernemer en marktmeester.

De driehoek burger, ondernemer, marktmeester

In dit hoofdstuk onderzoekt de Raad de mogelijkheden en de beperkingen van burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg wat preciezer. Dit doet hij door burgerschap en ondernemerschap te confronteren met de specifieke situatie in die sector. Deze situatie wordt gekenmerkt door de overheidsdoelen, de marktimperfections en de zorgdeelmarkten. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- de bestaande situatie: aanbodgestuurde zorgvraag;
- de gewenste situatie: vraaggestuurd zorgaanbod;
- de hieruit te trekken beleidsmatige conclusies voor burgerschap en ondernemerschap.

6.2 Het bestaande besturingssysteem

In hoofdstuk 5 bespraken wij de bijzonderheden van de Nederlandse gezondheidszorg:

1. de relatie tussen *arts en patiënt*;

Kenmerken van de gezondheidszorg

2. de behartiging van het publiek belang, op grond van de overheidsdoelstelling *volksgezondheid*;
3. reële en geconstrueerde *marktimperfecties*;
4. het bestaan van *deelmarkten* die tot een gedifferentieerd sturingssysteem nopen.

De combinatie van deze bijzonderheden heeft in de Nederlandse beleidspraktijk geleid tot een specifiek sturingsmechanisme. Dit bestaat uit vier elementen:

- een verplichte verzekering van rechtswege voor circa 60% van de verzekerden, die is ondergebracht in een gemengd stelsel van ziektekostenverzekeringen (volks, particulier et cetera.);
- een ‘verzekeringsmarkt’ die rechtstreeks is gekoppeld aan een ‘zorginkoopmarkt’ ten behoeve van de zorgcontractering door verzekeraars (‘overeenkomstenmodel’) en aan een ‘zorgverleningsmarkt’, waarop de eigenlijke consument de eigenlijke producten ontmoet; op deze drie markten spelen zich besluitvormingsprocessen af die niet in een juridische hiërarchie zijn geplaatst, waardoor beslissingen elkaar kunnen opheffen;
- naast dit driemarktenmodel zien wij een systeem van aanbodregulering, gericht op de aard, de omvang en de prijs van de te leveren zorg; hierbinnen zijn zorgaanbieders en verzekeraars verplicht overeenkomsten aan te gaan teneinde verzekeringsprestaties te kunnen leveren;
- op de aanbodregulering rust de (politieke) hypotheek van de macrokostenbeheersing (het zorgbudget), gebaseerd op ex ante-parameters.

Deze hebben geleid tot een specifiek sturingsinstrumentarium waarin het aanbod centraal staat

Het gevolg van de min of meer impliciete keuze voor dit sturingsmechanisme is dat voor sturing door de vraag in feite geen plaats is weggelegd, dat voor sturing op de vraag (namelijk door de verzekeraar) enige ruimte bestaat en dat voor sturing van de vraag veel mogelijkheden bestaan. De burger (consument, verzekerde, patiënt) kan in dit stelsel geen rol spelen in de besluitvorming over aard, omvang en prijs van de zorgproductie. De gezondheidszorg kent een aanbieders-, geen vragerseconomie. Er is geen rechtstreekse ruilverhouding tussen consument en producent.

Daarin is dus voor de vraag geen plaats

Het sturingsmechanisme van de gezondheidszorg is dus gebaseerd op een combinatie van aanbodregulering en een kraptemodel, ingegeven door de behoefte aan kostenbeheersing. De aanbodregulering dateert uit de jaren zeventig. Zij is ontstaan vanuit de gedachte dat de vraag naar gezondheids-

Het bestaande sturingsinstrumentarium ontstond dertig jaar geleden, was lange tijd succesvol

zorg oneindig is en bovendien niet kenbaar. Dit bracht de overheid tot de overtuiging dat het aanbod van zorg de vraag naar zorg moet bepalen. Het beleid concentreerde zich dus op de totstandkoming en instandhouding van het aanbod. In de jaren tachtig kwam hier een sterke behoefte aan kostenbeheersing bij. 's Rijks financiën moesten op orde worden gebracht. Voor de gezondheidszorg betekende dit dat gaandeweg de aanbodregulering beleidsinstrument werd voor kostenbeheersing.

Lange tijd is dit beleid succesvol geweest. De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg verliep gematigd. In feite is hiermee de ruimte gecreëerd voor een relatief meer op vraagregulering gebaseerd beleid.

Aanpassing van het sturingsmechanisme in de gezondheidszorg is, naar de mening van de Raad, nodig om drie, onderling samenhangende, redenen.

1. De onduidelijkheid rond de zorgplicht moet worden weggenomen. Die trad scherp aan het licht in de kortgedingen over de wachtlijsten. Meer in het algemeen kan men stellen dat de verstrengeling van overheidsdoelen, marktimperfecties, aanbodregulering en kostenbeheersing op dit moment een werkbare rolverdeling tussen overheid en veldpartijen in de weg staat. Bovendien dwingt de rechter de gezondheidszorg tot actie.
2. De vraag naar gezondheidszorg zal naar verwachting sterk groeien en deze groei zal geaccommodeerd moeten worden.
3. Externe ontwikkelingen veroorzaken veel dynamiek in en rond de gezondheidszorg. Het gaat dan om ICT, biowetenschap en –technologie, koopkracht en het belang van werkgevers bij effectieve gezondheidszorg. De gezondheidszorg zal ook deze ontwikkelingen moeten accommoderen. Het bestaande sturingsstelsel (aanbodgericht) zal dit niet bevredigend kunnen realiseren. Daarvoor is vraagsturing onontbeerlijk.

In het sturingsmechanisme van de gezondheidszorg zal een antwoord gevonden moeten worden op deze uitdagingen. De RVZ probeert in dit advies een antwoord te vinden vanuit het perspectief van de burger.

Zo succesvol dat het nu anders zou kunnen, als men dat zou willen

Er zijn drie redenen om het bestaande sturingsinstrumentarium te veranderen

6.3 Vraagsturing

Vraagsturing op een markt van zaakwaarnemers

Vraagsturing veronderstelt marktgerichtheid. Door de marktgerichtheid van de gezondheidszorg te vergroten, zouden de mogelijkheden voor vraagsturing kunnen toenemen. Men moet hierbij wel bedenken dat historisch gegroeide verhoudingen niet zonder meer verdwijnen met de introductie van marktprikkels. In de Nederlandse context kan bijvoorbeeld de introductie van ondernemerschap de ontwikkeling van ‘quasi-markten’ stimuleren. Zie verder de achtergrondstudie Ondernemersgedrag in de gezondheidszorg. Drie voorbeelden.

- Er vindt in toenemende mate concurrentie plaats tussen verzekeraars onderling om verzekerden te binden en om het meest doelmatige en kwalitatief goede zorgaanbod bij onder meer de ziekenhuizen te contracteren. De ziekenhuizen en zorgverzekeraars (de ‘oude ziekenfondsen’) zijn niet (primair) gericht op het maximeren en uitkeren van hun winsten aan aandeelhouders. De concurrentie vindt plaats op contracten en polissen en daarmee trachten ze winst te behalen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit, die vervolgens ten goede komt aan de bedrijfsvoering.
- De vraag van de patiënt wordt niet verwoord in de prijs per behandeling, maar loopt via budgetafspraken waarover aanbieders met verzekeraars onderhandelen.
- Het is niet direct de zorgvrager die keuzen maakt omtrent de inkoop van zorg, maar een derde partij, namelijk de zorgverzekeraar als ‘tussenorganisatie’ (Bartlett en Le Grand, 1993) of ‘zaakwaarnemer’ (Van der Grinten en Kasdorp, 1999).

Het bevorderen van marktgerichtheid verloopt voor een groot deel via de zorgverzekeraar. Bij vraagsturing speelt deze dus een cruciale rol.

Vraagsturing veronderstelt marktgerichtheid, markt die er soms niet is

Quasi-markten: drie voorbeelden

De historie van vraagsturing en zaakwaarnemerschap

Een korte terugblik op de geschiedenis van zaakwaarnemerschap in de zorg levert het volgende overzicht op.

De geschiedenis van de vraagsturing bestaat uit vier episoden

Periode	De invulling van het zaakwaarnemerschap
Tot WO II	Het verzuilde particulier initiatief behartigt de belangen van de zorgvragers en hulpbehoevenden in de eigen zuil. Deze collectiviteiten van zorgvragers richten vanuit het

particulier initiatief zelf zorgorganisaties en fondsen op, welke later de zaakwaarnemers voor zorgvragers en verzekerden zullen worden.

- Tot de jaren '70 De overheid als zaakwaarnemer van de zorgvrager. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor individuele zorgvragers te verzekeren en om de kostenbeheersing op macroniveau te stimuleren, neemt de overheid 'de touwtjes in handen' via regulering van de zorgsector.
- Jaren '80 – '90 De overheid draagt verantwoordelijkheden voor de zorginkoop en uitvoering van zorg weer over aan het sterk verstatelijke particulier initiatief van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Via een overeenkomstenstelsel moeten meer flexibiliteit en vraaggerichtheid worden ingebouwd. De zorgaanbieders en vooral de zorgverzekeraars moeten de zaakwaarnemers van de zorgvrager zijn. Zij functioneren in een sterk verstatelijke context, waarbinnen de overheid vele regels en waarborgen stelt en het zaakwaarnemerschap haast dicteert.
- Heden De zorgvrager trekt vaker dan vroeger de regie naar zich toe. Niet altijd. Er zijn ook nieuwe zaakwaarnemers te signaleren in de zorgarena, zoals werkgevers die opnieuw voor een collectiviteit (hun werknemers) de belangen behartigen en via bedrijvenpoli's trachten de zaken waar te nemen. Daarnaast krijgt de zorgverzekeraar als maatschappelijke ondernemer een centrale regierol toebedeeld die moet leiden tot eenduidig zaakwaarnemerschap in de zorg. De rol van de overheid wordt kleiner en is met name gericht op het ontwikkelen van een vangnet. De overheid wordt daarmee de zaakwaarnemer voor hen die buiten de boot vallen in het zorgsysteem.

Wat opvalt is dat de zaakwaarnemers in de zorg *dubbelrollen* vervullen. Zorgverzekeraars nemen een tussenpositie in tussen zorgvragers en zorgaanbieders. Dit betekent dat in de gezondheidszorg geen directe relatie tussen de vrager en de aanbieder bestaat, anders dan het verlenen van de directe zorg. De financiering verloopt via de zorgverzekeraar. Dat betekent dat voor de zorgaanbieder de verzekeraar, als inkomper van zorg, het karakter krijgt van eigenlijke zorgvrager. Vraagsturing werd vroeger ingevuld met de *vraag* vanuit de verzuilde organisaties en verenigingen. In latere perioden ‘dicteerde’ de overheid de vraag via aanbodregulering. Nu lijkt de vraag door de eindgebruiker meer centraal (behoeften) te komen staan en richten de zaakwaarnemers zich steeds meer daarop ter legitimering van hun handelen. Toch blijkt het in de praktijk lastig hiervoor een vorm te vinden.

Wij zien dat tussen vrager en aanbieder geen directe relatie bestaat. Zaakwaarnemers bemiddelen

Vraagsturing: typering

Vraagsturing verdient, net als ondernemerschap, conceptuele verheldering. We onderscheiden drie typen vraagsturing: sturing van de vraag, sturing door de vraag en sturing op de vraag. Zie verder Van der Grinten (2000), RVZ (1996) en de achtergrondstudie Ondernemersgedrag in de gezondheidszorg.

Er zijn drie soorten vraagsturing

Type vraagsturing

Sturing *van* de vraag

Aard en inhoud

Dit is ‘verkapte aanbodregulering’: men bouwt prikkels in om rekening te houden met de vraag, maar wel binnen kaders van aanbodregulering. Daarmee wordt ook de vraag naar zorg gestuurd (of gepoogd dat te doen).

Sturing van de vraag (aanbod centraal)

Sturing *op* de vraag

Namens de eindgebruikers van de zorg, de patiënten, wordt de zorg door zaakwaarnemers ingekocht, uitgevoerd of gefinancierd. Deze rol wordt gespeeld door zorgverzekeraars en door zorgaanbieders. Daarnaast spelen nieuwe (commerciële) partijen steeds vaker een rol: private klinieken en woningcorporaties.

Sturing op de vraag (verzekeraar centraal)

Sturing *door* de vraag

Dit is sturing door de patiënt zelf, bijvoorbeeld met een persoonsgebonden of –volgend budget. De vraag en de behoefte op de markt zijn leidend voor het aanbod van zorg.

Sturing door de vraag (patiënt centraal)

Zaakwaarnemerschap: typering

In de juridische zin van het woord behartigen zaakwaarnemers de zaak van een cliënt. De definitie van zaakwaarnemerschap in de zorg is: het waarnemen voor de patiënt als deze dat zelf niet kan of wil. Het probleem bijvoorbeeld bij het moeten maken van een keuze uit vijf geneesmiddelen is dat het de patiënt normaliter aan kennis ontbreekt om dat op een zorgvuldige en verantwoorde manier te doen. Het in contact brengen met de kennisbron, zodat de burger wel direct de eigen verantwoordelijkheid kan nemen, is een mogelijkheid. Aanbieders en verzekeraars proberen dat via consumentenpanels, vragenlijsten en commissies of raden wel te doen. Een andere mogelijkheid is de keuze over te laten aan een zaakwaarnemer. Wie zijn zaakwaarnemers in de Nederlandse zorg?

Zaakwaarnemers belangrijk tot nu toe

Type zaakwaarnemer

Aard van het zaakwaarnemerschap

Overheid

De overheid als zaakwaarnemer van de publieke zaak. De patiënt is hier bedoeld in zijn rol als burger.

Vele instanties spelen de rol van zaakwaarnemer

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders

De contractpartijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, artsen, apothekers) die 'namens' of 'in het belang van' de patiënt handelen door met elkaar contracten af te sluiten rond het inkopen, financieren en uitvoeren van zorg. De patiënt is hier vooral bedoeld in zijn rol van verzekerde, klant.

Werkgevers

Na de privatisering van de Ziektewet, proberen werkgevers snellere zorg voor werknemers te realiseren en zijn zij bereid om voor de collectiviteit van hun werknemers de zorg te vragen en zaken waar te nemen.

Overig

Het krachtenveld wordt steeds diffuser, waardoor ook andere zaakwaarnemers hun intrede doen zoals wachtlijstbemiddelaars en commerciële partijen.

Wij constateren dat al deze actoren in verschillende hoedanigheden de rol van de zaakwaarnemer op zich nemen of kunnen nemen.

6.4 Conclusies

Uit dit hoofdstuk - en uit de probleemanalyse in hoofdstuk 2 - trekken wij enkele conclusies.

Het bestaan van marktperfectionen blijft vooralsnog een motief voor overheidsbemoeienis in de gezondheidszorg. Of dit een blijvend motief moet zijn, is op dit moment niet te zeggen. Dat betekent dat de overheidsdoelen – toegankelijkheid en kostenbeheersing – in deze sector op dit moment deels moeten worden gerealiseerd met behulp van sturen van en sturen op de vraag. Dat impliceert aanbodregulering. Echter, de invloed van marktperfectionen op een aantal deelmarkten lijkt af te nemen. Dat maakt sturen van of op de vraag minder noodzakelijk. En daarmee vervalt een belangrijk argument om aanbodregulering toe te passen. Op die deelmarkten kan men aanbodsturing vervangen door sturing door de vraag. Op een aantal andere markten is sturen op de vraag vooralsnog het hoogst haalbare. En op enkele bijzondere en kwetsbare (imperfecte) deelmarkten moeten wij vooralsnog volstaan met sturen van de vraag, dat wil zeggen met een vorm van aanbodsturing.

Er ontstaan steeds meer mogelijkheden voor sturing door de vraag

Dan moet wel zijn voldaan aan enkele voorwaarden:

1. Het beleid op het vlak van de kostenbeheersing zal anders, dat wil zeggen minder stringent en ex ante, moeten worden uitgevoerd. Er zal ruimte voor vraagontwikkeling moeten zijn en politieke acceptatie van financiële risico's, maar ook van ondernemerschap. Risico's moet men opvangen met behulp van ex post metingen van prestaties, gekoppeld aan prestatiebeloning. Keuzemogelijkheden en kiezen in het algemeen kunnen tot hogere kosten leiden en brengen soms risico's met zich mee. Dit zal men politiek moeten accepteren. Het staat los van de financieringswijze (privaat of publiek).
2. Vraagregulering zal in de gezondheidszorg een specifieke invulling moeten krijgen. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zal daarbij uitgangspunt voor beleid moeten blijven. Deze relatie moet gekoppeld worden aan die tussen verzekerde en verzekeraar. De verzekeraar zal, indien nodig, een functie moeten vervullen tussen vraag en aanbod.
3. In het sturingssysteem zal een naar zorgdeelmarkten gedifferentieerd beleid moeten kunnen worden gevoerd. In hoofdstuk 5 deed de Raad een voorstel voor zorgdeelmarkten.

Maar dan zal aan drie voorwaarden moeten zijn voldaan

In de gezondheidszorg zal een reële vraagzijde moeten ontstaan. Een maatschappelijk systeem waarin de vraagzijde en de eigen verantwoordelijkheid niet een beleidsbepalende rol vervullen, zal altijd kwetsbaar blijven. De afstemming van aanbod op vraag verloopt daarin niet op een natuurlijke manier. Er ontstaan daardoor vroeg of laat legitimeringsproblemen: dient het systeem nog wel het oorspronkelijk doel (de volksgezondheid)? Bovendien kan zo'n systeem externe turbulentie niet adequaat accommoderen.

Hoe dan ook: zonder sturende vraag is een systeem kwetsbaar

De Raad trekt hieruit de volgende conclusie. Men ziet nationaal en internationaal een beweging in de richting van meer invloed van de vraagzijde. Dat begint bij keuzemogelijkheden en keuzevrijheid en bij vraaggerichtheid, maar kan als uiterste consequentie hebben vraagsturing, dat wil zeggen sturen door de vraag. Deze algemene trend zal ook in de gezondheidszorg een kans moeten krijgen. In veel recente rapporten en adviezen treffen wij deze gedachte ook aan.

Ook in de gezondheidszorg dus vraagsturing mogelijk maken

Vervolgens constateren wij dat dit voor de korte termijn botst met de bestaande marktimperfecties en met het schaarstebeleid in de gezondheidszorg. Deze botsing heeft consequenties voor de verschillende vragerrollen die zijn te onderscheiden. Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat binnen de gezondheidszorg zorgdeelmarkten bestaan die zich van elkaar onderscheiden door een specifieke vraag-aanbod cultuur en -structuur en daarmee door een specifieke sturingsbehoefte. Concreet: de mogelijkheden voor burgerschap en ondernemerschap moet men gericht per zorgmarkt bekijken en verzilveren.

Dit kan nog niet altijd en overal, dus gedifferentieerd invoeren

Uitgangspunt voor de Raad is daarbij het waar mogelijk realiseren van vraagsturing. In het resterende deel van het advies wil de Raad twee vragen beantwoorden:

1. Hoe kunnen de verschillende vormen van vraagsturing c.q. zaakwaarnemerschap worden toegepast?
2. Hoe kan het ideaal van de vraagsturing zo dicht mogelijk worden benaderd over de volle breedte van de gezondheidszorg?

Maar toch: vraagsturing als uitgangspunt!

7 Burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg

7.1 Zijn burgerschap en ondernemerschap opties voor de gezondheidszorg?

De hoofdstukken 3 en 4 waren achtereenvolgens gewijd aan burgerschap en ondernemerschap. Deze hoofdstukken kan men als volgt samenvatten.

In de gezondheidszorg kan een groter beroep worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Het gaat dan om zelfzorg en zelfbepaling (of autonomie). Men kan dus burgers meer dan nu het geval is aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en voor hun zorggebruik. In zorggebruik en verzekeringskeuzen kunnen hun mondigheid en hun autonomie worden versterkt.

Conclusie over burgerschap

Op het ondernemerschap moet men in de gezondheidszorg een groter beroep doen. Ondernemerschap past bij de aard van de dienstverlening in deze sector. Het vormt een antwoord op een teruglopend sturingsvermogen van de overheid. Ondernemer en burger vormen een natuurlijke alliantie, omdat au fond gezondheid en zorg particuliere aspecten van het leven zijn. Met ondernemerschap creëert men de condities waaronder vraag en aanbod op een natuurlijke, dat wil zeggen efficiënte, doelmatige manier tot elkaar komen. En ten slotte: ondernemerschap behoort bij creativiteit en bij productinnovatie. En daaraan zal een steeds grotere behoefte ontstaan. De gezondheidszorg komt immers voor steeds grotere uitdagingen te staan door ontwikkelingen in de biomedische en de ICT-sfeer.

Conclusie over ondernemerschap

Conclusie: de houdbaarheid van het zorgsysteem is mede afhankelijk van de kansen die burgerschap en ondernemerschap daarin krijgen. Dat veronderstelt een wezenlijk andere sturingsfilosofie. Alleen op die manier zal de zorgsector zich blijvend kunnen accommoderen aan een samenleving die is georiënteerd op vraagsturing, op mondigheid, op internationalisering en op turbulentie. Alleen op die manier zal de gezondheidszorg zich blijvend kunnen richten op de noodzaak schaarse goederen te verdelen bij een toenemende vraag.

Burgerschap en ondernemerschap een kans geven

Burgerschap en ondernemerschap zijn nationaal en internationaal vertrouwde fenomenen geworden. De ermee samenhangende gedragingen zijn tot de gangbare omgangsvormen gaan behoren. Maar zijn zij daarmee ook relevant voor de gezondheidszorg? De Raad denkt dat dit zo is. Er zijn drie argumenten.

1. De gezondheidszorg is minder dan vroeger een beleidseiland, waarop eigen spelregels gelden. Duidelijk ziet men dit in de relaties tussen arbeid, inkomen en zorg. Zorg raakt steeds meer vervlochten met arbeid en inkomen. Zorg is zo een aspect van maatschappelijke participatie. Dit vereist dat vroeg of laat burgerschap en ondernemerschap ook in de gezondheidszorg een kans krijgen. Die sector kan niet systematisch afwijken op belangrijke punten van zijn omgeving.
2. Bij burgerschap en ondernemerschap denkt men aan kiezen: kunnen, willen, maar ook moeten kiezen. Mensen willen hun individuele preferenties tot uitdrukking kunnen brengen. Men wordt steeds vaker gevraagd dit te doen. Bij kiezen horen behandelmogelijkheden en die zijn in de afgelopen decennia toegenomen in de gezondheidszorg. De burger verwacht van de gezondheidszorg een oplossing voor zijn probleem. Hij is bereid en vaak ook in staat zelf bij te dragen aan die oplossing, geholpen door nieuwe partners, zoals zijn werkgever of het Internet. Wij zien hier een algemene en mondiale marktoriëntatie.
3. In ieder systeem zal een gezonde spanning moeten bestaan tussen producent en consument. Is dat niet het geval, dan schiet de allocatieve efficiency tekort. De afstemming van een dynamisch aanbod op een dynamische vraag vereist een marktconforme besluitvorming. Dit geldt ook voor 'sociale' systemen, al heeft markt daar een symbolische betekenis. Ook daar echter, moeten producent en consument elkaar zonder al te veel ruis kunnen ontmoeten.

Drie argumenten voor de introductie van burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg

1. Gezondheidszorg: geen beleidseiland
2. Mensen willen en kunnen kiezen
3. Spanning producent - consument nodig

7.2 De mogelijkheden van burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg

a. Kijkend naar de bestaande problemen

De bestaande problemen in de gezondheidszorg (zie de probleemanalyse in hoofdstuk 2) hangen voor een deel samen met de onduidelijkheid rondom de verdeling van verantwoordelijkheid. De zorgplicht is bijvoorbeeld wel in theorie, maar niet in de praktijk onomstreden toebedeeld. Een van de verkla-

Met burgerschap en ondernemerschap kan men bestaande problemen oplossen

ringen hiervoor is de cumulatie van aanbodregulerende overheidsbemoediging in combinatie met een stringente kostenbeheersing. In de praktijk wordt dit beleid zo uitgevoerd dat de risico's en de kansen niet helder zijn toegewezen aan zorgaanbieders, verzekeraars en overheid.

Een oplossing voor dit probleem gaat onvermijdelijk in de richting van ontregeling. Met aanbodregulering kan men niet langer de vraag volgen, dus is vraagsturing noodzakelijk. De kostenbeheersing is te ver doorgeschoten en dient niet langer herkenbaar een volksgezondheidsdoel. Een alternatief is dan een beroep op verantwoord burgerschap, vertrouwen op maatschappelijk ondernemerschap, met acceptatie van aanhangende risico's. Burgerschap en ondernemerschap kunnen in potentie op een decentraal niveau vraag en aanbod bij elkaar brengen.

b. Kijkend naar toekomstige uitdagingen

De dynamiek in – en vooral rondom – de gezondheidszorg lijkt een permanent karakter te krijgen. In algemene zin zal een beleidsmodel gebaseerd op overheidsbemoediging, centrale aansturing, aanbodgerichtheid en ex ante- of inputfinanciering niet effectief kunnen zijn in een dergelijke dynamische omgeving. Meer in het bijzonder geldt dit voor twee belangrijke oorzaken van de dynamiek: de biowetenschappen en de ICT.

Maar zij zijn ook nodig om toekomstige uitdagingen het hoofd te kunnen bieden

De ontwikkelingen in biowetenschap en -technologie zullen niet alleen leiden tot meer klinische toepassingsmogelijkheden, maar ook tot zorg op individuele maat. Door de snelle absorptie van informatie hierover door de samenleving, stijgen de verwachtingen. Bij ongewijzigd beleid zal de uitgavenstijging, die hiervan het gevolg is, enorm zijn. En men moet zich realiseren dat de plaats waar de uitgaven ontstaan, de arts - patiënt relatie, voor de overheid niet controleerbaar is.

De groeiende invloed van de ICT op processen in de gezondheidszorg vormt de tweede grote uitdaging. Naar verwachting zal de ICT-ontwikkeling in de samenleving ons noodzaken tot het ontwerpen van nieuwe sturings- en besturingsmodellen. Dit geldt voor informatie-uitwisseling, voor handel en voor dienstverlening. Ook in de gezondheidszorg zullen ICT-processen steeds belangrijker worden. Dit vereist dus ook voor deze sector een herijking van de rol van de overheid.

Tegen deze achtergrond - permanente dynamiek, biowetenschap en ICT - vormen burgerschap en ondernemerschap beloftevolle alternatieven voor meer klassieke sturingsmodellen.

7.3 Overheidsdoelen realiseren door burgerschap en ondernemerschap?

Wij moeten constateren dat met het bestaande sturingsinstrumentarium het publiek belang maar ten dele kan worden geborgd. Het maakt het blijkbaar niet mogelijk de rechten van verzekerden te garanderen. Een ander publiek belang, kostenbeheersing, kon tot nu toe wel worden geborgd. De Raad is van mening dat het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap in de gezondheidszorg, zij het binnen een door de overheid bepaalde en bewaakte bandbreedte, een betere mogelijkheid biedt de overheidsdoelen, onder andere rantsoenering van relatief schaarse zorg, te realiseren. Dit geldt zeker voor de uitdaging om de turbulentie rondom de gezondheidszorg te accommoderen.

Overheidsdoelen kan men het beste proberen te realiseren met burgerschap en ondernemerschap

Veel hangt af van de wijze waarop de overheid enerzijds zich substantieel terugtrekt van het speelveld, anderzijds dat speelveld scherp afbakt. En onvermijdelijk houdt dit ook in een mitigerende van de huidige budgetdiscipline (c.q. het BKZ). De beïnvloeding van het gedrag van burgers en ondernemers zal gericht moeten gebeuren, met behulp van werkzame prikkels. Het kader hiervoor bestaat uit de in een eerder advies van de Raad genoemde drie t's: trust, transparantie, toezicht.

Maar dan moet de overheid zich terugtrekken van het speelveld, dat echter ook scherp afbakenen

Binnen dit kader zal de overheid het volgende moeten doen.

- De sterke kanten van het burgerschap (eigen verantwoordelijkheid, gepast gebruik, gezond gedrag) en het ondernemerschap (creativiteit, productinnovatie, accommodatie van omgevingsturbulentie en doelmatigheid) aanspreken met positieve prikkels.
- De ongewenste kanten van het burgerschap (onverantwoord gebruik, moral hazard, free rider-gedrag) en van het ondernemerschap (risicoselectie, afwenteling risico op samenleving, verspilling) ontmoedigen met negatieve prikkels. De ongewenste kanten zijn de risico's die samenhangen met de marktperfecties.

Dat kan door twee dingen te doen, te weten ...

Als de overheid dit doet, kan een evenwicht tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid (burger) en tussen solidariteit en doelmatigheid (ondernemer) worden gevonden.

7.4 Sturen met behulp van burgerschap en ondernemerschap: beleidscondities

Alvorens in de laatste twee hoofdstukken van het advies voorstellen hiertoe te doen, formuleert de Raad hieronder de randvoorwaarden waaraan een nieuw sturingsconcept zou moeten voldoen. Deze vloeien voort uit de hoofdstukken 3 t/m 5.

Burger en eigen verantwoordelijkheid

De burger moet wettelijk verankerde keuzemogelijkheden hebben in zijn ziektekostenverzekering op het vlak van verzekeraar, premie, verstrekking c.q. verzekeringsprestatie en zorgbemiddeling (c.q. zaakwaarnemerschap). Ook in de zorgverlening moet hij deze keuzemogelijkheden hebben. Dit veronderstelt verzekerings- en zorgverleningsmarkten die én transparant én competitief zijn. Vraagsturing, dat wil zeggen sturing door de vraag, inclusief zelfsturing, is het centrale beleidsuitgangspunt bij de aansturing van het stelsel, waarbij geldt: ja, tenzij. De aanspraken van de verzekerden zijn geborgd in rechten. Tegenover deze rechten staan plichten op verzekerings- en op zorgterrein: eigen betalingen, gepast gebruik, zelfzorg en informatie-inwinning. Keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid kunnen, afhankelijk van bestaande condities, resulteren in hogere (transactie)kosten. Dit zal politiek moeten worden geaccepteerd en deels opgevangen moeten worden door verkleining van het publieke domein. Buiten dit domein bestaan meer substantiële keuzemogelijkheden.

Beleidsconditie 1:

De burger moet keuzemogelijkheden hebben, o.a. door het collectieve domein in te perken

Zorgverzekeraar

De verzekeraar is als de uitvoerder van de ziektekostenverzekering zorgplichtig. Hij is zorgverzekeraar en heeft toegang gekregen tot de verzekeringsmarkt in de zorgsector via een open inschrijvingsprocedure waaraan specifieke toetredingscriteria zijn verbonden. Toegelaten zorgverzekeraars hebben een gelijke positie en taak op de verzekeringsmarkt. De verzekeraar zoekt zijn kerntaak en -competentie op een competitieve zorginkoopmarkt. De prijsvorming en de volumebepaling op deze markt zijn voor een belangrijk deel gereguleerd. Hij treedt op de zorginkoopmarkt op namens individuele verzekerden. Op basis van een polis koopt hij competitief in. Zijn concurrentiepositie wordt substantieel bepaald door

Beleidsconditie 2:

De rol van de zorgverzekeraar moet duidelijk zijn: hij bemiddelt en koopt zorg in op een competitieve markt

zijn premiestelling en door zijn polisvoorwaarden. Hij loopt daarmee risico. Er bestaat een acceptatieplicht waartegenover de overheid een compensatie stelt. Er zijn voor hem als ondernemer verder geen mogelijkheden tot nacalculatie c.q. verevening, met uitzondering van een compensatie voor de acceptatieplicht en van exclusieve prestaties op het vlak van uitzonderlijke risico's en public health (bonus-malusregeling met de overheid).

Zorgaanbieder

De zorgaanbieder biedt zorgproducten aan op een competitieve zorgverleningsmarkt. Zijn kerntaak en –competentie liggen op het terrein van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg, waaraan maatschappelijke behoefte bestaat. De financiering van het 'publieke' zorgaanbod ligt deels in de handen van de zorgverzekeraars. Deels verloopt dit via pgb- of pvb-constructies. Er bestaat geen aanbodbudgettering. De inkomsten van de zorgaanbieder worden bepaald door zijn aantrekkelijkheid voor de patiënt, door zijn doelmatigheid en productiviteit en door zijn activiteiten in de private sector. Het concurrentievermogen van de zorgverleningsmarkt blijft op peil door lage toetredingsnormen te hanteren en door schaalvergroting en afgestemd gedrag via antikartelbeleid aan banden te leggen. For profit-zorgaanbieders kunnen toetreden tot de markt van het zorgaanbod, zodat de keuzemogelijkheden toenemen. Wettelijke zorgaanspraken zijn functioneel (dat wil zeggen niet gerelateerd aan bestaand zorgaanbod) omschreven. Verzekeraars kunnen de verstrekking toevertrouwen aan individuele zorgprofessionals of aan zorginstellingen.

Beleidsconditie 3:

De kerntaak van de zorgaanbieder is het hoogwaardige zorg te produceren in een open, competitieve markt

Overheid

De overheid trekt zich drastisch terug in de afstemming van vraag en aanbod c.q. de uitvoering van de ziektekostenverzekering. Zij laat afstemming en uitvoering over aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders en intervenueert niet in dit proces. De overheid heeft vier kerntaken:

- marktmeester (dit is inclusief de garantie van onafhankelijke marktinformatie, stimulering van benchmarking en ontwikkeling consumentenbeleid) en toezicht;
- stellen en opleggen van zorg- en gezondheidsdoelen en vertaling ervan in resultaten; dit in combinatie met een beleid gericht op preventie en gezondheidsbevordering;
- formuleren van wettelijke zorgaanspraken, borging - onder meer door middel van toezicht - van de rechten van verzekerden, inclusief betaalbaarheid;
- ontwikkelen van kwaliteitsbeleid.

Beleidsconditie 4:

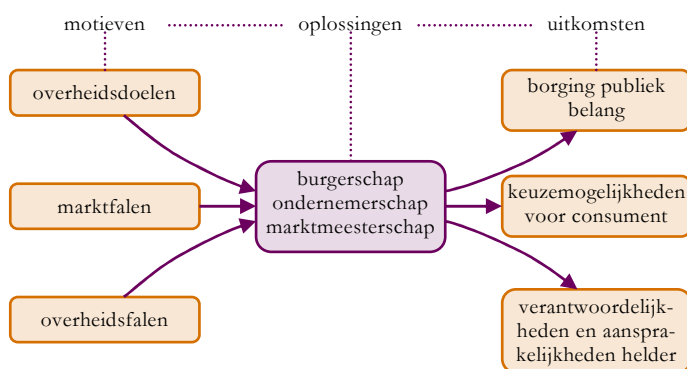
De overheid trekt zich terug uit de markt en concentreert zich op vier kerntaken, te weten...

De overheid onderscheidt op een de gehele gezondheidszorg omvattend spectrum een aantal zorgdeelmarkten. Voor elke zorgdeelmarkt ontwikkelt zij een specifiek sturingsinstrumentarium gericht op de bevordering van vraagsturing door middel van burgerschap en ondernemerschap. De huidige handhaving van het budgettair kader zorg wordt verlaten en vervangen door een verenging van de definitie van collectieve lasten, door prestatiebeloning en door open-eind-financiering op vooraf aangewezen deelmarkten. Zolang het stelsel nog niet optimaal functioneert, is een aantal van de bestaande sturingsinstrumenten (overeenkomstenstelsel, naturastelsel) op specifieke zorgdeelmarkten noodzakelijk.

En verder: de overheid voert gedifferentieerd beleid op deelmarkten

In onderstaand figuur is het voorgaande samengevat: de motieven voor verandering, de oplossingsrichtingen en de uitkomsten

Figuur 7.1 Uitkomsten omslag naar vraagsturing



Hiermee zijn ook de rollen van de vier sleutelactoren op hoofdlijnen beschreven. In de navolgende hoofdstukken werkt de Raad dit uit in de richting van het verzekeringsstelsel en in de richting van gedrag en gedragsbeïnvloeding.

8 De contouren van een toekomstig verzekeringsstelsel

8.1 Een stelselwijziging?

De problemen waarmee het stelsel kampt zijn bekend en hardnekkig. De analyse van de commissie Dekker uit 1987 is nog steeds actueel. De commissie zei dat:

- aanbodregulering te veel regels en bureaucratie voortbrengt;
- de gezondheidszorg niet doelmatig genoeg is;
- de zorgverlening onvoldoende beantwoordt aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking.

De gezondheidszorg heeft hardnekkige problemen

Deze problemen zijn sindsdien verergerd door een te strak doorgevoerd en te lang volgehouden kraptebeleid. Zonder wijziging van stelsel en beleid zullen nieuwe problemen ontstaan, als gevolg van autonome veranderingen in vraag en aanbod. Dit zal de legitimiteit van het stelsel ondermijnen en burgers zullen uitwijken naar private alternatieven. Tweedeling en afbrokkelende solidariteit zullen dan onvermijdelijk worden. Te verwachten veranderingen in vraag en aanbod zijn:

Deze verergeren en bij ongewijzigd beleid zet dat zich voort

- meer vraag naar chronische zorg als gevolg van vergrijzing;
- minder verzorgend personeel als gevolg van arbeidsmarktproblemen;
- meer en effectievere medische zorg als gevolg van wetenschappelijke en technische innovatie;
- meer kennis bij de burger over medische mogelijkheden, mede als gevolg van ICT;
- meer eisen op het vlak van de kwaliteit van zorg.

De bestaande en nog te verwachten problemen maken veranderingen in het beleid en het stelsel noodzakelijk. Deze komen in volgorde van prioriteit neer op:

Een prioriteitenstelling in drie stappen

1. loslaten van het kraptebeleid: aanbod naar behoefte;
2. vervangen van aanbodregulering door gereguleerde marktwerking;
3. waarborgen van een zekere risico- en inkomenssolidariteit voor gezondheidszorg.

8.2 Een beleidsstrategie

Aanbod naar behoefte

De logica van een verzekeringsstelsel brengt met zich mee dat het zekerheid biedt. Verzekerden moeten er op kunnen rekenen dat zij hun aanspraken kunnen verzilveren als het verzekerde risico zich voordoet. Bij ziekte bijvoorbeeld moet op grond van de Ziektewet een uitkering volgen. De schadeverzekeraar moet gemaakte ziektekosten vergoeden en het ziekenfonds moet als natura-verzekeraar de verzekerde van gezondheidszorg voorzien. Het overeenkomstenstelsel van de ziekenfondsverzekering is voor dat laatste doel ontworpen. Voor de AWBZ geldt als natura-verzekering hetzelfde.

Een verzekering moet verzekeren zekerheid bieden

De aanbodregulering is opgezet als uitbreiding van en aanvulling op dat overeenkomstenstelsel. Uitbreiding, omdat de ziekenfondsverzekering niets regelde over de aanwezigheid of de spreiding van het aanbod. Aanvulling, omdat de verzekeraars en aanbieders zonder bedrijfsrisico onderhandelden over prijzen en tarieven. De risico's werden op de samenleving afgewenteld. De bedoeling van de aanbodregulering lag in het verlengde van de verzekering: aanbod naar behoefte - niet meer en niet minder - en verantwoorde prijzen en tarieven. Wel kreeg deze bedoeling, die alles te maken had met rechtvaardig verdelen, gestalte in het beleidsuitgangspunt: het aanbod bepaalt de vraag.

In het verleden zocht men die zekerheid in aanbodregulering

Achteraf moet worden geconstateerd dat de politiek met de aanbodregulering op de loop is gegaan. Zij is gebruikt om de bestuurlijke controle op de gezondheidszorg te vergroten en het financiële beleid voor de gezondheidszorg in te passen in het algemene financieel-economische beleid van de regering. Op zichzelf zijn die doelstellingen legitiem. Zij zijn echter niet congruent met de oorspronkelijke doelstellingen van de aanbodregulering en zeker niet met het verzekeringskarakter van het stelsel. Immers: we moeten constateren dat de politiek vastgestelde financiële kaders zo krap waren dat verzekerden niet de zorg konden krijgen waarop ze recht hadden. De winst van het ex ante afklemmen werd deels tenietgedaan door het economisch verlies als gevolg van een niet goed functionerende gezondheidszorg. Nu de financiële teugels worden gevierd, zoals blijkt uit de Zorgnota 2001, vermindert de spanning tussen die doelstellingen. Dat beleid moet worden voortgezet.

Maar die heeft gaandeweg in het beleid een andere functie gekregen

Maar ook principieel moet de lijn van ‘aanbod naar budget’ worden verlaten voor de lijn van ‘aanbod naar (geïndiceerde) behoefte’. De conjunctuur kan weer dalen, de behoefte aan beperking van de collectieve lastendruk kan weer toenemen, het aanbod kan weer worden beperkt en de patiënten kunnen weer tekort komen. Vast moet staan dat als een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking, zijn verzekeraar de verstrekking ook moet kunnen verlenen, eventueel in het buitenland of eventueel in de vorm van een geldbedrag. De zorgplicht van de verzekeraar moet ondubbelzinnig wettelijk verankerd zijn en er moet voor de verzekerde een snelle en goedkope rechtsgang open staan als de verstrekking niet wordt verleend. Deze ‘wijziging’ van het stelsel verdient prioriteit.

De tijd is rijp de lijn van aanbod naar budget te vervangen door de lijn van aanbod naar behoefte

Als het budget niet langer het aanbod bepaalt, vermindert de spanning met het verzekeringskarakter van de aanspraken, maar vermindert ook de greep van de overheid op de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. Er rijst dan ook een nieuw probleem: hoe blijft de collectieve lastendruk voor de politiek te beïnvloeden?

Dat betekent wel dat de overheid deels haar greep op de kostenontwikkeling verliest

Het antwoord op deze vraag moet naar de mening van de RVZ worden gezocht in een combinatie van drie mechanismen in de sfeer van de verzekeringen:

Dit kan op drie manieren worden gecompenseerd, te weten...

- Revitalisering van het overeenkomstenstelsel met incentives voor zuinig en doelmatig inkopen. Het overeenkomstenstelsel heeft niet meer op alle zorgdeelmarkten bij wet te worden voorgeschreven.
- Meer sturingsmogelijkheden op de omvang van het verplicht verzekerde pakket, dat strikt beperkt wordt tot noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg.
- Meer sturingsmogelijkheden in de premiesfeer met de mogelijkheid om een groter deel via nominale premies buiten de collectieve lastendruk te houden.

Gereguleerde marktwerking

De RVZ heeft eerder geadviseerd om gereguleerde marktwerking vorm te geven via de stimulering van maatschappelijk ondernemerschap bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en via een drastische herziening van de aanbodregulering.

Nu deze beleidslijn voor de ziekenhuizen al is gekozen, ligt een verdere uitvoering voor andere voorzieningen voor de hand. Daarover dienen sectorgewijs afspraken te worden gemaakt. Dat geldt ook voor de AWBZ-voorzieningen, zoals de Raad in zijn advies over cure en care verder uitwerkt .

... en verder: doorgaan met de gereguleerde marktwerking, maar dan wel voor de gehele gezondheidszorg!

Risico- en inkomenssolidariteit

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is voor mensen met slechte risico's en lage inkomens afhankelijk van de mate van solidariteit die voor hen wordt opgebracht. Risicosolidariteit is nauw verbonden met de vormgeving van de verzekering. Inkomenssolidariteit kan ook buiten de verzekering om worden georganiseerd, bijvoorbeeld via de fiscus.

Onder erkenning van het feit dat, als gevolg van de verbrokkelde verzekeringsstructuur, ook de risico- en de inkomenssolidariteit verbrokkeld is, blijkt niet dat van een acuut probleem sprake is. Voor zover er problemen dreigen, doen die zich in het tweede compartiment voor. Op middellange termijn kan de houdbaarheid van de WTZ in het gedrang komen, zoals in het RVZ-advies Europa en de gezondheidszorg is gesignaleerd. Op lange termijn kan de risicosolidariteit echter worden uitgehouden onder invloed van de ontwikkelingen die de WRR in zijn rapport Volksgezondheidszorg noemt: vergrijzing, innovatie en concurrentie. Om dat te voorkomen, zijn op de middellange termijn de volgende maatregelen nodig:

- invoering van een basisverzekering die het (aangepaste) eerste en het tweede compartiment omvat; de relatie tussen care en cure werkt de RVZ verder uit in zijn gelijknamig advies (2001);
- het pakket omvat alleen noodzakelijke, werkzame en doelmatige (passende medische) zorg;
- alle inwoners worden voor dit pakket verzekerd.

De RVZ stelt voor om de inkomenssolidariteit voor een basisverzekering via de inkomstenbelasting te regelen, bijvoorbeeld door een stelsel van positieve en negatieve heffingen, afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Op deze wijze kan men de premievaststelling en het inkomensbeleid uit elkaar houden, waardoor het premiebouwwerk eenvoudig en inzichtelijk kan blijven, terwijl de inkomenssolidariteit haar natuurlijke plaats krijgt in het geheel van inkomensoverdrachten. De nominalisering van de premie moet de overheid voortzetten, conform staand beleid. Zij moet een functionele verhouding bepalen tussen het procentuele en het nominale deel van de ziektekostenpremie. Functioneel is hier: voor de borging van overheidsdoelen.

De basisverzekering kan de vorm krijgen van een sociale verzekering of van een particuliere verzekering. In het eerste geval zijn waarborgen nodig voor keuzevrijheid van verzekerden en beleidsvrijheid van verzekeraars. In het tweede geval zijn pu-

Op termijn kan de risicosolidariteit onder druk komen te staan

Drie maatregelen zijn nodig om dat te voorkomen, waaronder een basisverzekering (AWBZ en ZFW)

De inkomenssolidariteit kan men via het belastingstelsel regelen

Een basisverzekering moet, alles afwegende, onderdeel zijn van de sociale zekerheid

blieke waarborgen nodig voor toegankelijkheid en een goede uitvoering van de zorginkoopfunctie. Het moet dan, dat wil zeggen in het tweede geval, volstrekt zeker zijn dat die publieke waarborgen te realiseren zijn. De RVZ vindt dat die zekerheid thans ontbreekt. Zonder die zekerheid is het, alles afwegende, op dit moment in het publiek belang dat wordt gekozen voor de sociale verzekeringsvariant. Dat maakt het verzekeringsstelsel naar zijn mening ook EU-bestendig (zie verder paragraaf 9.3). Het valt niet uit te sluiten - en dit zou zelfs beleidsdoel kunnen worden - dat op termijn de publieke waarborgen wel gerealiseerd kunnen worden. Dan zou alsnog ter verdere versterking van burgerschap en ondernemerschap, als bedoeld in dit advies, een stelsel van particuliere verzekeringen kunnen worden ingevoerd. De mogelijkheden daartoe worden voor een belangrijk deel bepaald door de ruimte die de EU hiervoor biedt. De Raad is overigens van mening dat in een sociale verzekeringsvariant wel degelijk waarborgen voor keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid zijn op te nemen.

EU belangrijke randvoorwaarde

9 Advies

9.1 Algemeen

De Raad adviseert over de bestuurlijke vormgeving van het verzekeringsstelsel. Daarin ligt naar zijn mening veranderingen noodzaak en -potentieel. Hij wil zijn aanbevelingen zo formuleren dat zij aansluiten bij lopend overheidsbeleid. De RVZ beveelt op hoofdlijnen de volgende beleidslijn aan.

Dit advies heeft betrekking op het gehele spectrum van zorgvormen (dus op het eerste en op het tweede compartiment). De Raad beveelt aan op dit spectrum een aantal gangbare zorgdeelmarkten te onderscheiden en daarop een gedifferentieerd beleid toe te passen. Hij adviseert niet meer te spreken over 'onverzekerbare risico's' binnen het verzekeringsstelsel. De wet maakt risico's verzekeraar. De wet bepaalt de condities waaronder een acceptatieplicht aan de uitvoerders kan en moet worden opgelegd.

De bestuurlijke vormgeving veronderstelt een juridische en een financiële vormgeving: de verzekering. De Raad is van mening, zie hoofdstuk 8, dat de door hem bepleite bestuurlijke vormgeving een basisverzekering impliceert. Die verschaft de condities waaronder burger, ondernemer en overheid een nieuw verbond kunnen aangaan, waarbinnen de individuele en de collectieve verantwoordelijkheid tot zijn recht komt.

Prioriteit moet krijgen het waar mogelijk versterken en stimuleren van eigen verantwoordelijkheid en burgerschap in alle onderdelen van het stelsel, te beginnen op de zorgdeelmarkten (zie hoofdstuk 5) waar dit het snelst is te realiseren. Inzet: sturen door de vraag zo dicht mogelijk benaderen. De burger moet dan een beroep kunnen doen op wettelijke zorgaanpakken die de status hebben van rechten. Daartegenover staan verplichtingen, waarop hij aanspreekbaar is. Essentiële beleidsconditie is het bestaan van keuzemogelijkheden en dus ook van een transparante markt in verzekering en zorg.

In de uitvoering van dit verzekeringsstelsel (verstrekking en verzekering) stimuleert de overheid waar mogelijk ondernemerschap, dat wil zeggen klantgericht, innovatief en risiconemend gedrag. Hierop moet in het overheidsbeleid de nadruk liggen. De overheid creëert de beleidscondities hiertoe door de bestaande aanbodregulering vergaand te beperken, door zorg-

Er is een ongedeeld spectrum van zorgvormen, bestaande uit zorgdeelmarkten. Onverzekeraarheid bestaat niet

Prioriteit: waar mogelijk zo spoedig mogelijk burgers en ondernemers het heft in handen geven, sturen door de vraag

Bestaande aanbodregulering dan wel afbouwen

verzekeraars en zorgaanbieders reële financiële risico's te laten lopen en door innovatief gedrag te belonen. Wel zal de zorgplicht (en de aansprakelijkheid) voor het verplichte deel voor de verzekering afdwingbaar moeten worden toebedeeld. Ook zal in dat deel van de verzekering een acceptatieplicht moeten bestaan.

Naast de burger en de twee ondernemers (zorgaanbieders en -verzekeraars), speelt de overheid vooral de rol van de marktmeester. Die rol houdt voor een aantal zorgdeelmarkten vooralsnog in het maken van een markt met behulp van een overeenkomstenstelsel, gekoppeld aan in natura verstrekking (zie verder paragraaf 9.3). Op een aantal andere zorgdeelmarkten (vooral huidige eerste compartiment, maar ook onderdelen van de chronische ziekenzorg in het tweede compartiment) kunnen deze vormen van overheidsregulering nu al los worden gelaten. Daar kan sturen door de vraag nu al een kans krijgen. Daarna kan de overheid andere zorgdeelmarkten, vooral die in het tweede compartiment, rijp maken voor sturing door de vraag.

De overheid is de marktmeester

Vooralsnog zal het totale sturingsbeeld een mengsel zijn van sturen door, sturen op en sturen van de vraag. De overheid stuurt de vraag via het pakket ('sturen van de vraag'). De verzekeraar stuurt waar nodig en nuttig 'op de vraag'. De consument stuurt waar mogelijk zelf ('sturen door de vraag'). De rol van marktmeester impliceert in ieder geval en altijd het vooraf bepalen en opleggen van de systeemprestaties en het achteraf toetsen van de uitkomsten. Dat beleidsmodel moet in de plaats komen van de huidige systematiek van kostenbeheersing en dient ook als grondslag voor de overdrachten aan zorgverzekeraars met behulp van centraal geïnde premies.

Voorlopig doen alle drie soorten vraagsturing zich voor

De rolverdeling in het stelsel is verder dat de ondernemende zorgaanbieder de eerste aangewezen partner is van de patiënt, naar wiens gunst hij dingt op een open, competitieve Europese markt. Voor de burger is de verzekeraar een intermediair (zaakwaarnemer), althans op een aantal voor hem vooralsnog moeilijk te sturen zorgdeelmarkten (delen van het tweede compartiment). Op een aantal andere, beter toegankelijke, zorgdeelmarkten is de verzekeraar één van de zaakwaarnemers, voorzover daaraan bij de burger behoefte bestaat. De zorgaanbieder is voor zijn financiering gedeeltelijk afhankelijk van de zorgverzekeraar, die een deel van zijn inkomsten ontvangt van de overheid (de inkomensafhankelijke premie). Maar uiteindelijk zijn beide ondernemers afhankelijk van de patiënt/burger. Die kan kiezen op zowel de zorgverlenings- als de verzeke-

Naar een andere, eenvoudige, rolverdeling

ringsmarkt. Dat bepaalt de prestatie van de ondernemers en de continuïteit van hun bedrijf.

Dit beleidsscenario zal pas gerealiseerd kunnen worden als is voldaan aan zes beleidscondities.

Zes beleidscondities

1. De burger heeft eigen verantwoordelijkheid en kan ook sturen.
2. In de uitvoering van de basisverzekering nemen zorgverzekeraars een onderling gelijkwaardige positie in.
3. Marktwerking in de zorgverzekering.
4. Marktwerking in het zorgaanbod.
5. Inperking én toespitsing rol overheid.
6. Differentiatie in sturing en gefaseerde invoering.

De volgende paragraaf bevat een uitwerking van deze beleidscondities in rollen en prikkels.

9.2 Concreet: de rollen

a. De burger, consument

Keuzemogelijkheden

De burger/consument heeft twee verzekeringspakketen: een verplicht basisgedeelte van beperkte diepte en aanvullingen hierop geboden door zijn verzekeraar. Keuzemogelijkheden betreffen onder meer leveringsmoment en -plaats van de verstrekking. Verder kan hij bijvoorbeeld kiezen voor een niet-roken polis, hetgeen leidt tot reductie van de nominale premie. De acceptatieplicht wordt hierop aangepast.

De burger krijgt meer keuzemogelijkheden in zorg en verzekering

De burger/consument krijgt de mogelijkheid te kiezen voor een preferred provider polis. Een dergelijke aanbieder levert passende medische zorg tegen een concurrerende prijs. Die kan leiden tot reductie van de nominale premie.

De verzekerde verstrekkingen bieden de burger/consument keuzemogelijkheden. Zorgtoewijzingen zijn, waar mogelijk, gesteld in de vorm van alternatieven. Daarnaast kan gekozen worden voor een persoonsgebonden budget of persoonsvolgend budget voor restitutie van gemaakte kosten of voor in naturaverstrekking. Op enkele zorgdeelmarkten (zie 9.3 d.) is een in naturastelsel noodzakelijk als waarborg voor toegankelijkheid en kwaliteit. In die situaties stelt de overheid zorginkoop verplicht voor de verzekeraar. Als de naturaverstrekking volgens de polisvoorwaarden niet binnenlands kan worden

De verzekerde kan kiezen uit verschillende verstrekkingvormen

geboden, bestaat desgewenst de mogelijkheid van verstrekking in het buitenland op gelijke voorwaarden.

Rechten

Er bestaat een periodieke acceptatieplicht voor alle uitvoerders van de basisverzekering. Een acceptatieplicht

Er bestaat een in de verzekeringswet vastgelegd recht op keuze tussen zorg- en verzekeringsvormen (polisvoorwaarden). Dit recht heeft betrekking op de eventueel noodzakelijke zorgbemiddeling en op de levering van geïndiceerde zorg. De verzekerde kiest zijn eigen vorm van zorgbemiddeling. Zorgbemiddeling door de verzekeraar is een recht, waarvan hij tegen premiereductie afstand kan doen. Het onafhankelijk toezicht hierop wordt verscherpt. Een wettelijk recht te kiezen

Zorgaanspraken zijn geborgd in afdwingbare rechten. De aansprakelijkheid ligt via de zorgplicht onverkort bij de verzekeraar. Dit heeft een wettelijke basis. Dat geldt ook voor een adequate rechtsgang die voor de verzekerde open staat bij in gebreke blijven van de verzekeraar. In de toelatingscriteria is dit (dat wil zeggen de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen overheid en zorgverzekeraar) eenduidig vastgelegd. Onderdeel van de rechten vormen de voorwaarden met betrekking tot moment en plaats van zorgleverantie. In de polisvoorwaarden kan de zorgverzekeraar hieraan aanvullende keuzemogelijkheden verbinden die tot premiekorting dan wel – stijging kunnen leiden. De wet verschaft rechten die gekoppeld zijn aan een onontkoombare zorgplicht

Er bestaat een in de verzekeringswet vastgelegd recht op betrouwbare, gecertificeerde informatie over verzekeringsvormen, over polisvoorwaarden, over de zorginkoopprestatie en over het beschikbare zorgaanbod, inclusief de kwaliteit daarvan. De informatie maakt kiezen mogelijk. Een onafhankelijke instantie ziet hierop toe. De wet garandeert onafhankelijke informatie

De verzekerde heeft de vrijheid en de mogelijkheid zelf aanvullende verzekeringsarrangementen met zijn zorgverzekeraar overeen te komen, voor medische zorg buiten de verplichte verzekering. De verzekerde heeft reële mogelijkheden kortingen te bedingen op zijn nominale premie door te kiezen voor bepaalde verzekerings- en uitvoeringsarrangementen (bijvoorbeeld zorgbemiddeling). De verzekerde kan met zijn keuzegedrag zijn premie beïnvloeden

Plichten

Er bestaat een eigen risico in het nominale premiedeel. Er is een verdergaande nominalisering van de premie. De polisvoorwaarden bevatten voorschriften met betrekking tot de verzekering en de verstrekking. Het recht te kiezen impliceert de plicht zich te informeren en vervolgens een gepast gebruik uit de mogelijkheden te maken. Dit is ook een aspect van de te contracteren passende medische zorg.

Een eigen risico en een verdergaande nominalisering

b. De zorgverzekeraar

De rol

De overheid legt de zorgverzekeraar een niet-onderhandelbare zorgplicht op. Deze heeft zijn basis in het toelatingscontract voor de verplichte verzekering. Daarin legt een inschrijvende verzekeraar zich vast op de verplichting een wettelijke basisverzekering uit te voeren tegen een periodieke acceptatieplicht. Hiertegenover staat een met centraal geïnde premies gefinancierde compensatie van overheidswege voor door verzekeraars met opzet niet te beïnvloeden risico's en effecten (de acceptatieplicht). EU-wet- en regelgeving maken het wellicht noodzakelijk de uitvoerder/zorgverzekeraar een specifieke rechtspersoonlijkheid op te leggen (3^e schaderichtlijn); zie verder paragraaf 9.3.

De rol van de zorgverzekeraar: primair een zorgplichtig inkoper van verzekerde zorg

De rol die de zorgverzekeraar speelt bij de behartiging van publiek belang (de overheidsdoelen: toegankelijkheid, kwaliteit en macrobetaalbaarheid/doelmatigheid) is beschreven in het toelatingscontract. Dat bevat ook een aanvullende beloningsregeling voor prestaties op het vlak van de volksgezondheid (procentuele premie).

De rol is beschreven in het toelatingscontract

Een niet-onderhandelbare zorgplicht impliceert vrijheden voor de zorgverzekeraar in van de uitvoering van de verplichte verzekering. Deze vrijheden hebben primair betrekking op de contractering van zorg. Daarnaast heeft de verzekeraar vrijheden op de verzekeringsmarkt.

Een zorgplicht betekent vrijheden

De zorgverzekeraar is intermediair tussen zorgaanbieder en verzekerde/consument. De feitelijke situatie op zorgdeelmarkten bepaalt de inhoud en de vorm van die rol. Op een aantal zorgdeelmarkten – in het huidige eerste compartiment, maar ook bij de chronische zorg in het tweede compartiment – kan de zaakwaarnemerfunctie geminimaliseerd worden of zelfs non-existent zijn. Dan gaat sturen op de vraag over op sturen door de vraag. Op een aantal andere zorgdeelmarkten – niet-

De zorgverzekeraar heeft in de zorgbemiddeling geen monopoliepositie

chronische medische zorg, acute zorg, topklinische zorg – gelden vooralsnog de principes sturen van en op de vraag.

De zorgverzekeraar zal zich, waar nodig, moeten concentreren op het doelmatig en efficiënt contracteren van zorg. Op enkele zorgdeelmarkten (zie paragraaf 9.3, punt d.) stelt de overheid dit met behulp van een in naturastelsel verplicht. Zij ziet op de naleving hiervan toe. De overheid zal dit moeten bevorderen door de bestaande aanbodregulering sterk in te dammen en daarmee de eigen bemoeienis met de gezondheidszorg. Zij trekt zich terug uit de afstemming van vraag en aanbod. Verder bevordert de overheid het gewenste gedrag door het risico van de zorgverzekeraar te vergroten en vereveningseffecten - uitsluitend te koppelen aan een acceptatieplicht - te reduceren. Het sturingsprincipe is: ex ante de gewenste prestatie opleggen, ex post via toezicht en transparantie de prestatie vaststellen, beoordelen en waarderen. In aanvulling hierop zal er een politieke en expliciete acceptatie moeten zijn van de transactiekosten die het gevolg zullen zijn van keuzemogelijkheden en competitie.

De overheid 'ontregelt' de zorgcontractering drastisch en intervenueert daarin niet

Prikkels

- In de financiering van verzekeraars bouwt de overheid meer prikkels voor doelmatig contracteren in. Voor moeilijk verzekerbare risico's zou een vereveningsmodaliteit kunnen bestaan als aanvullende sturingsmogelijkheid voor de overheid. Voor prestaties op het terrein van public health en preventie kan een normuitkering worden gebruikt (centraal geïnde, procentuele premie). Door vergroting van het nominale premiedeel kan de verevening worden beperkt tot datgene waarvoor hij is bedoeld: compensatie van niet beïnvloedbare en niet te beïnvloeden lasten, dat wil zeggen een compensatie voor de acceptatieplicht. Principe moet zijn: risico bij de uitvoerder, geen afwenteling op de overheid.
- Het vergroten van het nominale premiebestanddeel en het beperken van de reikwijdte van de centrale kostenbeheersing door de overheid tot het strikt publieke domein c.q. het door middel van solidariteit te bekostigen deel van de verzekering.
- De overheid zal de mogelijkheden om zorg te contracteren moeten vergroten door de toetredingsnormen van zorgaanbieders te verruimen. Deze normen zouden primair betrekking moeten hebben op de kwaliteit van de zorgprestaties (de producten of diensten), niet op institutionele aspecten. Statutaire doelstelling, land van vestiging

Met behulp van een aantal prikkels kan de overheid de zorgverzekeraar verleiden zijn rol te spelen

en juridische vorm zijn in beginsel niet relevant voor toetreding. De condities waaronder contracten in de verplichte verzekering kunnen worden opgesloten vormen onderwerp van een advies van de RVZ in 2001. Zorgverzekeraars kunnen partiële contracten sluiten met zorgaanbieders. Professionele zorgverleners zijn altijd contracteerbaar als alternatief voor institutiegebonden zorg, binnen kwaliteitsnormen. De contracteerverplichting voor intramurale zorg wordt afgeschaft. De overheid stelt grenzen aan het fusieproces bij zorgaanbieders. De beoordeling van de bestaande marktstructuur moet gebaseerd zijn op de uitspraken in het IBO-rapport over marktconcentraties. De NMa opereert ter zake op basis van normen van overheid die specifiek zijn ontwikkeld voor de gezondheidszorg.

- De verzekeraar biedt waar mogelijk en toegestaan de verzekerde een keuze aan tussen restitutie, persoonsgeboden budget/persoonsvolgend budget en in natura en ook tussen daarbijbehorende modaliteiten van zorgbemiddeling. De keuze heeft gevolgen voor de hoogte van de nominale premie. Hoe minder het beroep is dat de verzekerde doet op de collectiviteit (en het collectief), hoe lager de premielast. De overheid legt de bandbreedte vast (dit in verband met de noodzakelijke risicosolidariteit).
- Het zorgaanbod wordt, waar mogelijk, niet meer gereguleerd met behulp van centrale sturing op prijs en volume. De zorgverzekeraar contracteert zorgproducten op basis van een transparante kostprijs. Zorgproducten voldoen aan de definitie van passende medische zorg. Er bestaan geen modelovereenkomsten. De zorgverzekeraar opereert in de zorgcontractering op geleide van de wensen van de individuele verzekerde (zorgbemiddeling). Dit is op een aantal zorgdeelmarkten een noodzakelijke benadering van sturen door de vraag.
- De beheersing van de kosten (zie boven) verloopt op basis van een ex ante aan het stelsel opgelegde prestatienorm (overheidsdoelen) die ex post periodiek worden beoordeeld door een onafhankelijke instantie. Hierover vindt parlementaire discussie plaats, waarin de feitelijke kostenontwikkeling wordt geconfronteerd met de doelen. Dit werkt door in de inkomsten van de verzekeraars. Boven-gemiddeld presteren leidt tot beloningen die door de verzekeraar kunnen worden doorvertaald in de nominale premie en in het financieringscontract met de zorgaanbieder.

c. De zorgaanbieder

De rol

De zorgaanbieder biedt de individuele patiënt zorg aan. Dat is zijn kerntaak, die hij in een maximale vrijheid kan uitvoeren, zij het gebonden aan een kwaliteitsbeleid. Hij doet dit deels binnen en deels buiten het publieke domein. Voor de exploitatie van zijn publieke zorgproducten zoekt hij financiering bij verzekeraars. Voor deze producten kan hij ook rechtstreeks inkomsten verwerven bij de patiënt (persoonsgebonden budget, restitutiestelsel et cetera). Voor zijn private producten heeft hij andere financieringsstromen bijvoorbeeld de consument of diens werkgever.

De rol van de zorgaanbieder: zorg produceren en aanbieden op een open markt

Hij is actief op een open, Europese aanbiedersmarkt met in beginsel vrije toetreding. De continuïteit van de bedrijfsvoering is afhankelijk van zijn aantrekkingskracht op zijn markt voor patiënten om wiens gunst hij dingt in concurrentie met andere organisaties of professionals. Verder is voor hem bepalend de doelmatigheid van zijn zorgproductie.

Hij is afhankelijk van zijn marktpositie en zijn doelmatigheid

Het is de rol van de zorgaanbieder binnen het stelsel om producten te ontwikkelen die voldoen aan de normen voor 'passende medische zorg' (zie KNMG-rapport). In het publieke bestel betekent dit onder meer het volgende.

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de inrichting van het primaire proces. Hij doet dit als professional en als ondernemer. Dat betekent dat hij de eigen professionele standaard combineert met een klantgerichte houding. Zijn optreden in het publiek bestel wordt gekenmerkt door evidence based handelen en door het recht doen aan de preferenties van de patiënt. Hij zal daarover, voor wat zijn patiëntenpopulatie betreft, soms moeten onderhandelen met zijn verzekeraar, die optreedt als de zaakwaarnemer van de verzekerden. Ook zal de zorgaanbieder - instituut en professional - bereid moeten zijn een bijdrage te leveren aan een doelmatige aanwending van de collectieve middelen. Zo zal hij in zijn praktijkuitoefening rekening moeten houden met een gedifferentieerd opgebouwd verzekeringspakket (basis/aanvullend) en met de noodzaak de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt waar mogelijk te versterken.

De zorgaanbieder combineert de professionele standaard met klantgerichtheid

Prikkels

- Opheffen verbod op for profit zorgaanbod. Consequenties hiervan in het beleid expliciteren (overcapaciteit, klantenwerving) en politieke acceptatie ervan.

- De aanbodregulering sterk beperken. De WZV beperken tot grootschalige nieuwbouw, conform RVZ-advies uit 1995. NB: op het gebied van de ruimtelijke ordening blijft de overheid een centrale actor. De WVG stap voor stap buiten werking stellen op geleide van de prestatie van het stelsel. Zie het reeds ingezette overheidsbeleid. Hier specifieke deelmarkten binnen de gezondheidszorg onderscheiden en vervolgens per deelmarkt een specifiek sturingsinstrumentarium ontwikkelen. Het uitgangspunt is: sturen door de vraag, tenzij De budgettering van het zorgaanbod wordt afgeschaft in een nader te bepalen tempo en naar zorgdeelmarkt. Wel moet worden onderzocht of bepaalde aanbodparameters niet toch een rol kunnen en moeten spelen in het toelatingsbeleid voor de zorgverzekeraars. Daardoor kan de totstandkoming van minder populaire, van zeer dure, of van nog niet beschikbare, maar wel gewenste zorgvoorzieningen van overheidswege worden bevorderd.
- Geen rechtstreekse afspraken tussen zorgaanbieders en rijksoverheid (de Meerjarenaafspraken). Deze interfereren met het lokale overeenkomstenstelsel, dat wil zeggen met de zorgcontractering. Geen rechtstreekse overdrachten van overheid aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld in het kader van de bestrijding van de wachtlijsten. Dat verloopt via de polisvoorwaarden en op grond van de wettelijke zorgaanspraken (juridische weg).
- Alleen passende medische zorg is op termijn in de verplichte verzekering contracteerbaar. Een duidelijke profilering op dit vlak kan, uiteraard in combinatie met een lage prijs, leiden tot de status van preferred provider. Dit heeft gevolgen voor de inhoud van het contract met de verzekeraar. Het preferred providerschap is openbaar (de “Michelin-gids”).
- Zorgaanbieders kunnen zorg die geen onderdeel uitmaakt van het basispakket zelf ontwikkelen, aanbieden, verstrekken en in rekening brengen bij de klant (burger, werknemer, werkgever, gemeente, sportclub). De uitoefening van activiteiten buiten de gezondheidszorg – dienstverlening, wonen, recreatie – mogelijk maken.
- Als ondernemer moet de zorgaanbieder meer mogelijkheden krijgen om een innovatief human resources beleid te voeren. Daartoe zullen de arbeidsmarkt en het arbeidsvoorwaardenbeleid in de gezondheidszorg geflexibiliseerd moeten worden. Dit is vooral de eigen verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur. Met behulp van bench-

Overheid en zorgverzekeraar beschikken over prikkels waarmee zij de zorgaanbieder kunnen verleiden zijn rol te spelen

marking en openbare competitie (relatie met de “Michelin-gids”) zou dit kunnen worden bevorderd.

- De toetredingscriteria voor zelfstandige beroepsbeoefenaren zullen in het kader van het anti-schaarstebeleid en omwille van een competitieve zorginkoop moeten worden versoepeld. Uitgangspunt zou moeten zijn dat met gekwalificeerde beroepsbeoefenaren een overeenkomst kan worden gesloten. Institutionele overwegingen en wet- en regelgeving mogen hieraan niet in de weg staan.

d. De overheid

De rol

De overheidsbemoediging met de gezondheidszorg dient drie randvoorwaardelijke doelen:

De overheid streeft drie randvoorwaardelijke doelen na

- de behartiging van het publiek belang (zijnde de overheidsdoelen toegankelijkheid, kwaliteit en uitgavenmanagement voor een verplichte basisverzekering);
- het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap;
- het creëren van transparante marktverhoudingen, inclusief een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid tussen overheid en markt.

Het overheidsbeleid is gericht op het vinden van een aanvaardbare balans tussen deze doelen. Deze balans kan alleen maar worden ingesteld, nadat:

- de overheid de zorginhoudelijke doelen voor de gezondheidszorg heeft vastgesteld, deze bovendien heeft uitgedrukt in prestaties en het toezicht hierop adequaat heeft ingericht (dat wil zeggen beoordelen op resultaat);
- de overheid expliciet heeft aangegeven burgerschap en ondernemerschap te zien als noodzakelijke voorwaarden voor een houdbaar stelsel van gezondheidszorg en vervolgens bereid is daaruit de consequenties te trekken voor het eigen handelen (dat wil zeggen het accepteren van bedrijfsrisico's in combinatie met een substantiële terugtocht).

Het beleid van de overheid zal hierop consequent moeten worden ingericht. Dit betekent voor de concrete overheidsbemoediging, bijvoorbeeld de bestaande aanbodregulering, dat een 'nee, tenzij ...' geldt. Met andere woorden, de aansturing van het zorgstelsel verloopt via financieringsovereenkomsten op decentraal niveau, behalve indien daarvoor contra-indicaties bestaan die te maken hebben met het publiek belang. De bewijslast ligt op dat moment bij de overheid. Waar mogelijk wordt nu al reële vraagsturing, dus sturen door de vraag, in

De overheid stuurt het zorgstelsel niet meer rechtstreeks aan

gang gezet, hetgeen betekent: aanbodbepaling door een individuele verzekerde c.q. patiënt.

Wat moet de overheid doen?

- Topprioriteit heeft de invoering c.q. het herstel c.q. de bevordering van het verzekeringskarakter van AWBZ en ZFW. Dat betekent dat de beleidsvolgorde zou moeten zijn: eerst de bestuurlijke vormgeving veranderen en pas daarna de juridische en financiële vormgeving (de verzekering in engere zin). Het verzekeringskarakter van AWBZ en ZFW versterken
- Verdere stappen op de weg van de deregulering van het prijs- en volumebeleid zijn - in combinatie met een andere visie op kostenbeheersing en een flexibilisering van het overeenkomstenstelsel - noodzakelijk. Dit loopt gelijk op met het versneld vergroten van het ondernemersrisico van verzekeraars en dat van de aanbieders. Deregulering van het prijs- en volumebeleid
- Het vaststellen van de wettelijke zorgaanspraken op een zodanige wijze dat de rechten van de burger op verstrekking van zorg, die niet voor individuele rekening en verantwoording kan komen, kunnen worden geborgd. Het beperken van het 'basispakket' om zo de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn zorgverzekering te kunnen uitbreiden. Waar mogelijk stimuleert de overheid de eigen verantwoordelijkheid van de burger door de aanspraken in de diepte te beperken tot een minimum. De verzekerde kan zich in de diepte bijverzekeren. De collectief verzekerde verstrekking is beperkt tot de essentiële gezondheidszorg (passende medische zorg). De Gezondheidsraad en het CVZ werken dit verder uit. In de aanvullende sfeer (dienstverlening, hotelfunctie, verzorging, begeleiding) wordt de eigen verantwoordelijkheid aangesproken. Borging wettelijke zorgaanspraken
Inperken basispakket
- Een aanscherping van de voorschriften op het terrein van de indicatiestelling, ook voor het tweede compartiment. Dit betekent een strikte toepassing van de professionele standaard. Zie verder het RVZ-advies Care en cure. Hierover een partnership aangaan met professionals. Het garanderen van de financierbaarheid van de verstrekkingen. Indicatiestelling
- Het toezicht op zorg en verzekering inrichten op het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap als bedoeld in dit advies. Toezicht
- Een centrale planningsfunctie met betrekking tot de spreiding en de ruimtelijke ordeningsaspecten van grote infrastructuurwerken, in het bijzonder nieuwbouw van intramurale zorgvoorzieningen. De ruimtelijke ordening

- Een nieuwe formule ontwerpen voor de beheersing van de collectieve uitgaven: sturen op marktprestatie (in termen van volksgezondheid en zorg); aanvullende verzekeringen en eigen betalingen (risico) buiten de definitie houden, groei van de uitgaven deels financieren uit private middelen. Het beleid met betrekking tot de aard en de omvang van de uitgavengroei consequent baseren op de bevordering van de gezondheidstoestand van de bevolking, dat wil zeggen steeds naar een positieve grondslag zoeken voor dit beleid. Dit betekent ook dat de centrale kostenbeheersing alleen van toepassing is op kosten die niet door de individuele burger zijn te beïnvloeden en waarvoor een solidariteitsprincipe geldt.

Een nieuwe formule voor de beheersing van de collectieve uitgaven ontwerpen
- Een actief en concreet mededingingsbeleid ontwerpen en doen uitvoeren. Het opstellen van meetbare parameters voor marktwerking c.q. marktstructuur (een fusiebeleid, uit te voeren door de NMa). Wat betreft marktconcentraties zullen de fusiecriteria voor de gezondheidszorg moeten worden aangescherpt. Het toezicht hierop moet worden geïntensiveerd.

Een actief en specifiek mededingingsbeleid
- Een actief consumentenbeleid. Dit zou in feite een centraal element moeten worden in het overheidsbeleid. Het consumentenbeleid moet zijn gericht op het vergroten van de keuzemogelijkheden en de transparantie van het zorgstelsel, op de garantie van onafhankelijke informatievoorziening voor de bevolking en op het bij beleidsbeslissingen betrekken van de consument. Consumentenorganisaties zullen zich onafhankelijk van de overheid moeten kunnen presenteren, hetgeen niet in overeenstemming is met een subsidieverhouding. Marktmeesterschap vormt een drie-eenheid met burgerschap en ondernemerschap (B-O-M). Het omvat ook het stimuleren van benchmarking en reële concurrentie. Verder is toezicht op de prijsstelling à la de telefoniemarkt gewenst (OPTA).

Consumentenbeleid als de kern van het overheidsbeleid
- Een actief toezicht op de kwaliteit van zorg op basis van een expliciet en concreet kwaliteitsbeleid van de overheid.

Kwaliteitstoezicht
- Een concreet en geïnstrumenteerd beleid gericht op preventie en gezondheidsbevordering als één van de speerpunten van het verzekeringsbeleid. De beleidsinspanningen zijn gericht op het beïnvloeden van de zorgconsumptie en daarmee van het beroep op de zorgverzekering. Een inkomensafhankelijke (centraal geïnde) premie kan hier dienst doen als onderhandelingsinstrument tussen overheid en verzekeraar.

Preventie en gezondheidsbevordering

9.3 Uitvoering

a. Toetsing aan de overheidsdoelstellingen

Kan de overheid de eigen doelstellingen realiseren, indien dit advies werkelijkheid zou worden?

Toegankelijkheid

Om dit belang te kunnen borgen, beschikt de overheid in de toekomst over de volgende sturingsmiddelen als het gaat om de verzekering: de wettelijke zorgaanspraken, de wettelijke acceptatieplicht, de bevoegdheid de hoogte van het inkomensafhankelijke premiedeel vast te stellen, alsmede de bandbreedte voor de nominale premie, de toetredingsregels voor zorgverzekeraars/uitvoerders. De sturingsmiddelen richting zorgverzekeraar dienen overigens niet opgepompt te worden met overheidsbemoediging en alleen de essentialia te bevatten, waaronder zorgplicht, verantwoording, premie- en acceptatiebeleid. De overheid beschikt op dit terrein over een onafhankelijk toezichthoudend orgaan.

De overheid beschikt straks over voldoende sturingsmiddelen om de toegankelijkheid te kunnen blijven borgen

De toegankelijkheid van de passende medische zorg wordt met behulp van dezelfde sturingsmiddelen geborgd. Een scherp anti-kartelbeleid, op geleide van publieke normen voor marktconcentraties kan daarbij helpen. De Raad gaat ervan uit dat ook in de toekomst in de samenleving zorgaanbod op basis van particulier initiatief ontstaat. Voorwaarde daartoe is het honoreren van ondernemerschap. Dat zal de geneigdheid zorg aan te bieden, vergroten. De prikkels in dit advies zijn hierop gericht.

Macrobetaalbaarheid en -doelmatigheid

In een vraaggestuurd zorgstelsel - en zeker in een verzekering - bepaalt de vraag de omvang van het aanbod. Dit principe zal in de praktijk worden begrensd door een ander publiek belang: kostenbeheersing, betaalbaarheid en doelmatigheid. Dit betekent noodzakelijkerwijs dat de logica van openeindfinanciering als uitvloeisel van sturen door de vraag, een begrenzing moet hebben in de vorm van beperking van het collectieve deel van de zorguitgaven. De noodzaak van kostenbeheersing én introductie van vraagsturing leidt dan tot:

- beperking van de wettelijke zorgaanspraken;
- beperking van de reikwijdte van de definitie voor collectieve lasten tot de verplichte, inkomensafhankelijke c.q. niet door de individuele verzekerde te beïnvloeden premies.

De overheid beschikt straks ook over voldoende sturingsmiddelen om de macrobetaalbaarheid te kunnen blijven borgen

Alleen zo kan de houdbaarheid van het stelsel, rekening houdend met economische tegenwind, gegarandeerd worden. Realisatie van de doelmatigheid kan verder worden gerealiseerd met behulp van een resultaatovereenkomst tussen overheid en individuele uitvoerders van de verzekering. Deze is gebaseerd op openbare en meetbare prestaties die zijn gerelateerd aan gezondheidswinst. Op de realisatie ziet een onafhankelijk orgaan toe. Ten slotte: de in dit advies bepleite deregulering kan, naar de mening van de Raad, bevorderen dat de transparantie van het zorgstelsel zal toenemen.

Kwaliteit

De overheid behoudt de verantwoordelijkheid de kwaliteitseisen van wettelijk te verstrekken zorg te bepalen. Hierop ziet een actief, goed toegerust en onafhankelijk inspectieapparaat toe.

De overheid blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van wettelijk te verstrekken zorg

b. Welke problemen lost dit advies op?

In hoofdstuk 2 van dit advies noemt de Raad deze problemen:

1. wél koopkrachtige vraag, geen aanbod en kwaliteit; ook wél premiebetaling, geen verzekeringsprestatie (rechten zijn onvoldoende geborgd); en ex ante afklemming verzekering met beroep op noodzaak kostenbeheersing;
2. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid ten aanzien van zorgplicht diffuus, dit geldt ook voor de besluitvorming ter zake;
3. geen consumentenmacht ten opzichte van zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
4. risico dat bij gelijkblijvend beleid deze problemen door externe turbulentie verergeren, gezien het geringe adaptatievermogen van het huidige stelsel.

Dit advies bevat een probleemstelling; bevat het ook oplossingen?

Dit advies bevat de volgende oplossingsrichtingen voor deze problemen.

ad 1 Wel koopkracht, geen aanbod

Meer mogelijkheden voor de burger om zijn koopkracht te benutten voor zorgverlening door uitbreiding van het private deel van de verzekering.

Toetredingsnormen voor zorgaanbieders verlagen en keuzemogelijkheden op de zorgverleningsmarkt vergroten (inclusief het recht op informatie). Wettelijke garantie van de zorgaanspraak in een verzilverbaar recht. Vervanging van de huidige systematiek van macrokostenbeheersing door mogelijkheden voor op-eindfinanciering met ex post afrekening op prestaties en decollectivering uitgaven.

Oplossingen voor het schaarste probleem

ad 2 Diffuse zorgplicht

De zorgverzekeraar is toegelaten als uitvoerder van de basisverzekering en in die hoedanigheid contractueel zorgplichtig. Er is een wettelijk recht van de verzekerde op verstrekking of uitkering en aansprakelijkheid van de verzekeraar. Het risico op de zorgplicht is uitsluitend afwentelbaar op de nominale premie. Geen interventies overheid in de zorgcontractering.

Oplossingen voor het diffuse karakter van de zorgplicht

ad 3 Geen vraagzijde

Waar per direct mogelijk, gerichte introductie van sturing door de vraag, onder meer door persoonsgebonden budget/persoonsvolgend budget als aanspraak c.q. aanspraakvervanging. Sturing door de vraag is het streven, sturing op de vraag door de verzekeraar waar nodig een second best-oplossing. Vergroting van de keuzemogelijkheden in verzekering en zorg. Een actief antikartelbeleid. Impulsen vanuit het private deel van de verzekering op het publieke deel.

Oplossingen voor het ontbreken van de vraagzijde

ad 4 Onvoldoende adaptatie omgevingsturbulentie

Meer ruimte voor ondernemerschap en voor eigen verantwoordelijkheid in de uitvoering van de verzekering. Deregulering, een andere aanpak van de macrokostenbeheersing en partiële privatisering van het verzekeringsstelsel.

Oplossingen voor de tekortschietende adaptatie van turbulentie

c. EU-bestendigheid

De EU-wet- en regelgeving is relevant voor de aanbevelingen in dit advies. Het gaat dan in het bijzonder om zes punten.

In zes opzichten is de wet- en regelgeving van de EU van belang voor dit advies

1. Bij een verdere beperking van het pakket van de verplichte verzekering zal VWS de verdragsregels van de Raad van Europa (in het bijzonder de Europese Code inzake sociale zekerheid) en de Internationale arbeidsorganisatie als een referentiekader moeten hanteren. Deze verdragsregels bevatten de minimumnormen ter zake. De Raad is van mening dat de verdragsregels Nederland de ruimte bieden het basispakket te herijken.
2. Binnen VWS moet worden nagegaan of actie nodig is ten aanzien van de werkingssfeer van de Europese sociale zekerheidsverordening (1408/71). De RVZ denkt dat een basispakket als bedoeld in dit advies deze toets kan doorstaan, dat wil zeggen niet belemmerend zal zijn voor grensoverschrijdend werknemersverkeer richting Nederland.
3. De uitvoering van de verplichte verzekering ligt in handen van zorgverzekeraars. De ad 1 genoemde verdragsregels schrijven ook voor dat ondernemingen die een dergelijke verzekering uitvoeren geen winstoogmerk hebben. Er is

bovendien een verbod op nevenactiviteiten van particuliere verzekeraars. De oprichting van een aparte rechtspersoon (dochtermaatschappij) door de onderneming die de verplichte verzekering uitvoert, biedt hier een oplossing. Dit kan als een toetredingseis worden geformuleerd.

4. Dit stelt wel hoge eisen aan het toezicht op de verzekering. Een onderneming (holding) kan zowel de verplichte als de niet-verplichte verzekering aanbieden. Hier bestaat het risico van verkapte staatssteun.
5. De inschrijving (concessieverlening, veiling of aanbesteding) zal open moeten staan voor buitenlandse ondernemingen. Dit impliceert een open procedure op grond van kenbare, objectieve criteria conform de gunningsprocedures in het Europees aanbestedingsrecht.
6. De uitvoerders van de verplichte verzekering zullen in de zin van de Europese mededingingsregels worden aangemerkt als ondernemingen. Dit ziet de Raad als een voordeel. Daardoor ontstaan immers de beleidscondities waaronder een verantwoorde controle op marktconcentratie mogelijk wordt.

Dit zijn punten die de Raad, in verband met zijn advies, de minister van VWS onder de aandacht brengt. Hij denkt dat hieruit geen belemmeringen voortvloeien voor een beleidslijn, zoals aanbevolen in dit advies. De Raad verwijst verder naar zijn advies Europa en de gezondheidszorg (december 1999).

Dit zijn aandachtspunten voor de minister van VWS

d. Invoering

De RVZ bepleit in dit advies een gefaseerde invoering voor sturing van het aanbod door de vraag. Dit op geleide van een visie van de overheid op aanbodregulering, kostenbeheersing en de bestuurlijke vormgeving van het zorgstelsel. Met die visie, waarin vraagsturing centraal staat als richtpunt en magneet, ontwerpt de overheid een stappenplan. Dit is gebaseerd op de gedachte van de zorgdeelmarkten en hun specifieke sturingsbehoeften. De sturing kent dan drie varianten, de terminologie wordt in paragraaf 6.3 verduidelijkt. Deze varianten komen overeen met aanbodsturing in combinatie met vraaggerichte zorg (sturen van de vraag), zorgbemiddeling door de verzekeraar (sturen op de vraag) en het sturen van het zorgaanbod door de vraag, zijnde de burger. Voor de vijf zorgdeelmarkten uit paragraaf 5.4 zou de volgende aanpak kunnen gelden:

Sturen van het aanbod door de vraag moet de overheid gefaseerd realiseren

- *preventie*: sturen van de vraag en overheidsverantwoordelijkheid bij collectieve preventie; bij individuele (ziek-

Per zorgdeelmarkt kan de overheid gedifferentieerd beleid ontwikkelen

- te)preventie is er een eigen verantwoordelijkheid van burgers en ondernemers, dus ook sturen op en door de vraag;
- *gehandicaptenzorg* chronische zorg, thuiszorg, ouderenzorg: grotendeels sturen door de vraag (zie commissie-Etty), deel ggz: sturen door de vraag, ander deel ggz (intramuraal) vooralsnog sturen op de vraag;
 - *chronische (medische) zorg*: sturen door de vraag gecombineerd met sturen op de vraag, indien door de consument gewenst;
 - *reguliere medische zorg*, revalidatie: sturen op (en deels ook van) de vraag; revalidatie ook sturen door de vraag;
 - *acute/levensbedreigende zorg*, topklinische zorg en medisch-ethisch kwetsbare situaties, waaronder transplantatiegeneeskunde: sturen van en op de vraag.

Dit is in het volgende schema samengevat.

Schema 9.1 Deelmarkt x Sturing

		Dominant sturingsprincipe		
		sturen van de vraag	sturen op de vraag	sturen door de vraag
1	collectieve preventie	++		
	individuele preventie		++	+
2	gehandicaptenzorg		+	++
	geestelijke gezondheidszorg		+	++
3	chronische zorg (somatisch)		+	++
4	reguliere medische zorg	+	++	
	revalidatie		++	+
5	acute zorg	++	++	

Aan dit schema wil de Raad de volgende uitvoeringsvoorstellen verbinden. Op geleide van onder meer de commissie-Etty kan sturing door de vraag in het eerste compartiment en delen van het tweede compartiment (chronische zorg) al direct worden gerealiseerd. Sturen door de vraag betekent daarbij ook marktwerking. Voor de andere zorgdeelmarkten zou VWS een beleidsprogramma moeten ontwerpen, gericht op afbouw van de aanbodregulering (WTG en WZV) door het verminderen

Sturing door de vraag kan op een aantal zorgdeelmarkten al direct worden gerealiseerd

van beïnvloedbare marktimperfecties (het maken van de markt).

Het vergroten van de keuzemogelijkheden op de aanbodmarkt moet zo snel mogelijk worden gerealiseerd door middel van toetredingsbeleid en schaarstebestrijding.

Vergroten van keuzemogelijkheden moet bovenaan de beleidsagenda staan

In relatie hiermee kunnen de andere onderdelen van dit advies – marktmeesterschap, consumentenbeleid, doelen stellen, onafhankelijke informatievoorziening – ter hand worden genomen. In dit proces moet een moment worden gekozen om de compartimentering te herijken. Uiteindelijk resulteert dit in een nieuwe wet op de zorgverzekering. Deze omvat het gehele spectrum van zorgvormen. De RVZ is van mening dat de essentie van vraagsturing en concurrentie nu al in beide compartimenten kunnen worden geïntroduceerd. De zorgdeelmarkten kunnen hierbij een faciliterende rol vervullen. De harmonisatie in de sturing kan worden gevolgd door opheffing van de compartimentering.

Vervolgens kunnen de andere zaken ter hand worden genomen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos