

Tussen markt en overheid

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, december 1998

Tussen markt en overheid

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	De reden voor het advies	9
1.2	De vraagstelling	10
1.3	De aanpak	10
2	Het beleidssysteem van de gezondheidszorg	12
2.1	Beleidsparadigma's	12
2.2	Het recht op gezondheidszorg	12
2.3	De evolutie van het beleidssysteem van de gezondheidszorg	13
2.4	Een nieuwe uitdaging	14
3	Spanning tussen overheidsregulering en marktwerking	17
3.1	Definities	17
3.2	Spanning in de regie	20
3.3	Spanning in het beleid	21
3.4	Spanning in het beleidsparadigma	22
4	De richting van een aanpak	24
4.1	Het hybride karakter van het beleidssysteem	24
4.2	Alternatieven	25
4.3	Gedeeld bestuur, een nieuwe aanpak	28
5	Een nieuwe balans	30
5.1	Inleiding	30
5.2	Marktconforme elementen en aanbodregulering	31
5.3	Vraagsturing en kostenbeheersing	32
5.4	Individu en gemeenschap	33
6	Antwoorden en aanbevelingen	35
6.1	Antwoorden	35
6.2	Aanbevelingen	38

Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1998 en het hiervan afgeleide werkprogramma	49
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	53
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	55
4	Invitational conference Aanbodregulering en marktwerking, gehouden op 9 juli 1998	57
5	De (ingedikte) aanbevelingen uit de voor dit advies relevante recente RVZ-adviezen	73
6	Lijst van afkortingen	89
7	Literatuur	91
8	Overzicht publicaties RVZ	95

Samenvatting

Dit advies gaat over de spanning tussen marktwerking en overheidsregulering in de gezondheidszorg. Veel mensen willen meer marktwerking en ook de overheid praat daarover, terwijl in feite de bestaande regulering van de gezondheidszorg wordt gehandhaafd of zelfs aangescherpt. Dat zet de betrokkenen op het verkeerde been, wekt verkeerde verwachtingen en vertroebelt de verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen overheid en veld.

Er is spanning tussen marktwerking en overheidsregulering

Spanning tussen marktwerking en overheidsregulering hoort bij ons type gezondheidszorg. Ze ontstaat doordat de gezondheidszorg individueel wordt gevraagd en door particuliere instanties wordt verleend, maar collectief wordt betaald en door publieke organen wordt aangestuurd. Er is dus in zekere zin een markt voor zorg, waarover echter in de politieke arena beslissingen worden genomen. Een hybride situatie, met voor- en nadelen.

De spanning kan men niet ontlopen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd hoe zij het beste met die spanning kan omgaan. De vraag is actueel omdat de gezondheidszorg beter wil kunnen inspelen op de vraag van de individuele patiënt, maar daarin onvoldoende slaagt doordat wetten en regels in de weg staan. De overheid wordt in zijn beleid twee kanten uitgetrokken. Van de ene kant steunt zij de gezondheidszorg in haar pogingen om zich meer te richten op de behoeften van individuele patiënten. In dat kader, dat van vraagsturing, tast zij de mogelijkheden van marktwerking en marktgericht werken af. Van de andere kant geldt voor de gezondheidszorg een strak budgettair kader, dat de overheid met behulp van wet- en regelgeving handhaaft. Voor de kostenbeheersing wil ze het instrumentarium van de aanbodregulering behouden.

De vraag is: hoe ga je ermee om?

De vraag hoe het beste met de spanning tussen marktwerking en overheidsregulering kan worden omgegaan, is dus nauw verbonden met het oordeel over de relatie tussen de inhoudelijke doelstellingen van de gezondheidszorg, vraagsturing vooral, en kostenbeheersing. De RVZ is van mening dat daarin een beter evenwicht moet worden gezocht. Dat de balans nu niet goed is, blijkt uit een aantal algemeen ervaren problemen:

- de wachtlijsten in cure en care en de verschraving van zorg in de care;
- de schotten in regelingen en budgetten, die een doelmatige,

Vertrekpunt: een beter evenwicht tussen vraagsturing en kostenbeheersing

Tussen markt en overheid

- patiëntgerichte organisatie van de zorg in de weg staan;
- de beperkte keuzemogelijkheden van patiënten en de geringe zichtbaarheid en relevantie van de patiënt als derde partij.

Als het belang van de individuele patiënt structureel ondergeschikt wordt aan dat van kostenbeheersing, wordt uiteindelijk de legitimiteit van het beleidstelsel aangetast. Naast de eerdergenoemde problemen is dat een krachtig argument om in de hybride ruimte 'tussen markt en overheid' een beetje op te schuiven in de richting van de markt. De RVZ noemt deze aanpak 'gedeeld bestuur'.

Daarom een beetje opschuiven richting markt

Het concept van 'gedeeld bestuur' rust op drie pijlers:

1. vereenvoudiging van aanbodregulering;
2. maatschappelijk ondernemerschap van zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
3. gestructureerd overleg tussen overheid en veld.

Door: deregulering, maatschappelijk ondernemerschap en gestructureerd overleg overheid/veld

De RVZ heeft deze pijlers in eerdere adviezen besproken en aanbevolen hoe ze kunnen worden opgetrokken. Het regeerakkoord spoort op hoofdlijnen met de door de RVZ aanbevolen aanpak. Dat ontslaat de RVZ van de verplichting nog eens uitvoerig de eerder ingenomen standpunten toe te lichten en de aanbevelingen te herhalen. Het gaat nu om de implementatie-strategie.

Deze elementen staan in regeerakkoord

Het kabinet is begonnen met gestructureerd overleg: de meerjarenafspraken over de extra-bestedingsruimte in deze kabinetsperiode. Het verloop van de besprekingen heeft duidelijk gemaakt dat de andere elementen van 'gedeeld bestuur' niet te ver vooruitgeschoven kunnen worden. De RVZ stelt de volgende actiepunten voor:

Het komt nu aan op de implementatie:

- Stel in overleg met het veld een concreet plan op voor vereenvoudiging van de aanbodregulering. Leg daarin ook vast hoe de toezichtsfunctie gestalte krijgt.
- Laat de zorgkantoren van de AWBZ voor compartimentoverschrijdende zorgverlening een vergelijkbaar financieel risico lopen als de zorgverzekeraars van het tweede compartiment. Geef hen ook een vergelijkbare beleidsruimte.
- Stel een onafhankelijke informatie-autoriteit in. Verbind daaraan een expertisegroep, die in staat is snel en wetenschappelijk verantwoord inzicht te geven in de effecten en neveneffecten van beleidsvoornemens.
- Vergroot de ruimte voor toekenning van een persoonsgebonden budget en maak de procedures en voorwaarden gebruiks-

- een plan van aanpak
- bestuurlijke samenhang eerste en tweede compartiment
- betere informatie
- meer keuzemogelijkheden voor patiënten

Tussen markt en overheid

vriendelijker. Ontwikkel en bevorder ook andere vormen van
persoonsgebonden financiering.

1 Inleiding

1.1 De reden voor het advies

Een goede gezondheid is belangrijk, niet alleen voor ieders persoonlijk welzijn, welvaart en ontplooiingsmogelijkheden, maar ook voor de maatschappij in haar geheel. De gezondheidszorg hoort enerzijds thuis in de intieme sfeer van iemands lijf en leven, anderzijds staat zij midden in de politieke arena. Een dokter probeert zijn patiënt zo goed mogelijk te helpen, maar steeds kijkt het algemeen belang over zijn schouder mee. Het is paradoxaal dat de gezondheidszorg probeert de autonomie van mensen te beschermen of te herstellen, maar tegelijkertijd de patiënt afhankelijk maakt van zorgverleners, verzekeraars, ambtenaren en politici.

De patiënt tussen autonomie en onafhankelijkheid

Het is deze paradox die de kern uitmaakt van een adviesaanvraag die minister Borst aan de RVZ heeft gericht. Zij probeert, evenals haar voorgangers, de gezondheidszorg te laten werken in het belang van individuele patiënten. Maar ze moet de gezondheidszorg ook op een mager financieel dieet zetten, wat met zich meebrengt dat zij en haar collega's van andere departementen zich intensief en gedetailleerd met de gezondheidszorg bemoeien. Met de spanning tussen deze twee uitgangspunten moet zij leven, maar er moet ook mee te leven zijn. Dat blijkt niet makkelijk, noch voor haarzelf, noch voor de verschillende partijen in de gezondheidszorg.

Kostenbeheersing en het belang van de individuele patiënt: een spanningsveld ...

In het adviesprogramma 1998 presenteert de Minister dit als een bestuurlijk en instrumenteel probleem. De spanning tussen autonomie en afhankelijkheid, tussen individueel belang en algemeen belang wordt vertaald als een spanning tussen markt en aanbodregulering. Dat gebeurt onder andere omdat haar pogingen om aan beide uitgangspunten te voldoen, haar beurtelings naar marktmechanismen en regelgeving doen grijpen. Maar het gebeurt ook omdat de samenleving een steeds scherper onderscheid tussen het domein van de markt en dat van de overheid maakt. Een positie daartussenin wordt dan voortdurend van vraagtekens voorzien.

... dat tot uiting komt in een spanning tussen aanbodregulering en markt

Tussen markt en overheid

1.2 De vraagstelling

De Minister stelt aan de RVZ de volgende vragen.

1. Op welke wijze kunnen de begrippen aanbodregulering en marktwerking zinvol worden gedefinieerd binnen de gezondheidszorg en uit welke elementen bestaan deze begrippen?
2. Bestaat, gezien het overheidsbeleid van de afgelopen jaren, een niet functionele spanning tussen aanbodregulering en marktwerking? Zo ja, hoe uit zich deze spanning en wat zijn de gevolgen?
3. Hoe zou de verhouding tussen aanbodregulering en marktwerking zich, mede in Europees perspectief, kunnen en moeten ontwikkelen en welke rol dient de rijksoverheid daarbij te spelen? Is een aanzet voor een operationeel beleidsparadigma voor de komende tien jaar mogelijk?
4. Op welke wijze kan het beleid, gericht op het dynamiseren van de zorgsector (onder meer het revitaliseren van het overeenkomstenstelsel), versterkt worden voortgezet in de komende jaren, mede in het licht van Europese ontwikkelingen, maar ook gelet op de mogelijkheden die het concept 'maatschappelijk ondernemerschap' biedt?

Hoe moeten we met de spanning tussen markt en aanbodregulering omgaan?

Zij licht deze vragen nog als volgt toe:

"Op dit moment bestaat behoefte aan een strategische verkenning van de beleidsspanning die kan ontstaan tussen enerzijds aanbodregulering, zich kenmerkend door helder omschreven, controleerbare en nauwkeurig afgegrensde zorgaanspraken en eenduidige instellingsbudgetten, en anderzijds marktwerking in de zin van functionele decentralisatie. Vanuit deze strategische verkenning kunnen richtinggevende aanbevelingen worden gedaan, die een kader kunnen vormen voor concrete beleidsmaatregelen gericht op aanbodregulering enerzijds en marktwerking anderzijds."

Er is behoefte aan een strategische verkenning

1.3 De aanpak

Het advies verschijnt kort nadat een nieuw regeerakkoord is gesloten, waarin over de toekomstige inrichting van het beleidssysteem van de gezondheidszorg een aantal afspraken is gemaakt. De Raad zal deze afspraken als een gegeven bij zijn advies betrekken. Verder houdt de Raad er rekening mee dat in het adviesprogramma voor 1999 een tweetal aspecten van de

RVZ houdt rekening met regeerakkoord en komende adviezen over Europa en cure/care

Tussen markt en overheid

vraagstelling afzonderlijk aan de orde zal komen, namelijk:

- wat betekent Europa voor de verdere ontwikkeling van het beleidsstelsel?
- welke consequenties heeft de samenhang tussen cure en care voor de inrichting van het beleidsstelsel?

Voordat de Raad de vragen van de Minister beantwoordt, geeft hij in een aantal hoofdstukken een analyse van het vraagstuk. Vier onderwerpen komen daarbij aan de orde.

- Hoofdstuk 2. Het beleidssysteem van de gezondheidszorg.
Het vormt de context waarin de spanning tussen aanbodregulering en marktwerking zich voordoet.
- Hoofdstuk 3. De spanning tussen aanbodregulering en marktwerking.
Wat is de aard en de omvang van die spanning.
Wat is het probleem?
- Hoofdstuk 4. De richting van een aanpak.
Wat is het kader voor concrete beleidsmaatregelen?
- Hoofdstuk 5. Een nieuwe balans.
Hoe kan in dat nieuwe beleidskader een goede balans tussen beleidsdoelstellingen worden gehandhaafd?

De Raad heeft drs. K. Putters voor dit advies een achtergrondstudie laten schrijven over het hybride karakter van de besturing van de gezondheidszorg. Deze achtergrondstudie Maatschappelijk ondernemen in de zorg is samen met een aantal gedachten over de hoofdlijn van dit advies besproken tijdens een invitational conference in juli 1998. Een verslag van de conferentie is als bijlage 4 aan dit advies toegevoegd. De Raad heeft prof. dr. P. Schnabel gevraagd een achtergrondstudie te schrijven over de identiteit van het beleidsterrein van de gezondheidszorg. Deze studie zal worden gepubliceerd nadat dit advies is uitgebracht.

2 Het beleidssysteem van de gezondheidszorg

2.1 Beleidsparadigma's

De rijksoverheid werkt op het gebied van de zorg binnen haar derde beleidsparadigma. Het eerste zien we in het begin van de vorige eeuw: de overheid als nachtwaker. Voor de zorg hield dat in dat de overheid zich beperkte tot de bescherming van burgers tegen manifeste bedreigingen. Voorbeeld: de bestrijding van kwakzalverij. Het tweede paradigma zien we vanaf de tweede helft van de vorige eeuw: de overheid bevordert de volksgezondheid. De gezondheidszorg is daarvoor een van de middelen, maar niet het belangrijkste. Voorbeeld: TBC-bestrijding. Met het derde paradigma zijn we het meest vertrouwd: het recht op gezondheidszorg. Het is vooral na de Tweede Wereldoorlog tot ontwikkeling gekomen.¹

Het actuele beleidsparadigma is: iedereen heeft recht op gezondheidszorg

Paradigma

Bescherming

Bevordering volksgezondheid

Recht op gezondheidszorg

2.2 Het recht op gezondheidszorg

De sociale grondrechten vinden hun grondslag in opvattingen over de inherente waarde van de mens en zijn verbonden met het vrijheidsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel. Mensen zijn vrij als zij in vrijheid kunnen leven en in zodanige economische en maatschappelijke omstandigheden verkeren dat zij van hun vrijheid effectief gebruik kunnen maken. De overheid creëert en bevordert die omstandigheden, wat onder meer inhoudt dat zij zorgt dat onderwijs, gezondheidszorg, welzijn en huisvesting voor iedereen open staan en van voldoende kwaliteit zijn.²

De overheid moet de volksgezondheid bevorderen ...

Het recht op gezondheidszorg is één van de sociale grondrechten.

... door iedereen toegang tot gezondheidszorg te geven

Tussen markt en overheid

In artikel 22, eerste lid, van de Grondwet staat: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". De formulering grijpt weliswaar terug op het tweede paradigma, maar de overheid heeft naar het derde paradigma gehandeld. De zorginstellingen van het particulier initiatief, de professies van de beroepsbeoefenaren en de verzekeringen van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars zijn vervolgens ingebed in een nieuwe publieke ordening. Dat is gegaan zoals de Engelsen India koloniseerden: reeds aanwezige instituties met hun specifieke cultuur en hun structuur bleven zoveel mogelijk intact, maar werden dienstbaar aan het nieuwe bewind.³

Het beleidssysteem van de gezondheidszorg heeft hierdoor een hybride karakter, wat wil zeggen dat het bestaat uit ongelijksoortige elementen. We zien een amalgaam van particuliere organisaties, professies en overheidsorganen. De gezondheidszorg wordt door particuliere organisaties en professionele beroepsbeoefenaren verleend. De verschillende beroepsgroepen en hun leden beschikken over een grote mate van professionele autonomie. De financiering is overwegend collectief georganiseerd, maar wordt door particuliere organisaties - ziekenfondsen en particuliere verzekeraars - uitgevoerd. De overheid draagt de eindverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, maar is voor de realisatie van die doelstellingen sterk afhankelijk van andere partijen.⁴

De combinatie van publieke doelstellingen en particuliere partijen zorgen voor een hybride beleidssysteem

2.3 De evolutie van het beleidssysteem van de gezondheidszorg

Het beleidssysteem van de gezondheidszorg is gedurende een lange periode organisch gegroeid en draagt de sporen van de wisselende eisen die de politiek en de maatschappij eraan hebben gesteld. De oorsprong van het beleidssysteem is grotendeels privaat van aard en zijn wortels gaan terug tot het begin van de negentiende eeuw. De ontwikkeling van het publiek karakter van het beleidssysteem vindt in de tweede helft van de twintigste eeuw plaats.⁵ Tussen 1950 en 1985 is een indrukwekkend complex van wet- en regelgeving gecreëerd. Achtereenvolgens ontstonden in de jaren vijftig de Gezondheidswet en regels voor de bouw en de tarieven van ziekenhuizen, in de jaren zestig de wettelijke ziektekostenverzekeringen, in de jaren zeventig de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de later weer ingetrokken Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en in de jaren tachtig het JOZ met de daaraan verbonden budgetdiscipline. Dit geheel van aanbodregulering kan

Het beleidssysteem is niet ontworpen, maar gegroeid

Tussen markt en overheid

met een aanbouwmeubel worden vergeleken. Niet alleen zijn er telkens nieuwe elementen aan toegevoegd; ook de functie ervan is veranderd naarmate in het beleid nieuwe doelstellingen zijn gintroducteerd of bestaande doelstellingen een ander gewicht kregen.⁶

Periode	Doelstelling
1950 - 1960	Wederopbouw infrastructuur
1960 - 1970	Financiële toegankelijkheid
1970 - 1980	Organisatie en samenhang
1980 - 1990	Kostenbeheersing
1990 - 2000	Individuele kwaliteit

2.4 Een nieuwe uitdaging

Vanaf de jaren tachtig heeft kostenbeheersing hoge prioriteit gekregen. De uitvoering van de WZV, de WTG en de wettelijke ziektekostenverzekeringen is sindsdien meer op beheersing en beperking dan op ontwikkeling van het aanbod en de verbetering van toegankelijkheid gericht. Andere doelstellingen van het beleid, zoals toegankelijkheid, zijn daardoor in het gedrang gekomen. De commissie-Dekker constateerde in 1987 dat de aanbodregulering zorgde voor te veel regels en bureaucratie, te weinig doelmatigheid en een zorgverlening die onvoldoende beantwoordde aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking. De analyse van de commissie-Dekker is indertijd breed onderschreven, evenals de door de commissie aanbevolen richting waarin het systeem van aanbodregulering zou moeten worden aangepast: gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing.⁷

Individuele kwaliteit is de nieuwe uitdaging ...

Probleem	Oplossingsrichting
Te veel bureaucratie	Gereguleerde concurrentie
Te weinig doelmatig	Zorgvernieuwing
Te weinig vraaggericht	Vraagsturing

Tussen markt en overheid

De afgelopen tien jaar zien we een continue stroom activiteiten om deze voorstellen naar letter of geest in het beleidssysteem van de gezondheidszorg te incorporeren. Deze 'moderniseringsprocessen' vinden soms over een breed terrein plaats (het plan-Simons), soms sectorgewijs (Biesheuvel, modernisering ggz, verpleging en verzorging). Zij verlopen in een complex krachtenveld van interne en externe impulsen, waardoor de ontwikkelingen zich nu eens gestuurd, dan weer autonoom lijken te voltrekken. Dergelijke impulsen zijn:

- a. de dereguleringsdiscussie tijdens het eerste en het tweede kabinet-Lubbers;
- b. de stelselherziening tijdens het derde kabinet-Lubbers;
- c. het MDW-project (marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit) en de nieuwe mededingingswetgeving tijdens het eerste paarse kabinet.

... maar hoe moet dat in combinatie met kostenbeheersing worden gerealiseerd?

Drie hoofdstromen laten zich onderscheiden.

1. Modernisering van de aanbodregulering

VWS neemt zelf de bevordering van zorgvernieuwing en vraagsturing ter hand. Het ministerie richt zich daarbij op de zorgverleners, de instellingen en de patinten. Het zoekt aansluiting bij de golf van vernieuwende activiteiten in de diverse zorgsectoren zelf. VWS probeert - hetzij door experimenten toe te staan, hetzij door veranderingen in de regelgeving of de toepassing ervan - belemmeringen uit de weg te ruimen. Daarnaast is het beleid gericht op empowerment van patinten door de patiëntenbeweging te versterken en individuele patiënten meer keuzemogelijkheden te bieden.

Oplossing 1: VWS voert de regie met behulp van vernieuwde aanbodregulering

2. Concurrentie tussen verzekeraars

VWS stimuleert concurrentie tussen verzekeraars. De bedoeling daarvan is dat de verzekeraars zich inspannen om verzekerden aan zich te binden door een gunstige combinatie te bieden van lage kosten, goede service en goede zorgverlening. Verzekeraars sluiten daarvoor contracten af met zorgaanbieders en maken daarin afspraken over de omvang, de kwaliteit en de organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten. Concurrentie wordt gestimuleerd door verzekeraars een genormeerde uitkering uit de premiegelden te geven, die aangevuld wordt door een nominale premie die de verzekeraar zelf vaststelt. Vraagsturing verloopt via de verzekeraars en zorgvernieuwing wordt door verzekeraars gestimuleerd.

Oplossing 2: verzekeraars voeren de regie via zorgcontracten

Tussen markt en overheid

3. Regionale samenwerking

VWS stimuleert een regionale ordening van het aanbod, waarbinnen zorgaanbieders met elkaar samenwerken. Ook de aansturing wordt regionaal georganiseerd. Zij vindt plaats doordat één of meer verzekeraars per regio met de zorgaanbieders contracten afsluiten en daarin afspraken maken over de omvang, de kwaliteit en de organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten. Deze contracten passen in een landelijk en een regionaal beleidskader. Het landelijk kader wordt ingevuld door middel van zorgvisies, het regionale kader door regiovisies. Vraagsturing vindt plaats door patiënten inspraak te geven in de opstelling van de regiovisies, door hen meer keuzemogelijkheden te bieden en door zorgvernieuwing te richten op de behoeften van de patiënten.

Oplossing 3: regionale partijen voeren de regie via zorg- en regiovisie

Hoofdstromen	Regie	Instrumenten
Modernisering aanbodregulering	VWS	Beleidsregels en experimenten
Concurrentie verzekeraars	Verzekeraars	Zorgcontracten
Regionale samenwerking	Regionale partijen	Beleidskaders

3 Spanning tussen overheidsregulering en marktwerking

3.1 Definities

Overheidsregulering

Daaronder verstaan we het interveniëren in de samenleving door de overheid of door de overheid gemandateerde organisaties door middel van wet- en regelgeving, planning, budgettering en andere beleidsinstrumenten.

De overheid ordent en stuurt ...

De rol van de overheid kan verschillend worden ingevuld, afhankelijk van de opvattingen over de inrichting van de samenleving en van het onderwerp. Overheidsoptreden kan bijvoorbeeld voortkomen uit de wens om de markt beter te laten functioneren. De overheid corrigeert alleen waar de markt faalt en staat zo in dienst van marktwerking. De overheid kan ook optreden vanuit de overtuiging dat door middel van marktwerking een aantal maatschappelijke, ethische of professionele normen en waarden niet verwezenlijkt wordt. Vanuit die overtuiging kan de overheid een aantal functies worden toebedeeld, zoals een ordende, een sturende, een sociale zekerheids- en een arbitrerende functie.⁸

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 vervult deze rol om invulling te 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 Arbeidsvoorwaardeontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde sector (WAGGS, inmiddels geldt een post-WAGGS-regeling) en het Jaar Overzicht Zorg (JOZ).

... het aanbod

Zelfregulering

Naar analogie van de definitie van overheidsregulering kan zelfregulering worden omschreven als het interveniëren in de samenleving door belangengroepen of maatschappelijke organisaties door middel van regelgeving en andere beleidsinstrumenten.

Partijen ordenen en sturen zichzelf ...

Tussen markt en overheid

Een groot deel van het beleid van de overheid wordt uitgevoerd door partijen in de samenleving die een eigen bron van legitimiteit kennen (de groep waardoor zij zijn ingesteld verschaft hen die) en daarmee ten opzichte van de sturende overheid deels autonoom zijn. Daarbij is geen sprake van marktwerking of overheidsregulering, maar van zelfregulering. Net als marktwerking is dit te beschouwen als een vorm van maatschappelijke zelfordening. Er worden echter doelen nagestreefd die niet automatisch via marktwerking tot stand komen. Over het algemeen ziet de overheid er wel op toe dat zelfregulering ook daadwerkelijk tot maatschappelijk gezien wenselijke resultaten leidt. Er is dan sprake van *geconditioneerde zelfregulering*.

... eventueel met de stok van de overheid achter de deur

Markt

Onder het theoretisch begrip 'markt' wordt over het algemeen de marktvorm *volkomen concurrentie* verstaan. In de economische theorie wordt deze 'markt' omschreven als een situatie waarin vele aanbieders met elkaar concurreren om hun producten te slijten aan een grote populatie consumenten. Daarbij is er sprake van een homogeen product (er is geen productdifferentiatie), perfecte en kosteloze informatie voor alle partijen, er zijn geen toetredingsbelemmeringen voor nieuwe producenten en er is sprake van vrije prijsvorming.

De 'plaats' waar goederen en diensten via prijzen worden uitgeruild

Wanneer aan één of enkele van deze condities niet is voldaan, ontstaat een andere marktvorm zoals bijvoorbeeld een monopolie (één aanbieder), een oligopolie (enkele aanbieders) of monopolistische concurrentie (vele aanbieders en een beperkt gedifferentieerd product). Dit betekent dat het theoretisch begrip 'markt' verschillende gezichten kent.

Marktwerking

Marktwerking houdt in dat de beslissingen over produceren, consumeren en verdelen van goederen en diensten worden genomen door de individuele producenten, consumenten en bezitters van de productiemiddelen. Daarbij spelen prijs en kwaliteit een belangrijke rol. Omdat prijzen een indicatie zijn van de relatieve schaarste van een product, helpen ze bij de allocatie. Prijzen voor productiefactoren beïnvloeden de omvang van hun inzet en ook de verdeling. Bovendien spelen prijzen en kwaliteit een belangrijke rol in het concurrentieproces van de markt. Men concurreert met een lagere prijs en een beter product.⁹

Het proces ...

Gereguleerde marktwerking

Gereguleerde marktwerking, waarvoor ook wel de term gere-

Tussen markt en overheid

guleerde concurrentie wordt gebruikt, is de Nederlandse vertaling van het Amerikaanse 'managed competition'.¹⁰ 'Managed competition' houdt in dat de zorgverzekering en het zorgaanbod worden geïntegreerd in een 'health plan'. Consumenten of vertegenwoordigers van een groep consumenten (werkgevers, overheid of andere collectieven) kunnen hun zorg inkopen bij concurrerende aanbieders van 'health plans'. 'Managed competition' was bedoeld om bepaalde vormen van marktfalen op de Amerikaanse markt voor gezondheidszorg weg te nemen.

Gereguleerde marktwerking, zoals voorgesteld door de commissie-Dekker, wijkt af van de originele versie. De kern van gereguleerde marktwerking in Nederland is het stelsel van zorgcontracten. Hierin sluiten zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar contracten af over de te leveren zorg en de daaraan verbonden kosten. De commissie-Dekker stelde voor dat zorgverzekeraars zich zouden profileren door naar prijs en kwaliteit verschillende verzekeringspakketten aan te bieden. Consumenten konden dan kiezen welke prijs/kwaliteitverhouding hen het meeste aansprak. Overigens waren de ziekenfondsen nog wel aan een aantal voorwaarden gebonden. De belangrijkste daarvan waren de acceptatieplicht en de plicht om minimaal een bepaald basispakket aan te bieden.

... marktwerking binnen door de overheid gestelde voorwaarden en beperkingen ...

Marktconform

Deze term wordt gebruikt om aan te geven dat aan de markt of aan marktwerking ontleende elementen - zoals competitie, ondernemend handelen, het lopen van bedrijfsrisico, besluitvorming door individuele producenten en consumenten - worden toegepast in het kader van overheidsregulering.

... ordenen en sturen met behulp van aan marktwerking ontleende instrumenten

Uiteindelijk gaat het erom dat het zorgaanbod zo goed mogelijk aansluit bij de vraag naar zorg, dat dit zo goedkoop mogelijk gebeurt en dat de zorg voor iedereen toegankelijk is. Elementen van marktwerking, zoals competitie en ondernemend gedrag, kunnen hieraan bijdragen. Maar aangezien deze elementen worden omgeven door allerlei randvoorwaarden en beschermende en sturende regelgeving is er niet echt sprake van marktwerking, maar van ondernemerschap gericht op specifieke beleidsdoeleinden. Het doel is dat de dynamiek van het microniveau, waarop private actoren opereren, wordt gemobiliseerd voor het verwezenlijken van maatschappelijke doelen.

3.2 Spanning in de regie

Aanbodregulering <-----> Marktwerking

De afgelopen tien jaar is de aanbodregulering gehandhaafd en zelfs aangescherpt, terwijl tegelijkertijd in woord en daad stappen zijn gezet richting marktwerking. Dat zorgt voor een spagaat, een 'problematische spanning' in het beleidssysteem.

Aanbodregulering is de beleidspraktijk, marktwerking de beleidsretoriek

We wijzen op een aantal knelpunten.

1. Het beeld van geregleerde marktwerking wordt overeind gehouden, terwijl de praktijk zich ontwikkelt naar een eenvoudiger aanbodregulering.¹¹
2. Ter wille van vraagsturing bevordert de overheid dat verzekeraars onderling concurreren en bedrijfsrisico lopen, terwijl de zorgregie vervolgens bij regionale verzekeraars wordt neergelegd.¹²
3. Zorgregie wordt als verantwoordelijkheid van verzekeraars gepositioneerd, terwijl er in feite sprake is van medebewind onder eindverantwoordelijkheid van het rijk.¹³
4. De zorgregie is niet gericht op de bevordering van concurrentie, maar op de bevordering van ondernemend handelen door zorgverleners.¹⁴
5. Als kenmerkend onderscheid tussen het eerste en het tweede compartiment wordt genoemd dat het eerste compartiment wordt bestuurd via aanbodregulering en het tweede compartiment via geregleerde concurrentie. In feite gaat het om twee varianten van aanbodregulering, die eerder meer dan minder op elkaar gaan lijken.¹⁵

3.3 Spanning in het beleid

Vraagregulering <-----> Kostenbeheersing

Deze knelpunten ontstaan doordat gelijktijdig twee eisen aan het bestaande beleidssysteem van aanbodregulering worden gesteld, die elk tot uiteenlopende beleidsimpulsen leiden.

Tussen markt en overheid

1. De behoefte aan een sterkere aansturing van de zorgverlening door de vraag van de patinten → marktwerking.
2. De noodzaak van scherpe bewaking en beheersing van de collectieve uitgaven → aanbodregulering.

Vergeleken met tien jaar terug is er op het vlak van doelmatigheid en klantgerichtheid veel verbeterd. Toch is er nog geen goed evenwicht gevonden. Dat is te merken aan de spanning tussen aanbodregulering en marktwerking, maar vooral aan een aantal hardnekkige en ernstige tekortkomingen in de uitkomsten van het beleid. We wijzen op de volgende problemen.

Nog geen goed evenwicht tussen vraagregulering en kostenbeheersing, getuige:

1. *Wachlijsten en verschraving van zorg*
De gezondheidszorg wordt collectief gefinancierd, omdat de overheid door de maatschappij verantwoordelijk wordt gehouden voor de toegang tot de zorg. Als de overheid de toegang tot de zorg niet of onvoldoende kan garanderen, vervalt haar legitimatie om de financiering collectief te regelen.¹⁶
- wachtlijsten en schrale zorg
2. *Ondoelmatige organisatie en uitvoering van zorg*
Iedereen toegang geven tot noodzakelijke zorg met een goede - individugerichte - kwaliteit en doelmatigheid: dat is het hoofddoel van het beleid. Maar in het stelsel van aanbodregulering lopen de krap bemeten geldstromen van de gezondheidszorg alleen door de kanalen en sluizen van de aan elkaar gekoppelde wetten van de aanbodregulering (Ziekenfondswet, AWBZ, Wet Ziekenhuisvoorzieningen en Wet Tarieven Gezondheidszorg). Doelmatige zorgarrangementen van goede kwaliteit die zich niet naar de loop van het stelsel voegen, krijgen geen, weinig of slechts tijdelijk financiering. Dit systeem dempt dynamiek en innovatie, een ingebakken ondoelmatigheid die wordt instandgehouden om een strikte budgetdiscipline te kunnen handhaven.¹⁷
- vraaggerichte organisatie komt moeilijk van de grond
3. *Zwakke positie van de patiënt*
De gezondheidszorg draait uiteindelijk om de patiënt en de hulpverlener. De andere spelers op het veld hebben de taak het primaire proces van de hulpverlening toegankelijk te maken en te faciliteren. Vraagsturing houdt in dat zorgverleners en de kring van partijen om hen heen worden gericht op de behoeften van de patiënt. Kostenbeheersing leidt er echter toe dat de keuzemogelijkheden van patiënten worden beperkt, de zorginstellingen aanspreekpunt in de beleidsvorming worden en beleidsbeslissingen worden
- de positie van de patiënt blijft zwak

Tussen markt en overheid

genomen op centraal of regionaal niveau.¹⁸

3.4 Spanning in het beleidsparadigma

Autonomie <-----> Afhankelijkheid

In de inleiding van het advies is gewezen op de paradox in de gezondheidszorg dat het de autonomie van mensen wil dienen, maar hen daarvoor afhankelijk maakt van anderen. In ons systeem van gezondheidszorg blijft deze spanning hanteerbaar doordat we op een aantal regels mogen vertrouwen.

1. Artsen en andere hulpverleners handelen in het belang van de individuele patiënt.
2. De zorginstellingen, de verzekeraars en de overheid organiseren de zorg op een wijze die voor de patiënt doelmatig en doeltreffend is.
3. De toegang tot de zorg staat voor iedereen open, de kwaliteit is voor iedereen acceptabel en de lasten worden fair over iedereen verdeeld.

De kern van het probleem: kan de overheid haar beloften voldoende waarmaken?

Het rapport van de commissie-Dekker ontleende zijn kracht aan het feit dat het deze regels tot uitgangspunt van zijn aanbevelingen nam. De problemen die in de vorige paragraaf zijn genoemd, zijn ernstig omdat ze de legitimiteit van ons beleidssysteem kunnen aantasten. De gevaren zijn:

1. dat artsen en andere hulpverleners worden gestuurd door het belang van kostenbeheersing in plaats van door het belang van de individuele patiënt;
2. dat de zorgverlening bureaucratisch in plaats van vraaggericht wordt georganiseerd;
3. dat te krappe budgetten de toegang tot de zorg en de kwaliteit aantasten.

4 De richting van een aanpak

4.1 Het hybride karakter van het beleidssysteem

De spanning die we in het vorige hoofdstuk hebben beschreven, is illustratief voor het hybride karakter van het beleidssysteem van de gezondheidszorg. Dat hybride karakter kan in het volgende overzicht worden samengevat:

Het beleidssysteem is opgebouwd uit private, publieke en professionele elementen

Beleidsysteem	Domein
Zorgverlening	Professioneel
Organisatie	Privaat
Bekostiging	Publiek

Deze combinatie van private, publieke en professionele elementen stelt voortdurend uiteenlopende en soms tegenstrijdige eisen aan de besturing van de gezondheidszorg. Zo moeten ondernemers in de gezondheidszorg niet alleen patiëntgericht werken (privaat), maar ook helpen de solidariteit in stand te houden (publiek). Ze moeten niet alleen bijdragen aan een doelmatige bedrijfsvoering (privaat), maar ook aan een goede kwaliteit van de zorg (professioneel) en aan beheersing van de collectieve lasten (publiek). Het zoeken naar een evenwicht tussen verschillende belangen hoort bij onze gezondheidszorg. Als bijvoorbeeld het belang van de patiënt meer aandacht moet krijgen, maken we een afweging tussen wat de patiënt wenst, wat de professional noodzakelijk vindt en wat de overheid ten laste van de collectieve middelen kan laten komen.¹⁹

Een hybride beleidssysteem heeft sterke en zwakke kanten. Het is een voortdurend zoeken naar een positieve balans, waarin de voordelen de nadelen overtreffen. De voordelen zijn groot.

Dat heeft voor- en nadelen: het gaat om een goede balans

1. Communicatie, overleg en besluitvorming waarin overheid, professionals en marktpartijen participeren, dragen bij aan het aanpassingsvermogen en de stabiliteit van de sector.
2. Samengaan en samenwerken van private, professionele en publieke actoren en organisaties biedt waarborgen voor de eigen waarden en belangen. Tegelijk houdt het commercie, medicalisering en bureaucratie (de overheersing van één van deze elementen) in toom.
3. Medeverantwortelijkheid van private en professionele actoren

Tussen markt en overheid

geeft het beleid een groter draagvlak en meer legitimiteit.

De volgende elementen zijn echter voor verbetering vatbaar. 1.

De communicatie tussen de overheid en de veldpartijen.

Tussen overheid ...

Daarvoor ontbreekt een heldere structuur.²⁰

2. De verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Deze is niet helder.²¹

3. De verwachtingen die de overheid en de veldpartijen van elkaar hebben. Daar is verwarring over.²²

4. Transparantie, toezicht en controle. Deze behoeven verbetering.²³

4.2 Alternatieven

Overheid <-----> Hybride balans <-----> Markt

Op de constatering dat het beleidssysteem uit balans is, zijn verschillende reacties mogelijk. Je kunt de oude situatie proberen te herstellen, je kunt op zoek naar een nieuwe balans of -radicaler - proberen een ander beleidssysteem, zonder hybriditeit, te creëren. De eerste oplossing, terug naar het oude, lijkt wenselijk noch mogelijk. Niemand wil terug naar een situatie waarin vanuit Den Haag en haar satellietsteden regels, geboden en verboden op de gezondheidszorg neerdalen. Het zou initiatieven tot zorgvernieuwing en vraagsturing blokkeren. Afgezien daarvan: de ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar kunnen niet ongedaan worden gemaakt.

De derde oplossing, een beleidssysteem zonder hybride kenmerken, is nog niet aan de orde. We moeten dan denken aan een zuiver publiek systeem zoals de Engelse National Health Service, een zuiver privaat systeem zoals in grote delen van de Amerikaanse zorgmarkt of een situatie waarin beide naast elkaar bestaan. Een ontwikkeling in de richting van een zuiver publiek systeem lijkt om twee redenen niet erg waarschijnlijk. De eerste is net al genoemd: we willen juist de andere kant op. En dat hangt ten dele samen met de andere reden, namelijk dat de uitvoering van de Nederlandse gezondheidszorg nagenoeg geheel door particuliere professionele organisaties plaatsvindt. Deze beschikken daardoor over een eigen legitimiteits- en machtsbasis, die ze ook in een publiek systeem niet prijs zullen geven.

... en markt ...

Wat een zuiver privaat systeem betreft: de gezondheidszorg moet

Tussen markt en overheid

als een 'structureel zeer imperfecte markt' worden aangemerkt, omdat onze maatschappij in de gezondheidszorg waarden verwacht aan te treffen, die buiten het bereik van de markt liggen. Om er twee te noemen: toegankelijkheid voor rijk en arm en hulpverleners die zich in de eerste plaats door het belang van hun patiënten laten leiden. Het voorbeeld van de Verenigde Staten laat de risico's van marktwerking in de gezondheidszorg zien. Concurrentie op de verzekeringsmarkt heeft daar tot een tweedeling geleid: toegang tot de meest moderne gezondheidszorg voor de rijken, terwijl miljoenen armen niet zijn verzekerd of onderverzekerd. De kosten van de gezondheidszorg zijn torenhoog. De pogingen om de kosten via marktprikkels te beteugelen, hebben geleid tot een strakke regulering van het medisch handelen die zijn weerga niet kent. Geen regulering door de overheid, maar door verzekeraars en instellingsmanagers. Drijfveer daarbij is niet het belang van de patiënt, maar dat van de aandeelhouder.²⁴

Ook al is een beleidssysteem zonder hybride kenmerken nog niet aan de orde, toch moet de vraag onder ogen worden gezien of de interne en externe krachten die op de gezondheidszorg inwerken - de invloed van het bedrijfsleven, de privatisering van de sociale zekerheid, de greep van Financiën op de gezondheidszorg, de Europese markt - een hybride beleidssysteem op den duur blijven toelaten. Wat er moet gebeuren als die vraag met nee moet worden beantwoord, verdient de komende jaren een nadere verkenning.²⁵ De Raad komt in zijn komende advies over Europa en de Nederlandse gezondheidszorg op deze onderwerpen terug.

De tweede oplossing - zoeken naar een nieuwe balans - is wenselijk en lijkt haalbaar. Gegeven het belang van een voor de hele bevolking toegankelijke zorg en de noodzaak van kostenbeheersing, is het wenselijk dat een combinatie van sociale verzekeringen en aanbodregulering de basis blijft vormen van het beleidssysteem. Publieke doelstellingen maken krachtige, robuuste overheidssturing noodzakelijk. Met deze doelstellingen is de overgang op een 'echt' marktmodel geen reëel alternatief. Zoals eerder is opgemerkt, heeft de commissie- Dekker indertijd ook geen markt naar Amerikaans model bepleit.²⁶ De commissie had de bedoeling om elementen van marktwerking zoals competitie en ondernemend gedrag aan het bestaande systeem toe te voegen en daardoor de behoefte aan aanbodregulering te verminderen. De vraag was toen en nu hoe patiënten meer keuzemogelijkheden kunnen krijgen en hoe instellingen en verzekeraars in staat kunnen worden gesteld de organisatie en uitvoering van de zorg af te stemmen op de individuele behoeften en wensen van patiënten. Dat alles met behoud van het sociale karakter van het zorgsysteem en

... zoeken naar een nieuw evenwicht

Aanvankelijk gereguleerde marktwerking ...

Tussen markt en overheid

de mogelijkheid van kostenbeheersing.

In twee eerdere adviezen heeft de Raad met deze maatstaf verschillende varianten van sturing tussen markt en overheid tegen elkaar afgewogen. In het advies Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming heeft de Raad zijn voorkeur uitgesproken voor een combinatie van maatschappelijk ondernemerschap van ziekenhuizen en een globalere aansturing door de overheid, aangevuld met een deugdelijk toezicht en met bijsturingmogelijkheden. Volgens de Raad is het daardoor mogelijk binnen het raam van sociale verzekering en aanbodregulering zowel vraaggericht te werken, als de kosten te beheersen en strategische allianties aan te gaan ten behoeve van een betere zorgverlening. Volgens de Raad scoort een model met een zwaarder accent op marktwerking minder goed op het vlak van macrokostenbeheersing. Een model dat meer leunt op aanbodregulering klassieke stijl scoort volgens de Raad minder op het vlak van vraagsturing en flexibiliteit en innovatie.

... nu maatschappelijk ondernemerschap

In het advies De verzekeraar op de zorgmarkt heeft de Raad dezelfde keuze, maar dan voor de verzekeraars, nog uitvoeriger beargumenteerd. In dat advies is niet alleen gekeken naar de doelstellingen van het beleid, maar ook naar de haalbaarheid en de uitvoerbaarheid van de voorstellen. De Raad trekt de conclusie dat maatschappelijk ondernemerschap haalbaar en uitvoerbaar lijkt, zij het niet zonder moeite. Van de andere kant schat de Raad in dat zowel de introductie van echte marktwerking als een terugkeer naar de klassieke aanbodregulering op veel weerstand zal stuiten en moeilijk uitvoerbaar zal blijken te zijn.

4.3 Gedeeld bestuur, een nieuwe aanpak

Door de bestuurlijke verhoudingen tussen de overheid en de veldpartijen te moderniseren - via onder andere maatschappelijk ondernemerschap, gestructureerd overleg en vraagsturing - kan het hybride beleidssysteem van de gezondheidszorg vitaal blijven. De Raad heeft hiervoor in verschillende adviezen voorstellen gedaan. In bijlage 5 staat een overzicht.²⁷

Revitalisering van het beleidssysteem ...

Gedeeld bestuur	Elementen
Doelstellingen	Toegankelijkheid Kostenbeheersing Individuele kwaliteit

Tussen markt en overheid

Rollen	Overheid stuurt op hoofdlijnen en houdt toezicht
	Veld gedraagt zich als maatschappelijk ondernemers
Instrumenten	Verzekeringen en regulering Marktconforme instrumenten Overleg

De inhoudelijke opgave voor de gezondheidszorg komt er op neer dat zij - met behoud van haar overige doelstellingen en taken, waaronder kostenbeheersing - er in slaagt op het individugerichte kwaliteit te bieden.²⁸ Daarvoor zijn aanpassingen in het bestaande systeem nodig. Oud beleid moet worden aangevuld met nieuwe strategieën, zoals:

- de keuzemogelijkheden van patiënten vergroten;
- de informatie voor patiënten verbeteren;
- het aanbod meer door de vraag laten sturen;
- het zorgstelsel en andere stelsels, zoals dat van de gemeente, beter op elkaar afstemmen.

... door sterkere nadruk op individugerichte kwaliteit van de zorgverlening ...

De Raad pleit voor een heldere taakafbakening tussen overheid en veld. Overheid en veldorganisaties hebben gescheiden taken en bevoegdheden, die gelijkgericht en in onderling overleg worden uitgeoefend. De overheid neemt zelf beslissingen over de aanspraken, het budget voor bekostiging van de aanspraken, de grootschalige mutaties in bestemming, de capaciteit, de toegankelijkheid en de bouw en de bijzondere verrichtingen. Als het gaat om de organisatie van de zorg, de planning van de benodigde capaciteit, de vaststelling van kwaliteitsnormen en de vaststelling van tarieven treedt de overheid terug en beperkt zich tot het vaststellen van spelregels voor onderhandelingen en afspraken tussen zorgaanbieders, verzekeraars, patinten en andere partijen. De overheid ziet wel toe op de uitvoering en behoudt mogelijkheden tot bijsturing.

... door ruimte te geven aan maatschappelijk ondernemerschap ...

De zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars treden op als maatschappelijk ondernemers.²⁹ Zij krijgen op het terrein van hun kerncompetenties vrijheid van handelen, op voorwaarde dat zij zich richten op hun publieke taak, openheid van zaken geven en hun beleid laten toetsen.

Overheid en veld besturen in overleg.³⁰ Er is een gestructureerd overleg tussen overheid en veldorganisaties nodig, dat gebruik maakt van informatie die door de betrokkenen als onafhankelijk en

... en door een goed gestructureerd overleg tussen overheid en veld

Tussen markt en overheid

gezaghebbend wordt erkend. Een uitwerking van deze voorstellen vindt u in bijlage 5.

5 Een nieuwe balans

5.1 Inleiding

Het regeerakkoord van Paars II koerst aan op een verdere decentralisatie van de besluitvorming en op vereenvoudiging van de aanbodregulering. De paarse partijen hebben zich in het regeerakkoord uitgesproken voor:

Het regeerakkoord spoort met eerdere adviezen van de RVZ

- behoud van de integrale budgetverantwoordelijkheid van het rijk voor de uitgaven voor de gezondheidszorg;
- handhaving van het duale verzekeringsstelsel;
- meer vraaggerichtheid van het stelsel;
- meer beleidsruimte voor zorginstellingen en verzekeraars (maatschappelijk ondernemerschap);
- meerjarige afspraken tussen veld en overheid over de besteding van (extra) collectieve middelen.

De koers van 'gedeeld bestuur' die in de vorige paragraaf is geschetst, spoort op hoofdlijnen en uitgangspunten met het regeerakkoord. De Raad constateert verder dat de paarse partijen daarmee impliciet aangeven dat zij 'echte' marktwerking niet tot het leidende principe voor de inrichting van de gezondheidszorg maken. Immers:

- De overheid is verantwoordelijk voor de uitgaven. Alle uitgaven in het eerste en tweede compartiment, ook de particuliere, zijn in de publieke sfeer getrokken.
- Besluitvorming over de besteding van de middelen vindt plaats in overleg met het rijk. Vraag en aanbod kunnen niet zelf hun evenwicht zoeken.

De Raad steunt deze aanpak. In de koers die het kabinet heeft uitgezet, komt het verder aan op de maatvoering. Zoals in hoofdstuk 3 is uiteengezet, moet een balans worden bereikt tussen marktconforme elementen en aanbodregulering nieuwe stijl, tussen vraagsturing en kostenbeheersing en tussen de autonomie van het individu en zijn afhankelijkheid van de gemeenschap. Vanuit dat perspectief plaatst de Raad een paar kanttekeningen.

Het komt nu aan op de maatvoering

Balans

Tussen markt en overheid

Marktconforme elementen	Aanbodregulering
Vraagsturing	Kostenbeheersing
Individu	Gemeenschap

5.2 Marktconforme elementen en aanbodregulering

In de nieuwe bestuurlijke aanpak maken overheid en veld op landelijk niveau meerjarenafspraken. Deze worden regionaal door de veldpartijen vertaald tot niet-vrijblijvende regiovisies. Deze aanpak kan op twee manieren worden uitgewerkt.

De meerjarenafspraken moeten worden uitgevoerd.
Hoe en door wie?

1. Maatschappelijk ondernemerschap

Maatschappelijk ondernemerschap laat verzekeraars en zorgaanbieders de vrijheid om in onderling overleg afspraken te maken over de organisatie van de zorg, het gebruik van de beschikbare capaciteit, de kwaliteit van de zorg en de tarieven. In samenhang daarmee lopen de verzekeraars en zorgaanbieders financieel risico. Landelijk overleg heeft in dit verband tot doel om ervoor te zorgen dat de aanspraken van verzekerden kunnen worden gehonoreerd, dat de afspraken blijven binnen het macrobudget voor de gezondheidszorg en dat er afstemming is over grote veranderingen in de capaciteit en het gebruik van voorzieningen. Regionaal overleg stelt de zorgverzekeraar in staat draagvlak voor zijn zorgbeleid te krijgen. Het is het cement van een werkbare relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders in de regio.

Verzekeraars en zorgaanbieders als maatschappelijk ondernemers?

2. Aanbodregulering

De overheid maakt op landelijk niveau met Zorgverzekeraars Nederland en met brancheorganisaties van zorgaanbieders afspraken over de inzet van de vrije bestedingsruimte. De partijen die de regiovisies vaststellen, doen hetzelfde op regionaal niveau. Het resultaat bindt de verzekeraars en wordt met behulp van de aanbodregulering gerealiseerd. De verzekeraars voeren het beleid uit en lopen geen ondernemersrisico.

Of door regionale partijen in uitvoerende rol?

Eerste compartiment

De beleidsvoornemens met betrekking tot het eerste compartiment passen in deze tweede benadering. Hoe de regiovisie precies tot stand komt, is nog niet duidelijk. Er is sprake van één zorgkantoor en een sterk toegenomen concentratie van zorgaanbieders, soms zelfs leidend tot regionale monopolies (zoals in de ggz). Het

Tussen markt en overheid

zorgkantoor maakt met de zorgaanbieders in de regio bindende afspraken over de mate waarin zij bijdragen aan de realisatie van de doelstellingen zoals die in de sectorale meerjarenaafspraken zijn vastgelegd. Het zorgkantoor loopt financieel geen risico. Het accent ligt op samenwerking, niet op concurrentie.

Tweede compartiment

Het lijkt erop dat voor het tweede compartiment nog geen duidelijke keus wordt gemaakt voor de eerste of de tweede benadering.

Dat komt omdat nog geen heldere keuze is gemaakt over de beleidsruimte waarover verzekeraars beschikken om het financiële risico te dragen dat hen is toegedacht. Zonder beleidsruimte is maatschappelijk ondernemerschap niet goed mogelijk. Dan wordt de verzekeraar in de rol van uitvoerder geplaatst, waarvoor hij geen risico hoort te lopen.

De Raad vindt dat de keuze voor maatschappelijk ondernemerschap die in het regeerakkoord is gemaakt, de consequentie moet krijgen dat verzekeraars en zorgaanbieders over meer beleidsruimte gaan beschikken.

Kies voor maatschappelijk ondernemerschap en geef partijen meer beleidsruimte

De Raad vindt het verder niet vanzelfsprekend dat de bestuurlijke systematiek voor het eerste en het tweede compartiment uit elkaar gaat lopen. In de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg worden bruggen geslagen tussen het eerste en het tweede compartiment. Op de raakvlakken tussen beide compartimenten moeten de risico's die verzekeraars en zorgkantoren lopen en de beleidsruimte waarover ze beschikken, vergelijkbaar zijn. Dat wil zeggen: de AWBZ moet daar in de pas lopen met het tweede compartiment. De Raad zal daar in zijn advies over cure en care op terugkomen.

Doe het in de AWBZ niet heel anders

5.3 Vraagsturing en kostenbeheersing

In het huidige regeerakkoord is meer groeiruimte aan de gezondheidszorg toegekend dan in het vorige, maar tegelijkertijd benadrukt het kabinet dat de gestelde kaders niet overschreden mogen worden. De meerjarige sectorale convenanten hebben tot doel om binnen deze kaders tot afspraken te komen over zorgvolume, vraagsturing, het wegwerken of voorkomen van schaarste aan personeel en andere inhoudelijke doelstellingen.

Resultaatsverplichtingen met beperkte middelen:

Een van de kernproblemen in het gezondheidsbeleid blijft in deze benadering onopgelost. De overheid stelt aan de ene kant doelen vast die in de komende kabinetsperiode gerealiseerd moeten worden en geeft daarbij aan de andere kant aan welke middelen

... kun je toezeggingen nakomen en wie draagt het risico?

Tussen markt en overheid

daarvoor beschikbaar zijn. Dat gebeurt zonder dat objectief getoetst is of beide uitgangspunten wel met elkaar verenigbaar zijn. Het risico wordt bij de verzekeraar gelegd, die onder die omstandigheden geneigd zal zijn het risico te mijden. Dat legt een grote hypotheek op de nieuwe bestuurlijke aanpak van meerjarige convenanten.

Bovendien zal risicomijdend gedrag de dynamiek die in het tweede compartiment nodig is, niet bevorderen. Dynamiek ontstaat doordat individuele verzekeraars en individuele zorgaanbieders in onderlinge contracten meer marktconforme afspraken kunnen maken over bijvoorbeeld de leveringscondities: prijs en kwaliteit. Contracten met een opener karakter dan met de huidige instellingsbudgetten mogelijk is, vergroten wel het financiële risico van de verzekeraar. Dat is alleen verantwoord als de risico's goed kunnen worden ingeschat.

Eerste vereiste is dat de risico's goed kunnen worden ingeschat

De Raad vindt daarom dat de informatie die aan de landelijke afspraken ten grondslag ligt, moet worden verbeterd. Dat wil zeggen: betrouwbaarder en actueler moet worden en door een onafhankelijke instantie geautoriseerd. Dat geeft partijen meer vertrouwen dat de afspraken kunnen worden nagekomen. Dat biedt vervolgens meer perspectief voor vraagsturing en zorgvernieuwing.

Werken aan betere informatie

5.4 Individu en gemeenschap

De Raad kan uit het regeerakkoord onvoldoende opmaken hoe patiënten invloed kunnen uitoefenen op het zorgaanbod. Dat slaat niet alleen op de totstandkoming van de regiovisies, maar meer nog op de mogelijkheden die individuele patiënten hebben om invloed uit te oefenen op hun zorgverlening.

En dan de patiënt!

De Raad acht het risico groot dat de gekozen aanpak voor het eerste compartiment leidt tot een gedecentraliseerde aanbodregulering, die onvoldoende wordt aangestuurd door de vraag. De Raad krijgt op grond van het regeerakkoord te zeer de indruk dat zorgaanbieders en het zorgkantoor de opdracht krijgen de juiste keuzen voor hun patiënten te maken. De bureaucratische wijze van indicatiestelling versterkt deze tendens nog. De patiënten zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om binnen de overeengekomen kaders eigen keuzes te maken.

AWBZ loopt gevaar van bureaucratisering: laat patiënt zelf meer kiezen

Wat het tweede compartiment betreft, is het vooral van belang dat

Tweede compartiment: laat verzekerde makkelijker van verzekeraar

Tussen markt en overheid

maatschappelijk ondernemerschap gestalte krijgt. Dat biedt verzekeraars de mogelijkheid zich te profileren. In aansluiting daarop is het wenselijk dat verzekerden meer mogelijkheden krijgen om van verzekeraar te wisselen. Dit laatste geldt in het bijzonder voor particulier verzekerden en voor bejaarden. Deze laatsten zijn, ook wanneer zij op grond van de ZFW verzekerd zijn, voor een steeds belangrijker deel afhankelijk van hetgeen in de aanvullende verzekeringen wordt geregeld.

wisselen

6 Antwoorden en aanbevelingen

6.1 Antwoorden

➤ Vraag 1

Op welke wijze kunnen de begrippen aanbodregulering en marktwerking zinvol worden gedefinieerd binnen de gezondheidszorg en uit welke elementen bestaan deze begrippen?

Geef een zinnige omschrijving van aanbodregulering en marktwerking in de gezondheidszorg

Antwoord

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 vervult deze rol om invulling te geven aan haar grondwettelijke plicht de gezondheidszorg te bevorderen.

Aanbodregulering: regelingen en mechanismen waarmee de overheid het zorgaanbod ordent en stuurt

De aanbodregulering bestaat onder meer uit 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 Arbeidsvoorwaardeontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde sector (WAGGS, inmiddels geldt een post-WAGGS-regeling) en het Jaar Overzicht Zorg (JOZ).

Kernelementen: ZFW, AWBZ, WZV, WTG, JOZ

Marktwerking houdt in dat de beslissingen over produceren, consumeren en verdelen van goederen en diensten worden genomen door de individuele producenten, consumenten en bezitters van de productiemiddelen. Daarbij spelen prijs en kwaliteit een belangrijke rol. Omdat prijzen een indicatie zijn van de relatieve schaarste van een product, spelen deze een cruciale rol bij de allocatie. Prijzen voor productiefactoren beïnvloeden de omvang van hun inzet en ook de verdeling. Bovendien spelen prijzen en kwaliteit een belangrijke rol in het concurrentieproces van de markt. Men concurreert met een lagere prijs en een beter product.

Marktwerking: uitruil van goederen en diensten via prijzen

In de dagelijkse praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg is eigenlijk nooit sprake van volledige marktwerking, maar van meer of minder marktconform handelen. Met deze term geeft men aan dat aan de markt of aan marktwerking ontleende elementen - zoals competitie, ondernemend handelen, het lopen van bedrijfsrisico, besluitvorming door individuele producenten en consumenten - worden toegepast binnen het kader van overheidsregulering. Aangezien deze aan marktwerking ontleende elementen omgeven

Relevant is marktconform handelen: ordenen en sturen met behulp van aan de markt ontleende instrumenten

Tussen markt en overheid

worden door allerlei randvoorwaarden en beschermende en sturende regelgeving is er geen sprake van echte marktwerking, maar van ondernemerschap binnen een op publieke doelstellingen gericht beleidssysteem. Het doel hiervan is dat de dynamiek van het microniveau, waarop private actoren opereren, wordt gemobiliseerd voor het verwezenlijken van maatschappelijke doelstellingen.

De definities worden behandeld in hoofdstuk 3, paragraaf 1.

➤ Vraag 2

Bestaat gezien het overheidsbeleid van de afgelopen jaren, een niet functionele spanning tussen aanbodregulering en marktwerking? Zo ja, hoe uit zich deze spanning en wat zijn de gevolgen?

Spanning tussen aanbodregulering en marktwerking?

Antwoord

Ja. Die spanning uit zich in de regie van de zorg en in de uitkomsten van het beleid. Er is feitelijk een keuze gemaakt voor handhaving van het systeem van aanbodregulering, terwijl in de beleidsretoriek van marktwerking sprake blijft. De spanning blijkt uit gebrekkige communicatie tussen overheid en veldpartijen, onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en taken, verwarring over de verwachtingen over en weer en uit een tekort aan transparantie, toezicht en controle.

Ja, gevolgen:
- gebrekkige communicatie
- onduidelijke taakverdeling
- niet realistische verwachtingen
- tekort aan transparantie

Deze spanning ontstaat doordat gelijktijdig twee eisen aan het beleidssysteem worden gesteld, die tot uiteenlopende beleidsimpulsen leiden: vraagsturing en kostenbeheersing. Er ligt een onevenwichtige nadruk op kostenbeheersing, wat blijkt uit te lange wachtlijsten en verschraving van zorg, een ondoelmatige organisatie en uitvoering van de zorg en een zwakke positie van de patiënt.

Oorzaak: geen goed evenwicht tussen vraagsturing en kostenbeheersing

Het uiteindelijke gevolg hiervan is, dat de legitimiteit van het beleidssysteem wordt bedreigd.

Spanning kan leiden tot aantasting legitimiteit

Dit antwoord wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

➤ Vraag 3

Hoe zou de verhouding tussen aanbodregulering en marktwerking zich, mede in Europees perspectief, kunnen en moeten ontwikkelen en welke rol dient de rijksoverheid daarbij te spelen? Is een aanzet voor een operationeel beleidsparadigma voor de komende tien jaar mogelijk?

Aanzet voor nieuwe bestuurlijke aanpak mogelijk?

Tussen markt en overheid

Antwoord

Om met de laatste vraag te beginnen: het antwoord is ja. Zo'n nieuwe aanpak, in dit advies aangeduid met 'gedeeld bestuur', is in ontwikkeling. Het is gebaseerd op drie pijlers:

1. deregulering en functionele decentralisatie;
2. maatschappelijk ondernemerschap;
3. gestructureerd overleg.

Ja, elementen zijn:

- deregulering
- maatschappelijk ondernemerschap
- gestructureerd overleg

De elandproef moet op het Europees circuit worden afgelegd. Dat vergt nog een grondige test. De Raad komt daar in een apart advies over de invloeden van Europese ontwikkelingen op het Nederlandse zorgstelsel op terug.

De argumenten voor en de uitwerking van deze aanpak staan in hoofdstuk 4.

➤ Vraag 4

Op welke wijze kan het beleid gericht op het dynamiseren van de zorgsector (onder meer het revitaliseren van het overeenkomstenstelsel) in de komende jaren versterkt worden voortgezet, mede in het licht van Europese ontwikkelingen, maar ook gelet op de mogelijkheden die het concept 'maatschappelijk ondernemerschap' biedt?

Hoe kan die aanpak gestalte krijgen?

Antwoord

Het kabinet heeft zelf een antwoord op deze vraag gegeven in haar regeerakkoord. Dat antwoord spoort op hoofdlijnen met de denkbeelden van de Raad. Gezien de problemen die in het antwoord op vraag 2 zijn gesignaleerd, plaatst de Raad een paar kanttekeningen.

Het antwoord staat eigenlijk al in het regeerakkoord

1. De Raad vindt dat de keuze voor maatschappelijk ondernemerschap de consequentie moet krijgen dat de veldpartijen over meer beleidsruimte gaan beschikken.

De veldpartijen meer beleidsruimte geven

2. De Raad wijst verder op het gevaar dat de bestuurlijke systematiek voor het eerste en voor het tweede compartiment te ver uit elkaar gaan lopen. Dat zal de samenwerking tussen zorgverleners uit beide compartimenten bemoeilijken.

De bestuurlijke samenhang tussen eerste en tweede compartiment bewaken

3. De Raad is van mening dat aan de landelijke meerjarenafspraken deugdelijke, actuele en onafhankelijke informatie ten grondslag moet liggen.

Zorgen voor goede informatie

- | | |
|--|--|
| 4. De Raad is van mening dat individuele patiënten zelf meer keuzen moeten kunnen maken over de zorg die ze krijgen. | Patiënten meer keuzemogelijkheden bieden |
|--|--|

Dit commentaar is onderbouwd en uitgewerkt in hoofdstuk 5.

6.2 Aanbevelingen

- | | |
|---|--|
| 1. De Raad beveelt aan dat de minister van VWS in overleg met de veldpartijen een plan voor vereenvoudiging van de aanbodregulering voorbereidt, gebaseerd op het concept van 'gedeeld bestuur'. In dat plan wordt ook vastgelegd hoe de toezichtfunctie gestalte krijgt. | Plan van aanpak voor deregulering nodig |
| 2. Over de consequenties die de samenhang tussen cure en care heeft voor de inrichting van het beleidstelsel, wordt nog afzonderlijk advies uitgebracht. De Raad beperkt zich hier tot de aanbeveling om de zorgkantoren op de raakvlakken tussen het eerste en het tweede compartiment vergelijkbare risico's te laten lopen en een vergelijkbare beleidsruimte te geven als de zorgverzekeraars. Dat wil zeggen: de AWBZ moet daar in de pas lopen met het tweede compartiment. De voorstellen over de uitvoering van deze verzekeringen, die de Raad in zijn adviezen over de toekomst van de AWBZ en over de verzekeraars op de zorgmarkt heeft gedaan, bieden hiertoe de mogelijkheid. Voor een samenvatting hiervan verwijst de Raad naar bijlage 5 van dit advies. | Over de samenhang van cure en care volgt afzonderlijk advies |
| 3. De Raad beveelt de instelling aan van een onafhankelijke informatie-autoriteit. Aan dat instituut moet ook een expertisegroep worden verbonden, die in staat is snel en wetenschappelijk verantwoord inzicht te geven in de effecten en de neveneffecten van beleidsvoornemens. De Raad verwijst naar zijn aanbevelingen hierover in het advies Besturen in overleg, samengevat in bijlage 5 van dit advies. | Stel een onafhankelijke informatie-autoriteit aan |
| 4. De Raad beveelt aan de ruimte voor toekenning van een persoonsgebonden budget te vergroten en de procedures en voorwaarden gebruiksvriendelijker te maken. De Raad beveelt de overheid aan ook andere vormen van persoonsgebonden financiering te ontwikkelen en te bevorderen. De Raad verwijst naar zijn aanbevelingen hierover in het advies Naar een meer vraaggerichte zorg, samengevat in bijlage 5 van dit advies. | Meer en patiëntvriendelijker pgb's |

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Tussen markt en overheid

Noten

1. Zie: de Volksgezondheidsnota 1966, 's-Gravenhage: ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1966. Een fascinerend overzicht van sociaal- en politiek-filosofische denkbeelden over staat en gezondheidszorg is te vinden in: Kerkhoff, A.H.M. *De staat als dokter*. Bussum: Coutinho, 1997.
2. Leenen, H.J.J. *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*, Hilversum: C. de Boer jr./P. Brand, 1966. Meer recent: Graat, P.A.M.J. *Maatschappelijk bestuur*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1998.
3. Zie: o.a. Doorn, J.A.A. van. De verzorgingsmaatschappij in de praktijk. In: Doorn, J.A.A. van en Schuyt, C.J.M. (red.). *De stagnerende verzorgingsstaat*. Meppel: Boom, 1978. Over 'indirect rule' schrijft Berg, J.Th.J. van den. De machteloze wetgever. *Beleid en Maatschappij*, 1983, nr. 3, p. 55-65.
4. Grinten, T.E.D. van der. Macht, tegenmacht, onmacht: de hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In: Dekker, E. en Elsinga E. (red.). *Mensen en machten: gezondheidszorg in de jaren negentig*. Houten: Bohn/Stafleu, 1990.
5. Zie: Swaan, A. de. *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1993.
6. Een overzicht van de ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen geven Roscam Abbing, H.D.C. en Rutten, F.F.H. *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland*. Deventer: Kluwer, 1985. Zie verder Kasdorp, J.P. *Grenzen aan het recht op gezondheidszorg*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Utrecht: Vereniging voor gezondheidsrecht, 1988.
7. *Bereidheid tot verandering*. Advies van de Commissie structuur en financiering gezondheidszorg, 's-Gravenhage: s.n., 1987.

8. Zie: Geelhoed, L.A. *De interveniërende staat, aanzet voor een instrumentenleer*. 's-Gravenhage: s.n., 1983.
9. Uit: Mamuth, H.A. *Markteconomie, analyse en evaluatie*. Utrecht: S.n., 1991.
10. Zie: Enthoven, A. Managed Competition of Alternative Delivery Systems. *Journal of Health Politics, Politics and Law*, 13, nr. 2, 1988.
11. Dit geldt voor de zorgmarkt, zoals blijkt uit het feit dat de aanbodregulering van vóór het rapport van de commissie-Dekker nog steeds bestaat, maar de toepassing wat vrijer wordt. De verzekeringsmarkt is een ander verhaal. Daar is meer sprake van een gereguleerde markt.
12. In 1998 hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars hun regiovertegenwoordiging gemoderniseerd. De regionale zorgverzekeraar zit als marktleider aan de onderhandelingsstafel namens de eigen verzekerden. De regiovertegenwoordiger praat namens alle andere zorgverzekeraars. Hij vertegenwoordigt 'de rest van Nederland' in de regio. In de rapportage van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg wordt gepleit voor 'een regisserende, stimulerende en kostenbewakende rol' van de regionale marktleider, die als het ware optreedt als 'regiovertegenwoordiger' in de onderhandelingen met de ziekenhuisinstellingen. Tegelijkertijd wordt voor de AWBZ het regionale zorgkantoor nieuwe stijl ingevoerd. Per regio gaat één regionale zorgverzekeraar als zorgkantoor functioneren, wat wil zeggen dat hij voor zijn regio de gehele zorgcontractering van AWBZ-voorzieningen doet.
13. Deze stelling heeft geen betrekking op de intenties van het beleid, maar op de huidige praktijk. De intenties zijn in oktober 1998 door minister Borst verwoord tijdens de jaarlijkse branchebijeenkomst van Zorgverzekeraars Nederland. Zij kiest voor verantwoordelijke zorgverzekeraars (maatschappelijk ondernemers) die risico dragen, maar daartegenover uitgerust zijn om verantwoordelijkheden waar te maken. Over de praktijk zegt zij: "Ik weet ook dat het de afgelopen jaren vaak moeilijk is gebleken om daden bij woorden te voegen. Maar de tijd van 'no-regret' is voorbij."
14. Dat is de kern van 'maatschappelijk ondernemen': on-

dernemend handelen voor publieke doeleinden of, zoals minister Borst het heeft geformuleerd "het uitoefenen van grotendeels publieke taken met een mix van aan de publieke sector en marktsector ontleende instrumenten". Maatschappelijk ondernemen wordt zowel van zorgaanbieders, als van zorgverzekeraars gevraagd.

15. Hiervoor zijn de volgende aanwijzingen: de regio is het bestuurlijk speelveld, vaak verenigt de regionale verzekeraar in zich de taak van contracterend marktleider (ziekenfondsverzekeraar) en zorgkantoor (AWBZ), van beide wordt een op de publieke taak gerichte spelopvatting verwacht en ten behoeve van de transmurale samenwerking zijn zorgcontracten nodig waarbij zowel ziekenfondsen als zorgkantoren partij zijn.
16. Het inzicht in het aantal wachtenden en de duur van het wachten op zorg neemt toe, hoewel er nog steeds weinig zicht is op de schadelijke gevolgen van wachttijden op de gezondheid. De hoofdinspecteur voor de gezondheidszorg heeft in zijn jaarrapportage over 1997 vooral gewezen op de schadelijke gevolgen van wachttijden in de thuiszorg, met name in relatie tot terminale zorg. Daarnaast wijst de hoofdinspecteur erop dat zorgvershraling in sommige verzorgingshuizen en in delen van gehandicaptenzorg en psychiatrische zorg de grens van het acceptabele heeft bereikt. Vershraling in de thuiszorg heeft tot gevolg dat de toegankelijkheid wordt aangetast. De hoofdinspecteur meldt dat de indicatiecriteria zijn aangescherpt met het gevolg dat een aantal mensen niet meer in aanmerking kwam voor hulp of minder hulp ontving dan vroeger. Daaraan voegt hij toe: "Desondanks kregen in 1997 de patinten eenderde minder hulp dan was geïndiceerd. Bovendien hanteerde tweederde van de instellingen een wachtlijst."
17. In het advies Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming is de beperkende invloed van het verbrokkelde gezondheidszorgssysteem met zijn financiële schotten en centrale regie op de ontwikkelingsmogelijkheden voor transmurale zorg nader uitgewerkt. In het advies Naar een meer vraaggerichte zorg is uiteengezet hoe de inrichting van het verzekeringsstelsel en de financiële kaderstelling kunnen verhinderen dat de beschikbare zorg voldoet aan de wensen van de patiënten.

18. Illustratief is het persoonsgebonden budget (pgb). Zoals bekend klagen patiënten steen en been over de uitvoering van de pgb-regeling door de Sociale Verzekeringsbank. Patiëntenorganisaties hebben daarom verzocht om de uitvoering in handen te geven van de budgethouder zelf. Staatssecretaris Vliegthart antwoordt dat dit om twee redenen niet kan. Er moet een orgaan zijn dat toezicht houdt op het rechtmatig besteden van de budgetten. Verder zijn niet alle budgethouders in staat in voorkomende gevallen de wettelijke verplichtingen als werkgever na te komen. Alleen het laatste argument snijdt - in voorkomende gevallen - hout, maar leidt niet tot de conclusie dat een orgaan nodig is dat namens alle pgb-houders als werkgever optreedt. De pgb-regeling geeft blijk van wantrouwen jegens de patiënt.
19. Een en ander wordt uitvoerig uitgewerkt in de achtergrondstudie bij dit advies Maatschappelijk ondernemen in de zorg.
20. Zie hierover uitvoerig het advies Besturen in overleg.
21. Uitgewerkt in de adviezen Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming, Verzekeraars op de zorgmarkt en Besturen in overleg.
22. Illustratief zijn de opmerkingen van H. Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, bij de opening van het nieuwe kantorenpand van zijn organisatie in oktober 1998. Hij zei bij die gelegenheid dat het nieuwe mededingingsbeleid binnen de zorgsector een dilemma schept over de vraag hoe de verantwoordelijkheden moeten worden verdeeld. Wiegel zei tegen minister Borst dat de overheid enerzijds de zorgverzekeraars afrekent op hun verantwoordelijkheid, maar anderzijds verzekeraars (zowel particuliere verzekeraars als ziekenfondsen) onder het regime van de nieuwe Mededingingswet heeft gebracht. De markt wordt vanuit deze perceptie gezien als ordeningsinstrument, maar tegelijkertijd dienen verzekeraars zich op te stellen als maatschappelijk ondernemers met publieke taken. En dat terwijl de nieuwe minister van Economische Zaken heeft aangekondigd de Nederlandse Mededingingsautoriteit te verzelfstandigen, waarmee de politiek allengs invloed verliest op de ordening van de markt. Wiegel vindt dat hierdoor onduidelijkheid dreigt te ontstaan.

23. Het regeerakkoord van Paars II is hierover duidelijk. Uitvloeisel van de in het regeerakkoord aangekondigde verbetering van de toezichtfunctie is het onderzoek dat zes departementen onder aanvoering van Financiën uitvoeren naar de vraag of het huidige toezicht effectief genoeg is om machtsconcentraties in de gezondheidszorg te beïnvloeden.
24. Kuttner, R. in *Everything for sale; The Virtues and Limits of Markets*. New York: Alfred A. Knopf, 1997. Hij kenschetst de gezondheidszorg als een 'structureel zeer imperfecte markt' omdat de maatschappij in de gezondheidszorg waarden verwacht aan te treffen, die buiten het bereik van de markt liggen. Om er twee te noemen: toegankelijkheid voor rijk en arm en hulpverleners die zich in de eerste plaats door het belang van hun patienten laten leiden. Hij stelt dat de maatschappij niet op marktprikkels kan vertrouwen om opportunistisch gedrag op de zorgmarkt in te perken. Hij ontleent zijn argumenten aan de recente geschiedenis van het zorgbeleid in de Verenigde Staten.
25. Twee voorbeelden:
1. De keuze voor handhaving van een hybride beleidsstelsel, een keuze die ook in het regeerakkoord wordt gemaakt, kan waarschijnlijk om een aantal redenen niet worden gerealiseerd in een geprivatiseerd verzekeringsstelsel. Als met andere woorden de discussie over het verzekeringsstelsel die uitkomst mocht gaan krijgen, zal de nu gekozen koers waarschijnlijk vastlopen. In een geprivatiseerd verzekeringsstelsel worden zorgverzekeraars immers marktgerichte ondernemers. Verder vervalt de sociale verzekering die als hoeksteen van het bestaande beleidssysteem functioneert, en daarmee de publieke functie van het contracteerbeleid en de ratio voor een bestuurlijke rol van de verzekeraars. De middelen die voor de gezondheidszorg worden uitgegeven, gaan dan nagenoeg alle tot de private sfeer behoren en raken als stuurmiddel buiten de invloed van de overheid. Er kan verder niet langer een beroep worden gedaan op de uitzonderingspositie die de sociale verzekering in het Europees verdrag inneemt. Ordening en sturing worden functies die door de Europese markt worden uitgeoefend, afgezien van

de door het Europees verdrag toegestane mogelijkheden tot ordening van de nationale overheid. Maatschappelijke zelfordening zal meer dan nu stuiten op het Europese en Nederlandse mededingingsbeleid.

2. De inrichting van de gezondheidszorg is een nationale aangelegenheid, maar de beginselen van het Europees Verdrag zijn wel van toepassing: vrij verkeer van goederen en diensten in Europa. De consequenties van deze tegengestelde uitgangspunten zijn verre van duidelijk. De grootste risico's lijken dat:
- kostenbeheersing zich tot de publieke middelen dient te beperken. Dan zou een nationaal uitgavenplafond voor de gezondheidszorg, dat zich zowel over publieke als particuliere middelen uitstrekt, niet te handhaven zijn;
 - het sociale karakter van het stelsel alleen via sociale verzekeringen kan worden veilig gesteld. Zie hierboven. Dan zal het bestaande duale verzekeringsstelsel op de helling moeten.

26. De commissie stelde een systeem voor van gereguleerde marktwerking binnen het kader van een - sociale - basisverzekering. Gereguleerde marktwerking, waarvoor ook wel de term gereguleerde concurrentie wordt gebruikt, is de Nederlandse vertaling van 'managed competition'. 'Managed competition' was een manier om bepaalde vormen van marktfalen op de Amerikaanse markt voor gezondheidszorg weg te nemen. De kern ervan is dat de zorgverzekering en het zorgaanbod worden gegroepeerd in een 'health plan'. Consumenten of vertegenwoordigers van een groep consumenten (werkgevers, overheid of andere collectieven) kunnen hun zorg inkopen bij de concurrerende aanbieders van de 'health plans'. Het voorstel van de commissie-Dekker voor gereguleerde marktwerking week duidelijk af van de originele versie. De kern van gereguleerde marktwerking in Nederland was het overeenkomstenstelsel. Dit stelsel houdt in dat ziekenfondsen en zorgaanbieders contracten met elkaar afsluiten over de te leveren zorg en de daaraan verbonden kosten. Het was de bedoeling dat ieder ziekenfonds zich zou gaan differentieren naar prijs en kwaliteit van het aangeboden verzekeringspakket. Consumenten konden dan kiezen welke prijs/kwaliteitverhouding hen het meeste aansprak. Overigens waren de ziekenfondsen nog wel aan een aantal voorwaarden gebonden. De belangrijkste daarvan waren de acceptatieplicht en de plicht om

minimaal een bepaald basispakket aan te bieden.

27. Zie hiervoor de adviezen Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming, Verzekeraars op de zorgmarkt, Naar een meer vraaggerichte zorg en Besturen in overleg.
28. Zie voor een verdere uitwerking het advies Naar een meer vraaggerichte zorg.
29. Zie de adviezen Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming en Verzekeraars op de zorgmarkt.
30. Zie voor de uitwerking het gelijknamige advies van de RVZ.

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1998 en het hiervan afgeleide werkprogramma

Uit deel 1: Adviesprogramma 1998

2 Ziektekostenverzekeringsstelsel: Aanbodregulering en marktwerking

2.1 Inleiding

Twee belangrijke doelen van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg zijn:

- het beperken van de collectieve lastendruk;
- het bevorderen van de afstemming van zorgaanbod op zorgvraag.

Deze doelen worden nagestreefd in een algemeen politiek klimaat van deregulering en marktwerking. Het beperken van de collectieve lastendruk verloopt voor een belangrijk deel via aanbodregulering. Het benadrukken van de afstemming van vraag en aanbod daarentegen vraagt meer om beleid gericht op functionele decentralisatie. Afstemming, zorg op maat, zorgvernieuwing, kwaliteit en doelmatigheid behoren tot het private domein, waarbinnen partijen tot overeenkomsten komen. De overheid trekt zich relatief terug om ruimte voor creativiteit te creëren.

Cruciaal in de aanbodregulering is, sinds het aantreden van dit kabinet, het BKZ en de daarbij behorende verscherpte budgetdiscipline. Zie het JOZ, en bijvoorbeeld de WTG en de WZV. Aan deze, op het institutionele zorgaanbod gerichte wet- en regelgeving, hecht het kabinet veel waarde.

Tussen aanbodregulering en marktwerking (in de zin van functionele decentralisatie)- tussen containment en sociale dynamiek, twee legitieme beleidsdoelen - kan een niet goed reguleerbare beleidsspanning ontstaan die contraproductief kan werken.

Het tegelijkertijd uitzenden van twee deels tegenstrijdige beleidssignalen brengt de marktpartijen - consument, zorgaanbieder, verzekeraar - in verwarring omtrent de verwachting van de

Tussen markt en overheid

overheid met betrekking tot hun gedrag. Hierdoor zullen zij niet automatisch de beleidsmatig gewenste richting kiezen en zal soms beoogde verandering - bijvoorbeeld meer marktwerking - niet, vertraagd, dan wel gemutileerd optreden.

Op dit moment bezint de overheid zich op de werking van het overeenkomstenstelsel in de gezondheidszorg, mede naar aanleiding van evaluaties van de Ziekenfondsraad. De gedachten gaan uit naar nieuwe impulsen (revitalisering) in dit stelsel, om de noodzakelijke dynamiek op regio-niveau te bewerkstelligen. Tegelijkertijd wordt er binnen het MDW-traject alsook in het kader van de invoering van de Mededingingswet over deze materie nagedacht.

Relevant zijn verder de lopende discussies over 'maatschappelijk ondernemerschap' (zie onder meer rapport Werkgroep- Cohen en het RVZ-advies Ziekenhuis als maatschappelijke onderneming) en die over 'goed verzekeraarschap' (onder meer recent in de Tweede Kamer naar aanleiding van het kabinetsstandpunt over de 'toezichtsfunctie' en de in 1997 uit te brengen RVZ-adviezen Toekomst van de AWBZ en Sturing stelsel verzekeringen). In dit verband is ook het recente advies van de WRR over de volksgezondheidszorg (mei 1997) van belang. Ook indien men niet instemt met de centrale aanbeveling - een ziektekostenverzekering - dan nog blijft in het komende jaar een standpuntbepaling over differentiëring in het sturingssysteem voor de gezondheidszorg ('beleid op maat') nodig.

2.2 Vraagstelling

Op dit moment bestaat behoefte aan een strategische verkenning van de beleidsspanning die kan ontstaan tussen enerzijds aanbodregulering, zich kenmerkend door helder omschreven controleerbare en nauwkeurig afgegrensde zorgaanspraken en eenduidige instellingsbudgetten, en anderzijds marktwerking in de zin van functionele decentralisatie. Vanuit deze strategische verkenning kunnen richtinggevende aanbevelingen worden gedaan die een kader kunnen vormen voor concrete beleidsmaatregelen gericht op aanbodregulering enerzijds en marktwerking anderzijds. Bij het beantwoorden van de nu volgende vragen zal de RVZ de in gang gezette beleidsvoornemens (zie onder meer 2.1) in relatie tot de toekomst van de ziekenfondsverzekering als uitgangspunt nemen. Daarbij ware ook te betrekken de recente brieven van de minister van VWS (onder meer 26 juni 1997) over dit onderwerp.

Ook de bevindingen van de WRR in het advies Volksgezondheidszorg - en de reacties daarop - zullen bij het RVZ-advies worden betrokken.

Vragen

- Tot welke beleidsmatige conclusies leidt een verkenning van het spanningsveld tussen aanbodregulering en marktwerking? Is een strategische aanzet voor een beleidsparadigma mogelijk?
- Op welke wijze kunnen reeds ingezette beleidslijnen met betrekking tot het dynamiseren van de zorgsector (c.q. het daarin operationele overeenkomstenstelsel) worden versterkt in hun effect, mede gelet op relevante ontwikkelingen, zoals maatschappelijk ondernemerschap?

Uit deel 2: Werkprogramma 1998

2.3 Advies: aanbodregulering en marktwerking

Beleidsvragen

1. Op welke wijze kunnen de begrippen aanbodregulering en marktwerking zinvol worden gedefinieerd binnen de gezondheidszorg en uit welke elementen bestaan deze begrippen?
2. Bestaat gezien het overheidsbeleid van de afgelopen jaren, een niet-functionele spanning tussen aanbodregulering en marktwerking. Zo ja, hoe uit zich deze spanning en wat zijn de gevolgen?
3. Hoe zou de verhouding tussen aanbodregulering en marktwerking zich, mede in Europees perspectief, kunnen en moeten ontwikkelen en welke rol dient de rijksoverheid daarbij te spelen? Is een aanzet voor een operationeel beleidsparadigma voor de komende tien jaar mogelijk?
4. Op welke wijze kan het beleid gericht op het dynamiseren van de zorgsector (onder meer het revitaliseren van het overeenkomstenstelsel) versterkt worden voortgezet in de komende jaren, mede in het licht van Europese ontwikkelingen, maar ook gelet op de mogelijkheden die het concept 'maatschappelijk ondernemerschap' biedt?

Functie advies en programmering

In verband met de verkiezingen en het tot stand komen van een regeerakkoord, wil de Raad zijn advies zo vroeg mogelijk in 1998 uitbrengen. Echter, voor dit onderwerp heeft de Raad enige tijd nodig. Dit leidt tot programmering van het advies voor juli 1998. De Raad verwacht dat het advies dan nog een rol kan spelen bij de

besluitvorming over de beleidslijnen voor de komende regeerperiode.

De RVZ bouwt in dit advies voort op eerdere adviezen:

- het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming (1996);
- de toekomst van de AWBZ (1997);
- sturing verzekeringen (tweede compartiment), inclusief goed verzekeraarschap (1997).

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mr. I.W. Opstelten

Mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Raadsleden

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Projectgroep

Mr. J.P. Kasdorp, projectleider
Mw. drs. H.A.C. Dokter, projectmedewerker
Drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker
Drs. D. van de Rijt, projectmedewerker (tot 1 oktober 1998)
Mw. H.A. Charles, projectsecretaresse

Bijlage 4

Invitational conference Aanbodregulering en marktwerking, gehouden op 9 juli 1998

Aanwezigen

Voorzitter

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard,
raadslid RVZ/directeur Canisius-Wilhelmina ziekenhuis

Inleiders

Mr. J.P. Kasdorp, senioradviseur RVZ/projectleider
Drs. A. Kroonen, arts-onderzoeker Ondersteuningsgroep
Gezondheidszorg
Mr. G.J.L.M. Straetmans, beleidsmedewerker Zorgverzekeraars
Nederland

Deelnemers

Algemene Rekenkamer
Drs. C.J. van Montfort, onderzoeker

Anova-ZAO Groep

Drs. E. van der Veen, voorzitter Raad van Bestuur

Berenschot B.V. Adviesgroep gezondheidszorg

Dr. A.J.M. Roex, senior adviseur

College voor ziekenhuisvoorzieningen

Mr. T. Vroon, adjunct algemeen secretaris

"De Meren" (voorheen: Riagg Z.O. en

Frederik van Eden stichting)

Mw. A.T.M. Besamusca-Ekelschot, lid Raad van Bestuur

Erasmus Universiteit Rotterdam/iBMG

Mw. prof. dr. P. Meurs, hoogleraar ziekenhuismanagement

Erasmus Universiteit Rotterdam/iBMG, Bestuurskunde, Centrum

voor Publiek Management

Drs. K. Putters, assistent in opleiding

Erasmus Universiteit Rotterdam

Prof. mr. dr. I.Th.M. Snellen

GGZ Nederland
Dr. F.H.R. Leenders, directeur;
Dr. J.P. Heesters, manager randvoorwaarden

KPMG Gezondheidszorg
Drs. J.F. de Beer, directeur

Ministerie van Economische Zaken, DG economische
structuur/marktwerking
Drs. A.C.N. Bruin, beleidsmedewerker

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Drs. P.H.B. Pennekamp, directeur-generaal
- Mr. drs. J.L.M. van Wesemael, directeur directie verzekeringen
en prijsvorming zorgsector

Nederlandse Zorgfederatie
Mr. I.A. Leenhouts, beleidsmedewerker

Universiteit Twente/vakgroep bestuurskunde
Prof. dr. A.H.M. Kerkhoff, directeur centrum onderzoek
gezondheidszorg

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Drs. F.A.M. Kerckhaert, directeur welzijn

Vreelandgroep
Ir. J.W. Hoorn, adviseur/partner

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Mr. dr. F.J.P.M. Hoefnagel

Ziekenfondsraad
Mr. J.L.P. van Thiel, algemeen secretaris

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Prof. drs. J. van Londen, voorzitter
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, raadslid/hoogleraar beleid en
organisatie m.b.t. gezondheidszorg bij het iBMG van de EUR
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout, raadslid/algemeen directeur NIZW
en (parttime) hoogleraar theorie van de zorg aan de RU Utrecht
Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, raadslid/hoofd sector
jeugd en gezondheid en sector onderwijs TNO Preventie en Ge-
zondheid en hoogleraar kindergeneeskunde Universiteit Leiden
Drs. P. Vos, algemeen secretaris
Mw. drs. H. Dokter, adviseur

Tussen markt en overheid

Drs. J.J.G.M. van den Hoek, adviseur
Drs. D. van de Rijt, projectmedewerker
Mw. drs. J.M.O. Visser, adviseur Beugeling Interim Partner

Verslag van de onderlinge gedachtewisseling

Reflectie op de zingeving van de gezondheidszorg

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg advies gevraagd hoe op lange termijn de spanningen tussen aanbodregulering en marktwerking kunnen worden opgelost.

Voorgesteld wordt om bij het komen tot een oplossing voor deze spanningen op zoek te gaan naar de onderliggende kernwaarden. Mogelijk kan het antwoord op de vraag: "Wat is er eigen aan de gezondheidszorg en de mensen die er werken?"; de vraag naar de zingeving van de gezondheidszorg, de 'linking pin' zijn tussen overheid en markt.

Antwoorden op deze vraag kunnen worden gevonden binnen bijvoorbeeld de christelijke traditie (de Barmhartige Samaritaan), maar ook binnen het Humanisme of de Griekse oudheid. Daarnaast kan worden verwezen naar de discussie in de Nederlandse politiek en op internationaal niveau (onder andere in de WHO en de Verenigde Naties).

Enkele begrippen, die voor alle levensbeschouwingen op dit moment geldig zijn en waarde hebben, zijn 'autonomie', 'vrijheid' en 'zelfbeschikking'.

Voor het (opnieuw) verwerven of behouden van autonomie zijn mensen bereid om de autonomie tijdelijk en/of gedeeltelijk op te geven. Bij vrijheid gaat het bijvoorbeeld om de wijze waarop men bestuurd wil worden en om meningsuiting. Zelfbeschikking duidt op eigen keuzen, waaronder ook de keuze om het eigen leven te beëindigen.

Het wezen van de volksgezondheid is het herstellen van de genoemde waarden: de bevordering van de mens als autonoom wezen.

Autonomie en afhankelijkheid

Wanneer men op individuele basis (h)erkent dat men voor het behoud c.q. herstel van autonomie van tijd tot tijd afhankelijk is, dan kan ook de volgende stap worden gemaakt. Want degenen die bezig zijn met het herstellen van de autonomie worden met

Tussen markt en overheid

dezelfde vraagstukken geconfronteerd. Zij zijn immers van elkaar afhankelijk om hun doel te bereiken.

Gesteld wordt dat men afhankelijkheden niet moet willen voorkomen, maar moet herkennen en erkennen: in de individuele situatie moet afhankelijkheid in dienst staan van onafhankelijkheid.

In dat kader wordt opgemerkt dat patiënten onvoldoende sterk staan en onvoldoende mogelijkheden hebben om invloed uit te oefenen op hetgeen hun belang raakt. Inspanningen van zorgaanbieders dienen erop gericht te zijn de tijdelijke afhankelijkheid zoveel mogelijk te beperken.

Doeloriëntatie

De noodzaak van een doeloriëntatie in de gezondheidszorg wordt door aanwezigen onderschreven. Als doelen van de gezondheidszorg worden tijdens de conferentie genoemd:

- het bevorderen van volksgezondheid (Grondwet);
- het herstellen van de autonomie;
- het kunnen blijven deelnemen aan het eigen leven.

Opgemerkt wordt dat binnen de gezondheidszorg een verschuiving heeft plaatsgevonden van het bieden van veiligheid en bescherming in instellingen naar het bieden van veiligheid en bescherming in de eigen thuissituatie.

Bij de doelomschrijving uit de Grondwet ligt het accent niet zozeer op de wijze waarop de zorg wordt verleend en de belangen die daarbij een rol spelen als wel op de verantwoordelijkheid van mensen zelf. Vanuit deze invalshoek gezien, staat bevordering van de volksgezondheid dicht bij andere maatschappelijke vraagstukken als individualisering en maatschappelijke integratie.

Gewaarschuwd wordt tegen het identificeren van de doelen van de gezondheidszorg met ethische principes die al snel aan een religieus wereldbeeld worden toegeschreven. Ook naar andere principes dient te worden gezocht.

Daarnaast dient de doeloriëntatie niet alleen op macroniveau plaats te vinden, zo wordt gesteld, maar ook op instellingsniveau.

Wanneer een instelling uitsluitend stuurt op processen en niet op doelen, ontstaan er problemen. Als voorbeeld wordt de thuiszorg genoemd, waarbij het doel, mensen zo lang mogelijk thuis te ondersteunen, niet terug te herkennen is in het aanbod (bijvoorbeeld genormaliseerde wasbeurten van 7 minuten).

Tenslotte wordt gerefereerd aan Adam Smith die stelt dat de mens zijn eigen doelstellingen niet alleen vanuit zichzelf kiest, maar vanuit de zingeving van de samenleving. Met andere woorden, individuen, maar ook organisaties, ontleen hun doelstellingen aan het geheel. De vraag wordt gesteld of deze gedachtegang ook van toepassing kan zijn op 'marktwerking'.

De legitimiteit van maatschappelijk ondernemen

Geconstateerd wordt dat op uitvoerend niveau grote activiteit heerst. De motieven, waarom men met bepaalde zaken bezig is, kunnen echter verschillen. Wat legitimeert nu de acties van maatschappelijke organisaties? Het 'algemeen belang' of 'de markt'?

Aangegeven wordt dat een maatschappelijk ondernemer deze vraag moet beantwoorden alvorens hij zich kan legitimeren. De discussie over de flexizorg krijgt een heel ander karakter, wanneer de projecten niet door de wet- en regelgeving worden gelegitimeerd, maar door de maatschappelijke behoeften.

Een consequentie van legitimatie van maatschappelijk ondernemen op basis van behoeften in de samenleving zou kunnen zijn dat de overheid met zaken wordt geconfronteerd waarmee zij het niet of slechts gedeeltelijk eens is.

Aandacht wordt gevraagd voor het betrekken van de omgeving bij het beantwoorden van de legitimeringsvraag. Innerlijke legitimering en externe opgelegde invloeden (de omgeving) zouden met elkaar in balans moeten zijn. Als voorbeeld van hetgeen op ons afkomt vanuit de omgeving wordt de vrije mededinging als instrument voor marktregulering genoemd.

Hybriditeit als een gegeven

Voorgesteld wordt de hybriditeit van het besturingssysteem van de gezondheidszorg als een gegeven te accepteren en het niet als motief te gebruiken voor het opstellen van een geheel nieuw beleidsparadigma. Een paradigma-shift zou de illusie van een zekere beheersbaarheid kunnen wekken.

Consequenties van het accepteren van de hybriditeit is echter wel dat het beeld niet altijd helder zal zijn en dat de complexiteit een gegeven is. Tegen die achtergrond is het niet aan te raden een dichotomie te handhaven tussen markt en overheid. Het gaat er juist om dat beide elkaar in een grote mate van pluriformiteit aanvullen.

Daarnaast wordt gesteld dat de spanningen die ontstaan vanwege

Tussen markt en overheid

de hybriditeit een bepaalde mate van (creatieve) energie genereren die kan worden aangewend voor verandering.

De dynamiek van de basis

Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van maatschappelijke verantwoordelijkheid naar een verantwoordelijkheid op het niveau van de individuele instelling. Hierdoor zijn in de praktijk processen op gang gebracht die de volksgezondheid ten goede komen. Er is gericht gewerkt aan het verbeteren van de zorg, het verlenen van zorg met beperkte middelen en het reduceren van wachtlijsten.

Gesteld wordt dat overheidsinstanties nog onvoldoende gebruikmaken van de kwaliteit en de creativiteit van de mensen aan de basis bij het realiseren van veranderingen. Daarvoor is vertrouwen nodig dat mogelijk nog ontbreekt.

Oplossen van de spanningen

Aanwezigen onderschrijven het hybride karakter van de besturing van de gezondheidszorg. Voor het oplossen van de spanningen tussen aanbodregulering en marktwerking geven aanwezigen de volgende oplossingsrichtingen aan:

1. Het beantwoorden van de *zingevingsvraag*

Daarbij wordt echter aangetekend dat de vertaling van zingeving heel verschillend kan zijn. Autonomie, vrijheid en zelfbeschikking kunnen als gezamenlijke uitgangspunten worden gekozen, in de praktijk hanteert eenieder deze naar eigen inzicht. Vanuit de zingevingsvraag kunnen markt en overheid elkaar mogelijk versterken (synergie).

2. De *procesarchitectuur*

Wanneer er geen heldere uitgangspunten kunnen worden geformuleerd, kan wel geïnvesteerd worden in hyginische spelregels. Dit overigens in de wetenschap dat die spelregels ook steeds zullen veranderen.

3. Zoeken naar *synergie*

De overheid heeft tot taak op zoek te gaan naar de synergie in de hybriditeit. Daarvoor is een goede analyse nodig van de kansen en de bedreigingen. Dit zou een technische exercitie moeten zijn, waarbij de instrumenten, die de overheid in de gezondheidszorg kan inzetten, tegen het licht worden gehouden. Een helder beeld daarvan zal leiden tot flexibilisering en gerichte acties, dat wil zeggen acties die eenzelfde doel dienen.

4. De *financieringsstructuur*

Tussen markt en overheid

Het hybride systeem is eveneens te herkennen aan de wijze van financieren van de gezondheidszorg, grotendeels via premies van werkgevers en werknemers. De sector van de sociale zekerheid is een vergelijkbare sector wat betreft het financieringssysteem. In die sector wordt al tien jaar lang gewerkt aan het verduidelijken van de grenzen aan de publieke verantwoordelijkheid en de private verantwoordelijkheid en van de relatie tussen beide verantwoordelijkheden. Kenmerkend voor dit model is te komen tot een optimale mix tussen marktwerking en overheidsregulering en tot onderlinge versterking (synergie) tussen beide. Wanneer in de gezondheidszorg op soortgelijke wijze als in de sector sociale zekerheid ruimte wordt geboden aan de uitvoeringspraktijk op lokaal/regionaal niveau, dan zou dit een paradigma-wijziging in het aansturen van de gezondheidszorg kunnen betekenen.

Conditie

Naast oplossingsrichtingen geven aanwezigen ook condities aan waardoor de huidige aanbodregulering minder star wordt en de zorg beter toegankelijk wordt:

1. Ruimte scheppen voor maatschappelijk ondernemerschap

De overheid zou vanuit een nieuwe visie moeten proberen om het oude maatschappelijk middenveld volgens meer moderne inzichten ondernemer te laten zijn, zodat het meer aan de eisen van de tijd gaat voldoen. Mogelijk zullen regels en afspraken moeten worden gemaakt om het maatschappelijk ondernemerschap te bewaken.

Ruimte scheppen voor maatschappelijk ondernemerschap kan, met een wet als de WZV, vooral in het planningsdeel. Juist het planproces zou regionaal kunnen worden ingevuld: een overleg over de manier van organiseren van het aanbod. Dat zou wettelijk verankerd moeten zijn. Wanneer dit instrument voorhanden is, zullen kosten worden bespaard en zal een stuk vrijheid ontstaan voor veldpartijen.

2. Overlaten en loslaten door de overheid

Wie heeft de regie; wie zorgt dat een koers wordt uitgezet en dat deze koers wordt gevolgd? De politiek is eindverantwoordelijk, maar betekent dit ook automatisch dat zij ook de regie in handen heeft? Het verdient aanbeveling de mogelijkheid van een gedeelde verantwoordelijkheid te onderzoeken. De overheid kan meer autonome beleidsruimte overlaten aan partijen in het veld (niet pro-actief, maar reactief), zodat die partijen meer manoeuvreerruimte krijgen. Ruimte kan worden gecreëerd door maatschappelijk onder-

nemerschap, professionele autonomie, gestructureerd overleg, vraagsturing, persoonsgebonden budget, transmurisatie en verruiming van middelen. Condities voor het benutten van de beleidsruimte zijn onder andere afbakening, toezicht, transparantie en controle achteraf.

3. *Samenwerking tussen partijen*

Partijen zijn van elkaar afhankelijk om hun doel te bereiken. Deze afhankelijkheid moet men niet willen oplossen, maar herkennen en erkennen. Het gezamenlijke belang dient uitgangspunt te zijn.

Partijen kunnen mogelijk beter met de spanningen omgaan wanneer zij gezamenlijk spelregels maken. Belangrijke bespreekpunten zijn de financiering, de kwaliteit van leven, de kwaliteit van de samenleving en de afstemming tussen het zorgaanbod en de behoeften van dat moment.

4. *Verantwoordelijkheid op lokaal/regionaal niveau*

Op lokaal/regionaal niveau hebben uitvoerders en instellingen met elkaar samen de verantwoordelijkheid om hun doelstellingen te realiseren. Maatschappelijke ondernemingen willen de doelbepaling ook serieus invulling geven. In de regio's zijn daarvoor nieuwe arrangementen nodig. Door de internalisering van referentiekaders kan het probleemoplossend vermogen vergroot worden. Vervolgens kan het aan individuen of aan kleine groepen van individuen worden overgelaten om in de regio analyses te maken, oplossingen te bedenken en aan te geven wat wel en wat niet wordt gedaan. Voorwaarden daarvoor zijn een zekere vrijheid, heldere doelen, kaders en een duidelijke verantwoordelijkheid in financieel opzicht.

5. *De tijd nemen*

Veranderen kost tijd en er is ook veel geduld en moed voor nodig. Het is een groeiproces. Een proces van geven en nemen, zoeken naar evenwicht tussen belangen. Dat kost tijd, maar levert op termijn winst op vanwege het verkregen draagvlak.

6. *Versterking van het klantenperspectief*

Gesignaleerd wordt dat de positie van de patiënt uit balans is. Patiënten hebben onvoldoende mogelijkheden om invloed uit te oefenen en kunnen hun keuzen onvoldoende effectueren. Kortom, de patiënt is nog te weinig klant.

7. *Transfer van kennis*

Een betere koppeling tussen epidemiologisch onderzoek, statistiek en dergelijke met de werkvloer zal bijdragen tot een gerichtere ontwikkeling en een grotere flexibiliteit.

Overige condities zijn: vertrouwen, transparantie, controle/toezicht

(toetsbare afspraken), correctie (elkaar aanspreken), duidelijke doelstellingen en kaders.

Samenvatting inleiding drs. A. Kroonen, arts-onderzoeker Ondersteuningsgroep Gezondheidszorg

De aanpak van wachtlijsten

Samenwerking tussen partijen bij de aanpak van wachtlijsten en het verloop van processen

➤ Inleiding

De aanpak van wachtlijsten is een genuanceerd probleem, waarbij de context enorm belangrijk is en sprake is van een grote mate van complexiteit. Er zijn geen eenduidige oplossingen.

Wachtlijsten raken de kern van zorg en sturing: ze zijn een tijdbom onder de kostenbeheersing (naar de Europese ontwikkelingen, de aanspraken van verzekerden), maar ook de lakmoesproef van hoe ons gezondheidszorgstelsel werkt. Het probleem is complex omdat er enerzijds schaarste is en anderzijds een eigen keuze van betrokkenen, bijvoorbeeld over prioriteitsstelling. De vraag is dan ook: hoe komen we, gegeven de noodzaak tot kostenbeheersing, tot een goede afstemming van vraag en aanbod? De casus rond de aanpak van wachtlijsten is de moeite waard om nader te bestuderen bij een discussie over een hybride bestuursmodel. Eén reden is de vele actoren en hun onderlinge relaties, een andere reden is de ontwikkeling die zich over de afgelopen jaren manifesteert.

➤ Partijen

De partijen, die betrokken zijn bij de wachtlijsten, zijn:

- zorgaanbieders/beroepsgroepen
- zorgverzekeraars
- overheid, politiek
- patiënten
- N.B.: 'klanten van de zorgsector'.

Deze partijen zijn op zich bekend. Met betrekking tot de laatste twee is het volgende op te merken. Bij patiënten komt het klantenperspectief nog onvoldoende aan bod. De patiënt is nog te weinig een klant, die zijn keuze kan effectueren.

Niet alleen individuele cliënten zijn klanten van de zorgsector, maar ook de sociale partners, zoals bijvoorbeeld VNO-NCW. De werkgevers/werknemers hebben de afgelopen jaren duidelijk meer invloed gekregen. Zij profileren zich steeds nadrukkelijker als 'klant' van de zorgsector.

➤ Positie van partijen

Wanneer we kijken naar de positie van partijen dan kan geconstateerd worden dat alle partijen een duidelijk belang hebben bij de oplossing van het probleem. Maar dan wel *een* oplossing van het probleem, en dat is niet altijd *dezelfde* oplossing.... De keuze voor de interventie wordt meer bepaald door de belangen die men eraan hecht en de consequenties van de interventies, dan door de omvang van het probleem. Dit is uiteraard van invloed op de aard van de samenwerking tussen partijen.

Een voorbeeld hiervan is de rol van de sociale partners. Zij hebben wel degelijk een belang bij de oplossing van de wachtlijsten, maar niet bij elke oplossing en niet tegen elke prijs. Zij proberen, net als andere partijen, de oplossing te sturen in een richting die hun belangen dient.

➤ Beleidsparadigma

De principes, die van belang zijn bij de aanpak van wachtlijsten, zijn de volgende:

- Een gedeelde verantwoordelijkheid. Een adequaat principe, omdat het een zodanig complexe zaak is dat niet één partij kan sturen.
- De regie. De vraag is: wie stuurt er uiteindelijk? Wie heeft de regie en zorgt dat het spel ook in de goede richting gaat? De politiek is eindverantwoordelijk, maar betekent dit automatisch dat de politiek ook de regie zou moeten voeren?
- De zelfregulering van het veld. Men wil het liefst dat partijen zelf de zaken reguleren, dus zonder overheidsingrijpen.

➤ Kenmerken van de huidige benadering

De huidige benadering kenmerkt zich door een nadruk op transparantie (registratie, informatie, inzicht), gelabeld extra geld (inhaal-slag), aandacht voor de 'zorgkloof' en positionering van partijen. De overheid wil dat partijen zich zodanig positioneren dat zij zelf tot het gewenste beleid komen.

➤ Illustratie

Wat is voorafgegaan aan het plan van aanpak dat in maart jl. is gepresenteerd?

In 1995 hebben de partijen in een georganiseerd kader geprobeerd om tot een gezamenlijke aanpak van de wachtlijsten te komen en daarover afspraken te maken. De omstandigheden leken daarvoor ideaal, maar het is uiteindelijk niet gelukt. Partijen hebben met elkaar wel een concept-referentiekader vastgesteld, maar na consultatie van de achterban volgde een politieke afwijzing. Partijen trokken zich vervolgens terug uit het gezamenlijke overleg, legden

de bal weer terug bij de Minister en namen een afwachtede houding aan.

Begin dit jaar (1998) heeft de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid het initiatief genomen om een rondetafelgesprek te organiseren. Daarvoor zijn vele partijen uitgenodigd. Voorafgaande aan die bijeenkomst, eind januari, zijn allerlei, zeer uitgesproken, standpunten naar buiten gebracht. Tijdens die bijeenkomst vond een omslag plaats. Dat de politiek geen tweedeling wilde, werd als gegeven geaccepteerd. Men vond dat de partijen uit het veld met een plan van aanpak moesten komen. In tegenstelling tot wat in 1995 gebeurde, lag er na vijf weken een door alle partijen onderschreven plan van aanpak.

➤ Samenwerking

Er zijn redenen aan te geven waarom men in 1995 niet tot een gezamenlijke aanpak kwam en in 1998 wel. Genoemd kunnen worden:

- de druk vanuit het klantenperspectief;
- de maatschappelijke verantwoordelijkheid;
- het groeiproces. Het is een proces van geven en nemen; zoeken naar evenwicht tussen alle belangen. Dit kost tijd, maar levert op termijn winst op vanwege het verkregen draagvlak.

Ook de Tweede Kamerverkiezingen hebben de uitkomsten van het overleg in 1998 positief beïnvloed. Daarnaast was er een zekere tijdsdruk.

Het proces is positief beïnvloed, doordat men uitging van gezamenlijke belangen. Dat is van groot belang met name in een proces, waarbij spanningen zijn tussen partijen en sprake is van een zekere belangenstrijd. Uiteindelijk heeft één en ander, naast een plan van aanpak, geresulteerd in een uitgewerkte versie en een begroting die bij de informateurs zijn neergelegd. Het wachten is nu op hoe de uitvoering gestalte gaat krijgen en in hoeverre men erin slaagt het proces op gang te houden.

➤ Conditie's

De vraag is hoe het proces in goede banen kan worden geleid. In het platform bij de aanpak van wachtlijsten zijn de volgende condities herkenbaar:

- Vertrouwen;
- Transparantie;
- Toezicht (toetsbare afspraken);
- Correctie (elkaar aanspreken).

➤ Alternatieven

Tussen markt en overheid

Geconstateerd kan worden dat de hier beschreven aanpak op zich een geschikte aanpak lijkt. Bij de bestrijding van wachtlijsten biedt een hybride model van besluitvorming duidelijk voordelen. Naast die constatering is het goed om te kijken naar mogelijke alternatieven. Stel dat een gezamenlijke aanpak niet lukt, wat zou er dan kunnen gebeuren?

In zo'n geval zijn te verwachten:

- meer solistisch optreden van partijen;
- verscherping van marktverhoudingen;
- meer drang en dwang, dat wil zeggen, de overheid zal meer reguleren en de marktpartijen zullen gedwongen zijn tot zeer gedetailleerde afspraken.

Deze effecten hadden zeker geen positieve invloed gehad op de wachtlijstproblematiek. De wachtlijstproblematiek is te complex om via meer regulering en hardere marktverhoudingen aan te pakken.

Samenvatting inleiding mr. G.J.L.M. Straetmans, beleidsmedewerker Zorgverzekeraars Nederland

Flexibilisering van de ziekenfondswet: flexizorg

➤ Wat is flexizorg?

Flexizorg is ontstaan als antwoord op de toename van de risico's voor het budget, de afbouw van nacalculatie en de steeds zwaarder wordende druk, vanwege ontoereikende middelen. Met flexizorg kunnen verzekeraars flexibele zorg bieden in het kader van de ziekenfondsverzekering. De flexizorg komt dus in plaats van de ziekenfondsverstrekking waarop een aanspraak moet bestaan. De regeling is op 1 oktober 1996 totstandgekomen. De subsidie wordt aan de verzekeraar verstrekt en komt in plaats van het budget. Het zijn dus geen extra middelen. De flexiregeling biedt echter wel ruimte om buiten de wettelijke verstrekkingen te gaan. Uiteraard wordt vooraf toestemming aan de verzekerde gevraagd.

➤ De regels voor de flexizorg

Aan de uitvoering van de regeling van 1 oktober werden de volgende eisen gesteld:

- maximaal 1,8% van het budget;
- privéklinieken, zotels, e.d. waren ervan uitgesloten;
- de alternatieve verstrekking moest goedkoper zijn;
- vooraf moest worden aangetoond dat het ook werkelijk goedkoper was.

Op 1 januari 1997 werd de regeling gewijzigd:

- geen individuele flexizorg meer, maar projecten;

- toestemming vooraf.

Het effect van met name het laatste was dat de criteria zwaarder gingen tellen. De flexizorg moest sterk lijken op wat binnen de ziekenfondsregeling zou gebeuren. Dit blokkeerde het verkrijgen van toestemming.

➤ Twee voorbeelden

- 'Doelmatigheid' werd uitgelegd als 'niet duurder', dus goedkoper. Een project dat kwaliteitswinst opleverde bij gelijkblijvende kosten werd vanwege deze invulling afgewezen.
- De toestemmingsprocedure duurde in de praktijk langer dan was afgesproken.

➤ Evaluatie

Bij de evaluatie bleek dat minder dan 1% (van de 1,8%) benut was, dat wil zeggen 0,018%. Concreet komt dit neer op een bedrag van 4 miljoen van de 400 miljoen die theoretisch voor flexizorg beschikbaar zou zijn. De oorzaak daarvan is dat de regeling voor zorgverzekeraars weinig aantrekkelijk was, zoals uit bovenstaande voorbeelden blijkt. Daarnaast blijken sommige goedkopere projecten in de praktijk toch duurder te zijn. Dit komt door de zogenaamde verschuiving van het risico. Hiermee wordt bedoeld dat er een verschuiving van het risico is voor het ziekenfonds van het vaste budget (waarover het ziekenfonds 5% risico loopt) naar het variabele budget (waarover het ziekenfonds 75% risico loopt). Bijvoorbeeld: een verpleegdag kost 650 gulden en een zoteldag kost 200 gulden. Het zotel lijkt goedkoper, maar is het niet. De verpleegdag kost het ziekenfonds maar 69 gulden en de zoteldag 150 gulden. De verpleegdag is dus half zo duur. Wat op het eerste gezicht dus een kostenbesparing lijkt in het kader van flexizorg, is het in de praktijk dus niet.

➤ Aanpassing van de regeling

Met partijen, het ministerie van VWS, de Ziekenfondsraad en de zorgverzekeraars, is vervolgens een klein jaar besteed aan aanpassing van de regeling. De vraag die centraal stond in de discussie was: is flexizorg een mogelijkheid voor substitutie van verstrekkingen of is het vrije zorgtoewijzing voor de zorgverzekeraar? Dat was een hele principiële discussie, want: Weet de verzekerde nog waar hij aan toe is bij vrije zorgtoewijzing? en: Hoe zit het met de kostenbeheersing?

Een verruiming van de flexizorgregeling bleek niet mogelijk.

Uiteindelijk werd de regeling voor de derde maal aangepast. De verbeteringen die in de huidige regeling (1 juni 1998) zijn aangebracht, zijn de volgende:

- geen toestemming vooraf, maar *melding*, dat wil zeggen toezicht

- achteraf;
- geen 'materieel overeenstemmen met', maar vrij. De aanspraak op de ziekenfondsverstrekking moet bestaan, maar hoe de flexizorg wordt ingevuld, is tamelijk vrij;
 - nu ook individuele zorg;
 - eenvoudige aansluitregeling; zorgaanbieders dringen aan op het ontstaan van projecten voor allen.

De tweede verbetering, de vrijere invulling van de flexizorg, maakt het moeilijk om te toetsen, vandaar dat gekozen is voor een toetsing achteraf.

➤ Een leerproces

Flexizorg is een leerproces voor allen. De uitdagingen daarbij zijn:

1. Verzekeraars dragen risico, maar het overdragen van de daarbij behorende bevoegdheden gaat moeizaam. Toch is een zeker vertrouwen ontstaan en de verzekeraars willen dat ook waarmaken.
2. Nu de teugels van verstrekkingen enigszins gevierd zijn, willen zorgaanbieders hun cliënten een gelijk aanbod kunnen doen. Dit betekent dus dat zorgverzekeraars zich nauwelijks met flexizorg kunnen profileren.
3. Er is meer keuze voor de verzekerde en er zijn meer mogelijkheden voor instellingen om binnen en bovenop hun budget extra geld te genereren.
4. Verzekeraars krijgen instrumenten in handen om de kosten van zorgdoelmatigheid en zorg op maat te beïnvloeden.

Aan het einde van de inleiding kunnen we de vraag beantwoorden of flexizorg spanningen veroorzaakt of juist verborgen spanningen aan het licht brengt. Het antwoord op deze vraag is dat flexizorg bestaande spanningen zichtbaar maakt. Voor het omgaan met deze spanningen is het van belang om de partijen in het veld meer ruimte te geven; hen meer los te laten.

Bijlage 5

De (ingedikte) aanbevelingen uit de voor dit advies relevante recente RVZ-adviezen

Inleiding

In deze bijlage worden de aanbevelingen weergegeven van de adviezen die de RVZ in 1996, 1997 en 1998 heeft uitgebracht en die directe raakvlakken hebben met het onderwerp van dit advies. Het betreft de adviezen:

- 96/11 Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming;
- 97/09 De toekomst van de AWBZ;
- 97/17 Prikkels tot doelmatigheid;
- 97/19 Verzekeraars op de zorgmarkt;
- 97/20 Besturen in overleg;
- 98/01 Naar een meer vraaggerichte zorg.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Kernboodschap

Het ziekenhuis is een particuliere instelling met een onmisbare maatschappelijke functie. Ziekenhuiszorg kan technisch gezien als een marktgoed worden behandeld, maar wordt als een collectief goed ervaren. Laat het ziekenhuis als een maatschappelijke onderneming functioneren en breng de overheidssturing daarmee in overeenstemming.

Uitwerking

- 1 De ziekenhuizen moeten het maatschappelijk karakter van hun ondernemerschap nader invullen:
 - 1.1 mission statement;
 - 1.2 algemene toetsingscriteria in zelfbeheer ontwikkelen;
 - 1.3 duidelijkheid verschaffen over de reguliere en de extra zorg;
 - 1.4 geen onderscheid tussen ZFW-verzekerden en particulier verzekerden en tussen werkenden en niet-werkenden;
 - 1.5 transparantie van producten (onder andere door middel van consumenteninformatie);
 - 1.6 kwaliteitsgaranties (onder andere met betrekking tot de tijdigheid, maximaal aanvaardbare wachttijd);
 - 1.7 uitwerking positie Raad van Toezicht (publieke verantwoording);
 - 1.8 transparante en integrale financiële verantwoording aan de overheid.

Tussen markt en overheid

- 2 De overheid moet ruimte scheppen voor maatschappelijk ondernemerschap:
 - 2.1 verzekeringen (aanspraken op ziekenhuiszorg);
 - 2.2 capaciteit (planning en bouw van ziekenhuizen);
 - 2.3 omvang collectieve lasten (macrobudget ziekenhuiszorg);
 - 2.4 bekostiging van ziekenhuizen (tarieven en prijzen);
 - 2.5 kwaliteit van ziekenhuiszorg;
 - 2.6 topklinische zorg (als bijzonder aandachtsgebied voor de rijksoverheid);
 - 2.7 opleiding en onderzoek;
 - 2.8 taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

- 3 Vormgeving van de overheidssturing:
 - 3.1 primair gereguleerde marktwerking met toetsing en bijsturing achteraf;
 - 3.2 toetsing vooraf resteert voor:
 - de aanspraken,
 - het sectorale macrobudget voor bekostiging van de aanspraken,
 - ingrijpende capaciteitsbeslissingen, en
 - bijzondere verrichtingen (topklinische zorg);
 - 3.3 toezicht met mogelijkheden tot bijsturing.

- 4 Onderwerpen voor samenwerking tussen ziekenhuizen zijn in ieder geval:
 - standaardisatie en protocollering,
 - gezamenlijke inkoop, benutting medische technologie en gebouwenbeheer,
 - registratie, informatie-uitwisseling en automatisering,
 - oplossen van capaciteitsproblemen (wachtlijsten),
 - topreferentiezorg en specialisaties.

- 5 Categoricalisatie:
 De rijksoverheid verleent alleen medewerking aan de totstandkoming van categorale ziekenhuizen als deze een meerwaarde hebben ten opzichte van algemene ziekenhuizen, bijvoorbeeld een extra zorgaanbod.

- 6 Transmurale zorg:
 De rijksoverheid kan in het bijzonder aan de ontwikkeling van transmurale zorg bijdragen door een afstandelijker manier van aanbodregulering met als belangrijkste elementen een geïntegreerde aanspraak op ziekenhuiszorg, de voorgenomen Bouwwet, de voorgenomen budgettering van verzekeraars in combinatie met een vrijere tariefstructuur.

Concrete suggesties met betrekking tot de uitwerking

1. De aanspraak op ziekenhuiszorg wordt als volgt geformuleerd: geïntegreerde medisch-specialistische zorg en daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging, verleend door of vanwege een ziekenhuis.
2. Het blijft vooralsnog noodzakelijk door middel van de Bouwwet en de budgetteringssystematiek een belangrijk deel van de kapitaallasten te garanderen en wel voor de accommodatie-onderdelen die rechtstreeks samenhangen met de kernfuncties van het ziekenhuis.
3. Indien de onder de Bouwwet gebouwde capaciteit wordt aangewend voor zorg buiten de wettelijke aanspraken moet een adequate kapitaallastenvergoeding in rekening worden gebracht.
4. Uit een oogpunt van kostenbeheersing heeft het budgetteringsinstrument zijn waarde bewezen. Het verdient aanbeveling vooralsnog een algemeen geldende budgetteringssystematiek te handhaven. Daarin zou een sterker accent op de productie-afspraken moeten worden gelegd. Als de rijksoverheid de verzekeraars een budget geeft voor de uitvoering van de Ziekenfondswet, stelt zij niet langer een plafond aan de kosten van de ziekenhuiszorg.
5. Het is gewenst dat een systeem van producttyperingen niet alleen voor de ziekenhuizen, maar voor de hele transmurale zorgketen bruikbaar is.
6. De taken van het COTG worden uitgebreid met het toezicht op het financieel beleid van de ziekenhuizen.
7. De Raad bepleit een wettelijke informatieplicht voor ziekenhuizen.
8. De rijksoverheid verzoekt de Consumentenbond vergelijkende consumenteninformatie te gaan verschaffen en vraagt de ziekenhuizen daaraan medewerking te verlenen.
9. In de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg wordt de uitbesteding door ziekenhuizen van andere dan kerntaken mogelijk gemaakt.
10. De rijksoverheid geeft in de sectorale zorgvisie aan op welke aspecten van ziekenhuiszorg zij samenwerking tussen ziekenhuizen wenselijk of noodzakelijk acht. De Raad beveelt samenwerking aan op tenminste de volgende aspecten:
 - standaardisatie en protocollering,
 - gezamenlijke inkoop, benutting medische technologie en gebouwenbeheer,
 - registratie, informatie-uitwisseling en automatisering,
 - het oplossen van capaciteitsproblemen (wachlijsten),
 - topreferentiezorg en specialisaties.

11. De rijksoverheid laat de Inspectie voor de volksgezondheid criteria formuleren, waaraan het functioneren van categorale ziekenhuizen kan worden getoetst.
12. De rijksoverheid besteedt in haar sectorvisie aandacht aan een aantal taken die de ziekenhuizen op het terrein van de openbare gezondheidszorg kan vervullen: preventie en ondersteuning van het regionaal zorgcircuit.

De toekomst van de AWBZ

Kernboodschap

Omdat we nu nog de tijd hebben, moet het roer weloverwogen, voorzichtig en zonder grote schokken om. De problemen zijn immers wel dringend, maar niet urgent.

Het roer om betekent dat we de AWBZ een duidelijker plaats en functie moeten geven:

- in het verzekeringsstelsel: onverzekerbare risico's c.q. kwetsbare mensen en voorzieningen,
- in het geheel van voorzieningen: beschermzorg en langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding,
- qua functie: garantie van beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

Het roer om betekent ook dat we duidelijke keuzen moeten maken over de uitvoering:

- het rijk verantwoordelijk voor regie en uitvoering,
- regionale organisatie van de uitvoering,
- zorgkantoor nieuwe stijl,
- een goed geregelde en verplichte afstemming met andere sectoren.

Uitwerking

1. Naar het tweede compartiment kunnen:
 - de langdurige ziekenhuiszorg en revalidatiezorg,
 - de kortdurende, op herstel en stabilisatie gerichte ggz,
 - de kortdurende, op herstel en stabilisatie gerichte verpleging en verzorging.
2. Wonen, zorg en dienstverlening kunnen onder condities worden gescheiden.
3. Condities voor scheiding zijn:
 - harde garanties voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de betrokken voorzieningen,
 - harde garanties voor beleidsafstemming en coördinatie op uitvoerend niveau,

Tussen markt en overheid

- financiële tegemoetkoming aan patiënten voor extra lasten bijvoorbeeld in de vorm van een integratietegemoetkoming.
- 4. De aanspraken op 'beschermzorg' blijven institutioneel omschreven, met dien verstande dat ze door of vanwege de instelling kunnen worden gerealiseerd. De overige aanspraken worden bij voorkeur functioneel en in de vorm van deelaanspraken omschreven en toegespitst op wat voor de verzekerde noodzakelijk, effectief en doelmatig is.
- 5. Patiënten krijgen meer vrijheid om te kiezen of een verstrekking in natura of in geld wordt verleend. De patiënten krijgen meer mogelijkheden om tussen hulpverleners en instellingen te kiezen.
- 6. Als wonen, zorg en dienstverlening worden gescheiden, moet de ratio van eigen bijdragen worden herbezien.
- 7. In de AWBZ wordt de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid voor de uitvoering van de verzekering neergelegd. Deze verantwoordelijkheid omvat de zorgplicht jegens de verzekerden.
- 8. In de AWBZ wordt de functie van het zorgkantoor geregeld en het concessiesysteem en wat verder voor een goede uitvoering van de wet nodig is.
- 9. Het belang van een goede indicatiestelling wettigt regeling van de indicatiestelling bij of krachtens de AWBZ. Als de indicatieprocedure ook op verstrekkingen of voorzieningen van andere regelingen betrekking heeft (met name wonen en dienstverlening), ligt een afzonderlijke wet in de rede.
- 10. Bij scheiding van wonen, zorg en dienstverlening moet aan de beleidscoördinatie ten behoeve van mensen met langdurige en ernstige beperkingen een wettelijke grondslag worden gegeven.
- 11. Onderzoek is nodig naar de aard en omvang van de financiële verschuivingen die te verwachten zijn als gevolg van het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening.
- 12. Splits de eigen bijdragen voor instellingsgebonden zorg in aparte bijdragen voor wonen, zorg en dienstverlening om de financiële gevolgen van het scheiden van de drie functies beter zichtbaar te maken.
- 13. Ontwikkel een systeem van tegemoetkomingen in zorgkosten om patiënten te kunnen compenseren voor extra uitgaven als gevolg van hun ziekte of handicap. Daarmee kunnen eventueel hogere lasten bij scheiding van wonen, zorg en dienstverlening worden opgevangen.
- 14. Het regeerakkoord is de aangewezen plek om een aantal

Tussen markt en overheid

basisbeslissingen over de toekomst van de AWBZ vast te leggen. Deze zijn:

- het toekomstig profiel van de AWBZ,
- het principe van scheiding van wonen, zorg en dienstverlening,
- de verantwoordelijkheid van de overheid,
- de regionale uitvoering en beleidsafstemming.

15. Voor de aansturing van het veranderingsproces wordt een projectorganisatie ingesteld onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS. De looptijd is vier jaar (kabinetsperiode), te verlengen na rapportage aan de Kamer in het derde jaar van het project.

Prikkels tot doelmatigheid

Kernboodschap

De voorkeur van de Raad gaat uit naar de oplossingsrichting van het maatschappelijk ondernemerschap, waarin het veld vertrouwen krijgt, verantwoordelijkheid neemt en verantwoording aflegt. Als bekostigingssysteem vindt de Raad voor de middellange termijn het competitieve budgetsysteem, zoals dat in het vorige hoofdstuk beschreven is, een optie die het overwegen waard is. Het systeem past goed binnen een regiomodel met risicodragende en gebudgetteerde zorgverzekeraars, waarbij sprake is van getrapte budgettering: de zorgverzekeraars bepalen via de inkoop van de - voor hun verzekerdenpopulatie noodzakelijke - zorgproducten de budgetten van de individuele instellingen. Het competitieve budgetsysteem zorgt voor een adequaat prijsniveau. De voor alle verzekeraars en instellingen gelijke prijzen voorkomt prijsgerelateerde kwaliteitsdifferentiatie: de prikkel om bijvoorbeeld lage kwaliteit van zorg tegen een lage prijs in te kopen, ontbreekt. Een mogelijke negatieve prijs/kwaliteitsspiraal ontbreekt.

Uitwerkingen

1. Voor de korte termijn is een verdere uitbreiding van regionale aanneemsommen c.q. lumpsumbenadering wenselijk.
2. Verder uitwerken van een systeem van productprijzen.
Voor de caresector is een systeem op basis van zorgzwaarte het meest aangewezen. De ervaringen die worden opgedaan met de geplande invoering van een dergelijk systeem in de gehandicaptenzorg zullen hierbij zeer waardevol zijn.
Voor de tweedelijns curatieve zorg lijkt een producttypering, gebaseerd op verwijzingen van de huisarts gecombi-

- neerd met behandelingsrichtlijnen c.q. normatieve diagnose behandelcombinaties (DBC's), de beste oplossing.
3. Experimenten starten met een competitief budgetsysteem in het tweede compartiment. Dit kan goed binnen de algemene kaders waarin de huidige experimenten, zoals regionale aanneemsommen, plaatsvinden. Een randvoorwaarde is uiteraard dat een voldoende aantal producttyperingen beschikbaar is (zie aanbeveling 2). Vervolgens moet inzicht komen in de kostprijsopbouw van te onderscheiden producten. Op het terrein van het inzicht krijgen in kostprijzen zijn reeds activiteiten gaande, waarbij kan worden aangesloten. Daarna kan worden 'proefgedraaid' in een beperkt aantal instellingen en een beperkt aantal producten om de methodiek te testen. Gezien dit beperkte aantal deelnemers kan hiermee het competitie-element uiteraard niet worden beproefd. Vervolgens kan voor een beperkt aantal producten een experiment op landelijke schaal worden uitgevoerd, waarna het aantal producten verder wordt uitgebreid.
 4. Voor extramurale medische hulpmiddelen experimenten initiëren met een persoonsgebonden budget (PGB) op basis van normbedragen. Aangezien een dergelijk systeem goed aansluit bij het bestaande restitutiesysteem dat particuliere verzekeraars hanteren, ligt het voor de hand daar te starten met experimenten.
 5. Rekening en verantwoording van zorginstellingen aan de samenleving waarborgen door eisen te stellen aan de verslaglegging: gestandaardiseerde, openbare en door een accountant goedgekeurde jaarrekening en kwaliteitsrapportage.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Kernboodschap

Dit advies heeft vooral betrekking op het tweede compartiment. Ook in het tweede compartiment moeten de zorgverzekeraars maatschappelijke ondernemers zijn. Zorgverzekeraars moeten zich door middel van een actief op de regio gericht zorgbeleid ondernemend inzetten voor het publieke belang van een goed toegankelijke, doelmatig georganiseerde en kwalitatief hoogstaande zorgverlening. Dit maatschappelijk ondernemerschap rust op drie pijlers: trust, transparantie en toezicht.

Deze kernboodschap wordt als volgt nader uitgewerkt.

Sturing

Vanwege de publieke functie van het tweede compartiment (toegang voor iedereen) is aansturing van zowel de verzekering als de zorg nodig.

➤ De verzekering

- het duale stelsel van het tweede compartiment brengt met zich mee dat aansturing door de rijksoverheid zich moet concentreren op de Ziekenfondswet en de WTZ: pakket, premie en toelating van verzekeraars; voor de particuliere verzekeringen zijn zelfsturing door de sector (de gedragscode bijvoorbeeld) en overleg tussen overheid en verzekeraars de aangewezen weg;
- aanbodsturing door verzekeraars op basis van maatschappelijk ondernemerschap.

➤ De zorg

- de zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit en de organisatie van de zorg;
- verzekeraars onderhandelen voor hun verzekerden over de capaciteit, het volume, de organisatie, de kwaliteit en de prijs van de zorg;
- de overheid blijft verantwoordelijk voor de grootschalige capaciteitsbeslissingen, de omvang van de lasten, de topklinische zorg en de ontwikkelingsgeneeskunde en stelt randvoorwaarden voor de overige capaciteitsbeslissingen, de bekostiging, de kwaliteit, de initiële opleiding en het onderzoek;
- de zorgcontractering in het tweede compartiment dient volgens de principes van het maatschappelijk ondernemerschap plaats te vinden. De overheid stuurt de verzekeraars daarop aan door middel van een toelatingsbeleid, structureel overleg, activering van de zorgsturing in het publiek belang en door hen ondernemersrisico te laten lopen.

➤ Toelatingsbeleid

Ziekenfondswet

- Scherpere toelatingscriteria uitvoeringsorganisaties ZFW
Het in de Ziekenfondswet genoemde criterium voor toelating dat een verzekeraar 'in staat moet worden geacht de taak van een ziekenfonds naar behoren uit te oefenen' dient explicieter te worden gemaakt. Zonder een uitputtende opsomming te beogen, kan op de volgende criteria worden gewezen:
 - voldoen aan de eisen van trust, transparantie en toezicht,
 - criteria van goed verzekeraarschap in acht nemen,
 - een actief contracteerbeleid voeren op basis van een zorgplan dat is opgesteld in overleg met regionale partijen,

- meewerken aan regionale beleidsafstemming.
- Periodieke evaluatie.
- Niet alleen de organisatie (verzekeraar) verantwoordelijk maar ook een persoonlijk verantwoordelijkheid van bestuurders.

Particuliere verzekeringen

- Ook particuliere ziektekostenverzekeraars periodiek laten beoordelen over de wijze waarop zij uitvoering geven aan hun verzekeraarschap in het tweede compartiment.

➤ Overlegfunctie

- overlegfunctie in apart advies (zie RVZ 97/20 Besturen in overleg);
- structureel overleg over de modernisering van de aanbodregulering;
- afspraken over informatieverschaffing en het gebruik van informatie;
- regionale informatiestructuur voor consumenteninformatie.

Activering van de zorgsturing

- Verzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, dienen ziekenfondsverzekerden binnen hun statutaire werkgebied te voorzien van door henzelf gecontracteerde zorg.
- Verzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, zorgen binnen hun werkgebied voor een actief contracteerbeleid op basis van een beleidsplan. Patiënten/consumentenorganisaties en andere regionale partijen worden bij de opstelling daarvan betrokken.
- In de Ziekenfondswet worden de bepalingen over de Uitkomsten van Overleg en de modelovereenkomsten geschrapt.
- Verzekeraars ontvangen voor het regionaal contracteren op enigerlei wijze een beloning.
- Voor de regio's waarin verzekeraars niet zelf zorg (kunnen) contracteren, kunnen zij die contracteerfunctie 'inkopen'.

Gelijke toegang

- Verschillen in toegankelijkheid die voortkomen uit marktverhoudingen en verenigbaar zijn met de wettelijke bepalingen over het 'gelijkheidsbeginsel' zijn 'normaal'. Maar de verschillen moeten te rechtvaardigen zijn.
- Verschillen in behandeling zijn mogelijk. Waar het om gaat, is dat de ongelijke behandeling in redelijke verhouding moet staan tot relevant geachte verschillen. Alleen relevante eigenschappen of kenmerken mogen ten grondslag liggen aan het maken van onderscheid. Kanttekeningen bij het begrip relevantie:
 - . zorg, wonen en dienstverlening niet over één kam scheren,
 - . gezondheidszorg is niet alleen medische zorg. Sommige

- niet-medische criteria, zoals de aanwezigheid van mantelzorg, zijn bijvoorbeeld relevant op het terrein van verpleging en verzorging,
 - sociaal-medische naast biomedische criteria,
 - alleen op grond van het kenmerk 'werknemer' geen voorrang.
- De ziekenfondsverzekering, de ambtelijke ziektekostenregelingen, de standaardpakketpolis en de particuliere verzekeringen zijn afzonderlijke verzekeringen. Verzekerden kunnen alleen binnen het raam van hun eigen verzekering een gelijke behandeling claimen op grond van een gelijke aanspraak.
- Onduidelijkheid over de inhoud van aanspraken doet zich in de praktijk vooral voor op het grensvlak van het tweede en het derde compartiment. De overheid moet in overleg met partijen duidelijkheid schaffen over afbakening tweede en derde compartiment. De overheid moet optreden tegen verzekeraars die ziekenfondsverzekerden niet gelijk behandelen.
- Onder aan de sociale ladder is het ongezond. Dat feit is de belangrijkste reden dat het gebruik van gezondheidsvoorzieningen toeneemt naarmate de sociaal-economische status lager wordt. Er is een ondergrens aan de schaarste die in de gezondheidszorg toelaatbaar is. Wordt die grens overschreden zullen rijken en werkenden met voorrang toegang krijgen tot schaarse voorzieningen.

Bevordering flexibiliteit, doelmatigheid en samenhang

- Maatschappelijk ondernemerschap is de sleutel.
- Ruimte voor ondernemend handelen is voorwaarde voor maatschappelijk ondernemerschap.
- Als ziekenfonds toegelaten verzekeraars moeten in hun contracten met zorgaanbieders projectsubsidies ten laste van de ziekenfondsverzekering kunnen verstrekken (binnen hun individuele verzekeraarsbudget).
- Verzekeraars en aanbieders moeten op grond van een onderling contract met capaciteiten en daarmee gepaard gaande delen van budgetten kunnen schuiven ter bevordering van transmurale zorgprocessen en de vorming van zorgketens. Een en ander onder voorwaarden en met waarborgen voor transparantie en toezicht.

Normen voor goed verzekeraarschap

Verschillende functies:

- Verhelderen van de wederzijdse betrekkingen in de verhouding verzekeraar - zorgaanbieder, vooral ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.
- Voor publieke functie zijn normen ten aanzien van toeganke-

Tussen markt en overheid

lijkheid van belang.

De huidige gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland is vooral voor intern gebruik. Deze code zou moeten worden aangescherpt en aangevuld om bruikbaar te kunnen zijn als vervanging van overheidsregulering. Voor zo'n code (die ook de toelatingsnormen omvat) is een wettelijke basis nodig.

Besturen in overleg

Kernboodschap

De RVZ vindt het behoud van een herkenbare beleidssector volksgezondheid en zorg noodzakelijk. Concreet: een minister van VWS en een zelfstandig en krachtig departement met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot het macrobudget voor deze sector.

De Raad beveelt aan het beleidsterrein volksgezondheid en zorg zo te definiëren dat een financieel en politiek beheersbare beleidseenheid ontstaat. Ook is het noodzakelijk dat helder is - als het gaat om de gezondheidstoestand van de bevolking en om gezondheidsbescherming - wat tot de ministeriële verantwoordelijkheid van VWS behoort (het mandaat) en wat bij andere ministeries thuishoort. Een kabinetsstandpunt hierover is gewenst. Daarin zou aan de 'gezondheidseffectscreening' een politieke, interdepartementale status kunnen worden gegeven.

VWS moet een stimulerend, herkenbaar, bereikbaar en gezaghebbend departement zijn. Voorwaarde hiertoe: een actieve opstelling van minister en departement als regisseur van beleidsprocessen en van de informatiestromen daarin.

VWS moet een bestuurlijke visie voor het eigen beleidsterrein hebben. Aspecten uit die visie:

- het specifieke besturingsmodel voor de zorgsector,
- een visie op de (modernisering van de) aanbodregulering,
- de grenzen van het beleidsterrein,
- de rol van de overheid.

Uitwerking

➤ Gestructureerd overleg

Een gestructureerd overleg tussen minister en veld: het zorgforum. Een dergelijk overleg is een noodzakelijk instrument in het sturingsconcept van de toekomst (nadruk op maatschappelijk ondernemen; helder onderscheid publiek-privaat; rol overheid

scherp omschrijven; moderniseren aanbodregulering; vertrouwen; toezicht en controle achteraf.

In dit 'zorgforum' ontmoeten minister en vertegenwoordigers van de sector elkaar met als oogmerk het bevorderen van de samenhang en de rust in de sector, maar ook het uitwisselen van waardeoordelen vanuit achterbannen en het exploreren van het gemeenschappelijk element daarin.

Dit gestructureerd overleg heeft een tweeledig doel:

1. het verwerven van maatschappelijk draagvlak en het daarmee verbeteren van de kwaliteit van de besluitvorming,
2. een wederzijdse beïnvloeding van de culturen markt en overheid door informatie-uitwisseling en kennisruil.

Bijkomende latente doelen zijn: conflictpreventie en -beheersing.

➤ De vorm van dit overleg

- niet in een afzonderlijke wet regelen, wel in een convenant;
- agenda: toegankelijkheid, verzekeringsstelsel en kostenbeheersing;
- deelnemers: alle representatieve partijen met kennelijke belangen, dus ook afhankelijk van het onderwerp van overleg (koepel- en brancheorganisaties, beroepsverenigingen, maar ook regionale zorgnetwerken, de managers/bestuurders van zorginstellingen, bedrijfsleven (organisaties van werkgevers en werknemers) De patiënt verdient een steviger plaats aan tafel: versterk zijn marktpositie, o.a. door vermindering van de aanbodregulering;
- het overleg moet een doel hebben. De minister sluit met behulp van het gestructureerd overleg om het jaar een tweejaarlijks zorgakkoord met veldpartijen;
- overleg op basis van gelijkwaardigheid: het forum functioneert op basis van ruilverhoudingen, overheid: schaarste (omvang, allocatie, prioriteiten, gevolgen) en veldpartijen: doelmatigheid, kwaliteit, effectiviteit (afrekenen op behaalde resultaten), en vooral: zelfregulering. Voor beide partijen is informatie ruilgoed.

➤ Informatie-uitwisseling

- ten behoeve van het overleg moet er een onafhankelijke informatie-autoriteit en/of planbureau functie komen met als taken:
 - het analyseren en beleidsrelevant maken van informatie over de toegankelijkheid (objectiveerbare informatie over de afstemming van vraag en aanbod),
 - de onderbouwing van de effectramingen van beleidsvoor-nemens;
- toezichthouders zijn belangrijk in de informatie-architectuur;

Tussen markt en overheid

- om een actief antikartelbeleid te kunnen voeren, dient de rijksoverheid te kunnen beschikken over voldoende informatie over samenwerking en fusies. Hier spelen uitvoerings- en toezichthoudende organen een rol;
 - een wettelijke regeling inzake informatierelaties met als onderwerpen:
 - . het bestaan van een onafhankelijke informatieautoriteit,
 - . de levering van informatie door verzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaren,
 - . de wijze van registratie en beheer,
 - . het gebruik van uit het toezicht verkregen informatie.
- Het overleg en de andere bestuurlijke functies
- overleg scheiden van advies, beleid, uitvoering en toezicht;
 - bij scheiden hoort wel een regierol van de overheid;
 - expliciteer de specifieke rol van de door de overheid ingestelde organen in het beleidsproces;
 - overheid besteed meer aandacht aan het strategisch en logistiek management van het beleidsproces;
 - in alle fasen van het beleidsproces behoefte zal bestaan aan maatschappelijk draagvlak voor beslissingen in het beleidsproces. Dit betekent dat de overlegfunctie in wisselende vorm in alle fasen moet worden vervuld.

Naar een meer vraaggerichte zorg

Kernboodschap

Patiënten moeten meer invloed krijgen op (de keuzes in) de zorgverlening.

Om dit doel te bereiken moeten meerdere strategieën in onderlinge samenhang worden ingezet. Naast de reeds lang gebruikte strategieën deskundigheidsbevordering, versterking van de patiëntenrechten en aanbodregulering, moet de overheid meer gebruik maken van economische strategieën: het oplossen van beleidsproblemen door gebruik te maken van financiële prikkels of door in te grijpen in de economische machtsverhoudingen.

Uitwerking

- 1 Vergroten van de keuzemogelijkheden van patinten:
 - 1.1 Flexibilisering van de verzekeringsaanspraken
 - functionele en niet institutionele aanspraakomschrijvingen,
 - bied ook (binnen grenzen) verschillende uitvoeringsmodaliteiten aan,
 - om de kosten te kunnen beheersen verzekeraarsbudgette-

- ring (tweede compartiment), regiobudgettering (eerste compartiment);
- 1.2 Verdere uitbouw van alternatieve (persoonsgebonden) aanspraken
 - aanspraak in de vorm van 'zorgkoopkracht' naast aanspraak in natura/restitutie,
 - verschillende vormen,
 - . persoonsgebonden budgetten (min of meer vrij te besteden geldbedragen)
 - . zorgrechten/vouchers
 - . persoonsvolgende budgetten (meer zeggenschap binnen intramurale zorgarrangementen)
 - . maximumvergoedingslimieten;
 - 1.3 Vergroten daadwerkelijke keuzemogelijkheden
 - patiënten moeten (als dit maar enigszins mogelijk en uit kwaliteitsoogpunt verantwoord is) uit tenminste twee alternatieve zorginstellingen kunnen kiezen,
 - voorkomen van monopolieposities/marktverdeelafspraken.
 - 2 Verbeteren van de informatie aan patinten:
 - 2.1 Verbeteren patiënteninformatie tijdens de hulpverlening
 - operationaliseren WGBO in het bijzonder het 'informed consent',
 - meer aandacht voor vraagverheldering;
 - 2.2 Verbeteren patiënteninformatie over het zorgaanbod
 - informatievoorziening over de aanspraken verbeteren,
 - patiëntenversies van behandelprotocollen ontwikkelen,
 - vergelijkende informatie-overzichten van zorginstellingen (en in een later stadium van vrij gevestigde beroepsbeoefenaren) (Michelingids),
 - wettelijke aanspraak op informatievoorziening en beslisondersteuning;
 - 2.3 'Goed patintschap' ontwikkelen en bevorderen.
 - 3 Meer vraagsturing in de aanbodregulering:
 - 3.1 Meer vraagsturing in de capaciteitsplanning en de beslissingen over het gebruik van de capaciteit
 - incentives in de contractering,
 - incentives bij capaciteitsbeslissingen;
 - 3.2 Een beter op de vraagontwikkeling gebaseerde financiële macrokaderstelling
 - financiële kaders meer relateren aan de discrepantie vraag - aanbod,
 - verbetering van de beleidsinformatie op strategisch

- niveau,
 - verbetering van de beleidsinformatie op tactisch niveau;
- 3.3 Versterking van de invloed van patiënten bij zorginstellingen en zorgverzekeraars
 - verbeteren van de daadwerkelijk medezeggenschap van cliënten/patinten, met name bij langdurige zorgrelaties,
 - verbeteren van de daadwerkelijk medezeggenschap van verzekerden, met name in het eerste compartiment (tweede compartiment mogelijkheid voor het stemmen met de voeten);
- 3.4 Versterking van de invloed van patiënten op regionaal niveau
 - RP/CP's,
 - zorgkantoren;
- 3.5 Versterking van de invloed van patiënten op landelijk niveau.
- 4 Betere afstemming tussen de stelsels:
 - 4.1 Opstellen van een integrale regiovisie
 - meer aandacht aan behoefte-inventarisaties,
 - zorgvisies moeten integraal en (zorg)sectoroverstijgend zijn;
 - 4.2 Integrale indicatiestelling op meerdere beleidsterreinen
 - heldere relatie tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing (o.a. door mandatering),
 - indicatiestelling als informatiebron;
 - 4.3 Vergroten van de kennis van hulpverleners uit de gezondheidszorg over de aanpalende beleidssectoren
 - Gezondheidshulpverleners moeten patiënten die een beroep moeten doen op aanpalende voorzieningen kunnen informeren c.q. kunnen verwijzen.

Bijlage 6

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Basisonderzoek kosten structuur ziekenhuizen
DBC	Diagnose behandel combinatie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
iBMG	Instituut Beleid Management Gezondheidszorg
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgeving
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
PGB	Persoons gebonden budget
RP/CP	Regionaal Patiënten/Consumenten Platform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
TBC	Tuberculose
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaardeontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
WHO	World Health Organization
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 7

Literatuur

Algra, W. *et al.* Thema: de markt van koopman en koning. *ZetN*, 1998, nr. 2.

Ankoné, A. Ondanks hoge collectieve uitgaven weinig inkomenssolidariteit in Nederland. *Medisch Contact*, 1998, nr. 14, p. 449-452.

Bartelsman, E.J. en Cate, Ph.A. ten. Een gezonde markt of een politieke zorg. *Tijdschrift voor politieke economie*, 1997, nr. 2, p. 179-193.

Berg, J.M.J. van den. De machteloze wetgever. *Beleid en Maatschappij*, 1983, nr. 3, p. 55-65.

Cerfontaine, G. Het ziekenhuis moet van het hele personeel zijn. Ik ben dus voor het geven van opties. *Vrij Nederland*, 4 juli 1998.

Commissie structuur en financiering gezondheidszorg/Commissie-Dekker. *Bereidheid tot verandering*. S.l.: s.n., 1987.

Doorn, J.A.K. van. De verzorgingsmaatschappij in de praktijk. In: Doorn, J.A.A. van en Schuyt, C.J.M. (red.). *De stagnerende verzorgingsstaat*. Meppel: Boom, 1978.

Enthoven, A. Managed Competition of Alternative Delivery Systems. *Journal of Health Politics, Politics and Law*, 1988, 13, nr. 2.

Evans, R.G. Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. *Journal of Health Politics and Law*, 1997, 22, nr. 2, p. 427-463.

Geelhoed, L.A. *De interveniërende staat, aanzet voor een instrumentenleer*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1983.

Ginzberg, E. The Grand Illusion of Competition in Health Care. *Jama*, 1983, 249, nr. 14, p. 1857-1859.

Graat, P.A.M.J. *Maatschappelijk bestuur*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1998.

Grinten, T.E.D. van der. Macht, tegenmacht, onmacht: de hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In: Dekker, E. en Elsinga E. (red.). *Mensen en machten: gezondheidszorg in de jaren negentig*. Houten: Bohn/Stafleu, 1990.

Grinten, T.E.D. van der. *Toekomstbeelden en strategieën van de zorg. Omgaan met dilemma's*. Voordracht symposium Zorg en Toekomst van de stichting Sympoz. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit, 1998.

Grünwald, C.A. en Kwartel, A.J.J. van der. Ordeningsprocessen in de Gezondheidszorg. De ongrijpbare regio. *Beleid en Maatschappij*, 1996, nr. 5, p. 223-234.

Health care in America. Your money or your life. *The Economist*, 1998, nr. 3, p. 25-30.

Interdepartementale Commissie Harmonisatie van het Wetgevingsbeleid. *Zelfregulering: een praktijkverkenning*. 's-Gravenhage: ICHW/VWS, 1995.

In de gezondheidszorg is nog veel winst te behalen. *Medisch Nieuws*, 1997, nr. 11, p. 27-40.

Jong, H.W. de. Meer markt, meer welzijn? *ESB-Dossier*, 1998, nr. 4156, p. 13-15.

Kasdorp, J.P. *Grenzen aan het recht op gezondheidszorg*. Preadvies aan de Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht: Vereniging voor gezondheidsrecht, 1988.

Kemperink, G.N.H. *et al. De gevolgen van privatisering voor de publieke taakstelling*. Deventer: Kluwer, 1995.

Keuzenkamp, H.A. *et al. Achtergronden van het marktwerkingbeleid*. *ESB-Dossier*, 1998, nr. 4156.

Kerkhoff, A.H.M. *De staat als dokter*. Bussum: Coutinho, 1997.

Kuttner, R. *Everything for sale. The Virtues and Limits of Markets*. New York: Alfred A. Knopf, 1997.

Leenen, H.J.J. *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*. Hilversum: C. de Boer jr./Paul Brand, 1966.

Mamuth, H.A. *Markteconomie: analyse en evaluatie!* Utrecht: S.n., 1991.

Meurs, P.L. *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg.* Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit, 1997.

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. *De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief.* Utrecht: NP/CF, 1998.

Okma, G.H. Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor politieke economie*, 1997, nr. 2, p. 164-178.

Patients or profits? *The Economist*. 1998, maart, p. 17.

Regulatory Reform Governments. *OECD Policy Brief*, 1998, nr. 4, p. 1-7.

Roscam Abbing, H.D.C. en Rutten, F.F.H. *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland.* Deventer: Kluwer, 1985.

Rijt, D. van de. *Competition in collectively financed home care in the Netherlands.* Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

Saltman, R. en Figueras, J. Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*, 1998, maart/april, p. 85-108.

Swaan, A. de. *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd.* Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1993.

Thema: Overheid en macht. *Openbare Uitgaven*, 1988, nr. 4.

Tijmstra, Tj. en Heinsbroek, N. Meninge over de zorgverlening in Nederland. *Medisch Contact*, 1998, nr. 24, p. 811-813.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Marktwerking in de gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1997-1998. Nr. 25962, 1.

Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector/ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Tijd om mee te doen: ondernemen in sociaal beleid*. Utrecht/Rijswijk: VOG/VWS, 1997.

Volksgezondheidsnota 1966. 's-Gravenhage: ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1966.

Werkgroep Markt en Overheid. *Eindrapport project marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit*. S.l.: s.n., 1997.

Werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit. *Rapport Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg*. S.l., s.n., 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Volksgezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1997.

Wijnand, W.P.M.M. van de, Schut, F.T. en Rutten, F.F.H. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Sociale Science & medicine*, 1994, 39, nr. 10, p. 1405-1412.

Bijlage 8

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,--.

Werkprogramma 1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

Werkprogramma 1996

96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer:	
	privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondnota)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
	Deel 1: Advies	
	Deel 2: Achtergronden	
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

Werkprogramma 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/05	Met zorg wonen	25,00

Tussen markt en overheid

	deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen	40,00
	deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest : essay door Herman Vuijsje	10,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond- nota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
Werkprogramma 1998		
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
98/03	Werkprogramma 1999	gratis
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/05	Achtergrondstudie Transmurale zorg: redesign van het zorgproces	20,00
98M/01	Magazine bij het advies Met zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	3,50

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-040-1

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,--
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 98/06*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- 1 Zie de Volksgezondheidsnota 1966, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1966. Een fascinerend overzicht van sociaal- en politiek-filosofische denkbeelden over staat en gezondheidszorg is te vinden in: A.H.M. Kerkhoff, **De staat als dokter**, Bussum, Coutinho, 1997.
2. H.J.J. Leenen, **Sociale grondrechten en gezondheidszorg**, C. de Boer jr./Paul Brand, Hilversum, 1966. Meer recent: P.A.M.J. Graat, **Maatschappelijk bestuur**, Tjeenk Willink, 1998.
3. Zie o.a. J.A.A. van Doorn, De verzorgingsmaatschappij in de praktijk, in J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt red., **De stagnerende verzorgingsstaat**, Boom, Meppel, 1978. Over 'indirect rule' schrijft J.Th.J. van den Berg, **De machteloze wetgever**, Beleid en Maatschappij, 1983,3, pag. 55-65.
4. T.E.D. van der Grinten, Macht, tegenmacht, onmacht: de hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In: E. Dekker en E. Elsinga (red.), **Mensen en machten: gezondheidszorg in de jaren negentig**, Bohn/Stafleu, Houten, 1990
5. Zie A. de Swaan,
6. Een overzicht van de ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen geven H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, **Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland**, Kluwer, Deventer, 1985. Zie verder J.P. Kasdorp, **Grenzen aan het recht op gezondheidszorg**, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1988.
7. **Bereidheid tot verandering**, Advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's-

Gravenhage, 1987.

8. Zie: L.A. Geelhoed. De interveniërende staat. Aanzet voor een instrumentenleer. 's-Gravenhage, 1983

9. Uit: H.A. Mamuth. Markteconomie. Analyse en evaluatie. Utrecht, 1991

10. Zie: A. Enthoven, **Managed Competition of Alternative Delivery Systems**. Journal of Health Politics, Politics and Law. Volume 13, nr. 2, 1988.

11. Dit geldt voor de zorgmarkt, zoals blijkt uit het feit dat de aanbodregulering van voor het rapport van de commissie Dekker nog steeds bestaat, maar de toepassing wat vrijer wordt. De verzekeringsmarkt is een ander verhaal. Daar is meer sprake van een gereguleerde markt.

12. In 1998 hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars hun regiovertegenwoordiging gemoderniseerd. De regionale zorgverzekeraar zit als marktleider aan de onderhandelingstafel namens de eigen verzekerden. De regiovertegenwoordiger praat namens alle andere zorgverzekeraars. Hij vertegenwoordigt 'de rest van Nederland' in de regio. In de rapportage van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg wordt gepleit voor 'een regisserende, stimulerende en kostenbewakende rol' van de regionale marktleider, die als het ware optreden als 'regiovertegenwoordiger' in de onderhandelingen met de ziekenhuisinstellingen. Tegelijkertijd wordt voor de AWBZ het regionale zorgkantoor nieuwe stijl ingevoerd. Per regio gaat één regionale zorgverzekeraar als zorgkantoor functioneren, wat wil zeggen dat hij voor zijn regio de gehele zorgcontractering van AWBZ-voorzieningen doet.

13. Deze stelling heeft geen betrekking op de intenties van het beleid, maar op de huidige praktijk. De intenties zijn in oktober 1998 door minister Borst verwoord tijdens de jaarlijkse branchebijeenkomst van Zorgverzekeraars Nederland. Zij kiest voor verantwoordelijke zorgverzekeraars (maatschappelijk ondernemers), die risico dragen, maar daartegenover dan ook uitgerust zijn om verantwoordelijkheden waar te maken. Over de praktijk zegt zij: 'Ik weet ook dat het de afgelopen jaren vaak moeilijk is gebleken om daden bij woorden te voegen. Maar de tijd van 'no-regret' is voorbij'.

14. Dat is de kern van 'maatschappelijk ondernemen': ondernemend handelen voor publieke doeleinden of, zoals minister Borst het heeft geformuleerd, 'het uitoefenen van grotendeels publieke taken met een mix van aan de publieke sector en marktsector ontleende instrumenten'. Maatschappelijk ondernemen wordt zowel van zorgaanbieders, als van zorgverzekeraars gevraagd.

15. Hiervoor zijn de volgende aanwijzingen: de regio is het bestuurlijk speelveld, vaak verenigt de regionale verzekeraar in zich de taak van contracterend marktleider (ziekenfondsverzekeraar) en zorgkantoor (AWBZ), van beide wordt een op de publieke taak gerichte spelopvatting verwacht en ten behoeve van de transmurale samenwerking zijn zorgcontracten nodig waarbij zowel ziekenfondsen als zorgkantoren partij zijn.

16. Het inzicht in het aantal wachtenden en de duur van het wachten op zorg neemt toe, hoewel er nog steeds weinig zicht is op de schadelijke gevolgen van wachttijden op de gezondheid. De hoofdinspecteur voor de gezondheidszorg heeft in zijn jaarrapportage over 1997 vooral gewezen op de schadelijke gevolgen van wachttijden in de thuiszorg, met name in relatie tot terminale zorg. Daarnaast wijst de hoofdinspecteur erop dat zorgvershraling in sommige verzorgingshuizen en in delen van gehandicaptenzorg en

psychiatrische zorg de grens van het acceptabele heeft bereikt. Verschraling in de thuiszorg heeft tot gevolg dat de toegankelijkheid wordt aangetast. De hoofdinspecteur meldt dat de indicatiecriteria zijn aangescherpt met het gevolg dat een aantal mensen niet meer in aanmerking kwamen voor hulp of minder hulp ontvingen dan vroeger. Daaraan voegt hij toe: 'Desondanks kregen in 1997 de patiënten een derde minder hulp dan was geïndiceerd. Bovendien hanteerde twee derde van de instellingen een wachtlijst.'

17. In het advies 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming' is de beperkende invloed van het verbrokkelde gezondheidszorgssysteem met zijn financiële schotten en centrale regie op de ontwikkelingsmogelijkheden voor transmurale zorg nader uitgewerkt. In het advies 'Naar een meer vraaggerichte zorg' is uiteengezet hoe de inrichting van het verzekeringsstelsel en de financiële kaderstelling kunnen verhinderen dat de beschikbare zorg voldoet aan de wensen van de patiënten.

18. Illustratief is het pgb. Zoals bekend klagen patiënten steen en been over de uitvoering van de pgb-regeling door de Sociale Verzekeringsbank. Patiëntenorganisaties hebben daarom verzocht om de uitvoering in handen te geven van de budgethouder zelf. Staatssecretaris Vliegert antwoordt dat dit om twee redenen niet kan. Er moet een orgaan zijn dat toezicht houdt op het rechtmatig besteden van de budgetten. Verder zijn niet alle budgethouders in staat in voorkomende gevallen de wettelijke verplichtingen als werkgever na te komen. Alleen het laatste argument snijdt - in voorkomende gevallen - hout, maar leidt niet tot de conclusie dat er een orgaan nodig is dat namens alle pgb-houders als werkgever optreedt. De pgb-regeling geeft blijk van wantrouwen jegens de patiënt.

19. Een en ander wordt uitvoerig uitgewerkt in de achtergrondstudie bij dit advies 'Maatschappelijk

ondernemen in de zorg'.

20. Zie hierover uitvoerig het advies 'Besturen in overleg'.

21. Uitgewerkt in de adviezen 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming', 'Verzekeraars op de zorgmarkt' en 'Besturen in overleg'.

22. Illustratief zijn de opmerkingen van H. Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, bij de opening van het nieuwe kantorenpand van zijn organisatie in oktober 1998. Hij zei bij die gelegenheid dat het nieuwe mededingingsbeleid binnen de zorgsector een dilemma schept over de vraag hoe de verantwoordelijkheden moeten worden verdeeld. Wiegel zei tegen minister Borst dat de overheid enerzijds de zorgverzekeraars afrekent op hun verantwoordelijkheid, maar anderzijds verzekeraars (zowel particuliere verzekeraars als ziekenfondsen) onder het regime van de nieuwe Mededingingswet heeft gebracht. De markt wordt vanuit deze perceptie gezien als ordeningsinstrument, maar tegelijkertijd dienen verzekeraars zich op te stellen als maatschappelijke ondernemers met publieke taken. En dat terwijl de nieuwe minister van Economische Zaken heeft aangekondigd de Nederlandse Mededingingsautoriteit te verzelfstandigen, waarmee de politiek allengs invloed verliest op de ordening van de markt. Wiegel vindt dat hierdoor onduidelijkheid dreigt te ontstaan.

23. Het regeerakkoord van Paars 2 is hierover duidelijk. Uitvloeisel van de in het regeerakkoord aangekondigde verbetering van de toezichtfunctie is het onderzoek dat zes departementen onder aanvoering van Financiën uitvoeren naar de vraag of het huidige toezicht effectief genoeg is om machtsconcentraties in de gezondheidszorg te beïnvloeden.

24. Robert Kuttner in **Everything for sale; The Virtues and Limits of Markets**, Alfred A. Knopf, New York, 1997.) de gezondheidszorg als een 'structureel zeer imperfecte markt' omdat de maatschappij in de gezondheidszorg waarden verwacht aan te treffen, die buiten het bereik van de markt liggen. Om er twee te noemen: toegankelijkheid voor rijk en arm en hulpverleners die zich in de eerste plaats door het belang van hun patiënten laten leiden. Hij stelt dat de maatschappij niet op marktprikkels kan vertrouwen om opportunistisch gedrag op de zorgmarkt in te perken. Hij ontleent zijn argumenten aan de recente geschiedenis van het zorgbeleid in de Verenigde Staten.

25. Twee voorbeelden.

1. De keuze voor handhaving van een hybride beleidssysteem, een keuze die ook in het regeerakkoord wordt gemaakt, kan waarschijnlijk om een aantal redenen niet worden gerealiseerd in een geprivatiseerd verzekeringsstelsel. Als met andere woorden de discussie over het verzekeringsstelsel die uitkomst mocht gaan krijgen, zal de nu gekozen koers waarschijnlijk vastlopen. In een geprivatiseerd verzekeringsstelsel worden zorgverzekeraars immers marktgerichte ondernemers. Verder vervalt de sociale verzekering die als hoeksteen van het bestaande beleidssysteem functioneert, en daarmee de publieke functie van het contracteerbeleid en de ratio voor een bestuurlijke rol van de verzekeraars. De middelen die voor de gezondheidszorg worden uitgegeven, gaan dan nagenoeg alle tot de private sfeer behoren en raken als stuurmiddel buiten de invloed van de overheid. Er kan verder niet langer een beroep worden gedaan op de uitzonderingspositie die de sociale verzekering in het Europees verdrag inneemt. Ordening en sturing worden functies die door de - Europese-markt worden uitgeoefend, afgezien van de door het Europees verdrag toegestane mogelijkheden tot ordening van de nationale overheid. Maatschappelijke zelfordening zal meer dan nu

stuiten op het Europese en Nederlandse mededingingsbeleid.

2. De inrichting van de gezondheidszorg is een nationale aangelegenheid, maar de beginselen van het Europees Verdrag zijn wel van toepassing: vrij verkeer van goederen en diensten in Europa. De consequenties van deze tegengestelde uitgangspunten zijn verre van duidelijk. De grootste risico's lijken dat:
 - kostenbeheersing zich tot de publieke middelen dient te beperken. Dan zou een nationaal uitgavenplafond voor de gezondheidszorg, dat zich zowel over publieke als particuliere middelen uitstrekt, niet te handhaven zijn.
 - het sociale karakter van het stelsel alleen via sociale verzekeringen kan worden veilig gesteld. Zie hierboven. Dan zal het bestaande duale verzekeringsstelsel op de helling moeten.

26. De commissie stelde een systeem voor van gereguleerde marktwerking binnen het kader van een - sociale - basisverzekering. Gereguleerde marktwerking, waarvoor ook wel de term gereguleerde concurrentie wordt gebruikt, is de Nederlandse vertaling van 'managed competition'. 'Managed competition' was een manier om bepaalde vormen van marktfalen op de Amerikaanse markt voor gezondheidszorg weg te nemen. De kern ervan is dat de zorgverzekering en het zorgaanbod worden geïntegreerd in een 'health plan'. Consumenten of vertegenwoordigers van een groep consumenten (werkgevers, overheid of andere collectieven) kunnen hun zorg inkopen bij de concurrerende aanbieders van de 'health plans'. Het voorstel van de commissie Dekker voor gereguleerde marktwerking week duidelijk af van de originele versie. De kern van gereguleerde marktwerking in

Nederland was het overeenkomstenstelsel. Dit stelsel houdt in dat ziekenfondsen en zorgaanbieders contracten met elkaar afsluiten over de te leveren zorg en de daaraan verbonden kosten. Het was de bedoeling dat ieder ziekenfonds zich zou gaan differentiëren naar prijs en kwaliteit van het aangeboden verzekeringspakket. Consumenten konden dan kiezen welke prijs/kwaliteit-verhouding hen het meeste aansprak. Overigens waren de ziekenfondsen nog wel aan een aantal voorwaarden gebonden. De belangrijkste daarvan waren de acceptatieplicht en de plicht om minimaal een bepaald basispakket aan te bieden.

27. Zie hiervoor de adviezen 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming', 'Verzekeraars op de zorgmarkt', 'Naar een meer vraaggerichte zorg' en 'Besturen in overleg'. Het regeerakkoord komt in paragraaf 4.3 aan de orde.

28. Zie voor een verdere uitwerking het advies 'Naar een meer vraaggerichte zorg'.

29. Zie de adviezen 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming' en 'Verzekeraars op de zorgmarkt'.

30. Zie voor de uitwerking het gelijknamige advies van de raad.