

→ Om de kwaliteit van de samenleving te verbeteren, zijn keuzen nodig.

De politiek moet niet de tijd tussen de vingers laten doorglijpen, vast als zij soms zit tussen de noodzaak van verandering en de wens tot het behoud van het bestaande en een gebrek aan visie voor wat er in de plaats kan komen.' Deze passage uit 'Nieuwe wegen vaste waarden' (1995) is erg actueel. Er is een visie nodig op de toekomst van onze samenleving die aansluit bij maatschappelijke veranderingen. Beleid dat goed was in het verleden, kan in nieuwe omstandigheden averechts uitpakken. Dat vraagt om een politiek met visie en lef; een politiek die niet de veilige haven van de automatismen zoekt.

Het gevaar te blijven steken in automatismen is groot, zeker in een periode van nieuwe rijkdom. Wie vooruit ziet, realiseert zich dat de economische bloei ook spanning oproept. De marktsector is via lastenverlichting en minder regels aanzienlijk versterkt. De winsten maken het mogelijk werknemers veel extra's te bieden. Daarbuiten is dat veel minder goed mogelijk. Gebrek aan personeel in het onderwijs, de zorg, de politie, het openbaar bestuur kan de dienstverlening in gevaar brengen. Dat is

veel te laat onderkend. Wachten is het resultaat: wachtlijsten in de zorg, leerlingen die te maken krijgen met ongediplomeerde leerkrachten, met grote klassen, met uitvallende uren, gezinsvoogden die nauwelijks een paar uur in de maand aan hun pupillen kunnen besteden. Wachten is ook het resultaat bij het openbaar vervoer en op de wegen. De metafoor kan worden doorgetrokken naar de wachtende asielzoeker en rechtzoekende. Ook de dienstverleners staan onder druk. Zorgen bijvoorbeeld is meer dan een serie ingrepen. Zorg verlenen gaat als het goed is gepaard met aandacht. Tijd daarvoor ontbreekt te vaak. Die klachten zijn ook in het onderwijs en in de jeugdhulpverlening te horen. Ook is het een uitdaging om de opvoeding en het vrijwilligerswerk een plek te geven in een land dat economisch bloeit. De christendemocratie wil de mens centraal stellen, in zijn zorg voor en solidariteit met anderen. Daarom moet er ruimte zijn voor maatschappelijke organisaties: ondernemende instellingen ook al zijn zij niet op winst uit. Daarom moet er ruimte zijn om idealen in de praktijk te brengen, in al hun verscheidenheid. Wetten, regelgeving en beleid moeten daarbij niet in de weg zitten. Het initiatief moet daarom worden verlegd van de overheid naar de burger

en zijn of haar organisatie

EEN CHRISTEN-DEMOCRATISCHE
VISIE OP DE STRUCTUUR
EN FINANCIERING VAN DE
GEZONDHEIDSZORG

Nieuwe regie in de zorg

Het wachten moe

WI

WETENSCHAPPELIJK
INSTITUUT
VOOR HET CDA

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA
's Gravenhage 2000

Dit advies van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA geeft aan wat in christen-democratisch perspectief op korte en lange termijn zou moeten veranderen in de gezondheidszorg.

De leden van de commissie:

J.C.C. Bruggeman (ADJUNCT SECRETARIS)
Drs. L.H.J.M. Dankers (ADVISEREND LID)
Mr. Dr. J.W. van de Gronden
Dr. A. Klink
Drs. R.M. Smit
Drs. K. van der Steenhoven (VOORZITTER)
R.W.M. van Velzen, huisarts
Prof. Dr. W.P.M.M. van de Ven
Drs. F.J.M. Werner (ADVISEREND LID)
Drs. E.J. van Asselt (SECRETARIS/RAPPORTEUR)

WI

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Postbus 30453, 2500 GL Den Haag
070 - 342 48 70

ontwerp: Bertine Colsen

isbn: 90-74493-15-7

Het rapport is voor f 12,50 en de bijlagen voor f 7,50 verkrijgbaar via 070 - 342 48 72 of wi@bureau.cda.nl. De prijzen zijn exclusief verzendkosten

VOORWOORD

Het bestuur van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA is de Commissie-Van der Steenhoven zeer erkentelijk voor de inspanningen die zij heeft verricht. Het prijst zich gelukkig met de publicatie van *Het wachten moe. Nieuwe regie in de gezondheidszorg*. Het beleidsadvies levert een bijdrage aan het debat over de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg. Het gaat om een bestel dat gedragen wordt door solidariteit en maatschappelijk initiatief, met een centrale plaats voor de zorgbehoevenden.

De commissie plaatst zich in het hart van de discussie. Zij levert geen blauwdruk af, pleit voor een fasegewijze verandering van het zorgstelsel, waarin ruimte is voor tussentijdse evaluatie lopende het traject, op basis van de gekozen uitgangspunten. De commissie concludeert dat de huidige knelpunten in de zorg veel te maken hebben met een diffuse aanbodsturing van de zijde van de overheid. Met andere woorden, een heldere verdeling van verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid, mede in relatie tot de zorgzoekenden, ontbreekt. De alternatieven die zij voorstelt – waaronder meer vraagsturing, meer beleidsruimte voor zorginstellingen, minder toetredingsbeperkingen voor nieuwe zorgaanbieders en een belangrijke rol voor zorgverzekeraars – zijn er dan ook op gericht op termijn de knelpunten die de huidige schaarste met zich meebrengt, op te lossen. Want uiteindelijk staat degene die zorg nodig heeft centraal.

Het bestuur van het Wetenschappelijk Instituut is verheugd dat de redactie van het maandblad *Christen Democratische Verkenningen* een themanummer aan de zorgpolitiek heeft gewijd, en in die zin het traject van de commissie-Van der Steenhoven van input heeft voorzien.

Het bestuur dankt de leden en adviserende leden van de commissie. Het betreft naast de voorzitter de heer drs. K. van der Steenhoven, de leden

mr.dr. J.W. van de Gronden, drs. R.M. Smit, R.W.M. van Velzen, huisarts, prof.dr. W.P.M.M. van de Ven, H. de Vries en de adviserende leden mevr. drs. L.H.J.M. Dankers (lid van Tweede Kamerfractie van het CDA) en de heer drs. F.J.M. Werner (lid van de Eerste Kamerfractie van het CDA). Het bestuur is de heer drs. E.J. van Asselt, secretaris van de commissie, erkentelijk voor de enorme energie die in het traject is gestoken. De waardering die daarvoor geldt, strekt zich ook uit tot de heer J.C.C. Bruggeman, die gedurende het traject als stagiair aan het Wetenschappelijk Instituut verbonden was. Samen met de redactiesecretaris de heer drs. M. Jansen was hij ook eindverantwoordelijk voor het themanummer van *Christen Democratische Verkenningen*

De bij het rapport horende bijlagen zijn op de website van het CDA (www.cda.nl) beschikbaar. Deze bijlagen gaan uitvoerig in op de denklijnen van de commissie. Zij werken de gedachten meer gepreciseerd uit.

Mr. R.J. Hoekstra (voorzitter)


Dr. A. Klink (directeur)

's-Gravenhage, september 2000

INLEIDING

In dit rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA over de structuur en financiering van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg wordt een pleidooi gevoerd voor het verleggen van verantwoordelijkheden en het ijken van de solidariteit. De verantwoordelijkheid in de zorg moet gespreid worden en komen te liggen bij de burgers, de aanbieders van zorg en de zorgverzekeraars, in plaats van geconcentreerd bij een sturende en plannende overheid. De solidariteit van mensen met elkaar, het dragen van elkanders lasten, staat onder druk. In het verzekeringsstelsel zijn tal van onrechtvaardigheden geslopen als gevolg van de onduidelijke financieringsstructuur. Een goede verdeling van verantwoordelijkheden en het opnieuw ijken van de solidariteit is gewenst.

Dit rapport schetst een begaanbare weg in de veranderingen die niet in een keer te bewerkstelligen zijn en daarom in fasen moeten worden ingevoerd. De voorstellen voor de korte termijn geven de agenda aan waarmee gelijk gestart kan worden.



De huidige problemen in de gezond- heidszorg

Waar maakt het CDA zich zogen om in de gezondheidszorg?

Verschraling van de zorg

De zorg verschraalt. Verplegend en verzorgend personeel wordt gedwongen om met de stopwatch in de hand zorg te leveren omwille van kostenbeheersing en efficiency. Door de zorgverschraling wordt de druk op hun schouders onverantwoord groot. Een ontoereikend niveau van verzorging van onder andere ouderen en gehandicapten is het gevolg, met demotivatie van het personeel en een hoog ziekteverzuim op de koop toe; en op den duur een minder aantrekkelijk vak.

Wachtlijsten

De wachtlijsten in de gezondheidszorg hebben de problemen voelbaar gemaakt voor iedereen die zorg nodig heeft. Wachtlijstbrigades, het aanbesteden van extra middelen, de publicatie van wachtlijsten: alle middelen worden uit de kast gehaald om de zorg weer tijdig beschikbaar te maken. Het budgetmechanisme is echter niet het geschikte instrument om de wachtlijsten weg te werken. Ook blijkt bureaucratie pragmatische benaderingen in de weg te staan om de wachtlijsten te verminderen.

Personeelsgebrek

De tekorten op de arbeidsmarkt zijn nijpend. Er is met name een groot gebrek aan gekwalificeerd medisch personeel. Vervangers worden nu zelfs uit het buitenland gehaald. De krapte hangt samen met de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg, de beloning en de arbeidsomstandigheden, waardoor de verpleging en de verzorging in aanzien zijn gedaald.

Numerus fixus

Artsen moeten uit het buitenland worden gehaald, terwijl er vele jongeren jaarlijks uitgeloot worden vanwege de numerus fixus. De opleidingscapaciteit

teit is niet afgestemd op de maatschappelijke behoefte aan artsen, maar staat in dienst van de aanbodsturing en kostenbeheersing.

Afnemende mantelzorg

De verhoging van de werkdruk en het groeiend aantal tweeverdieners maken het verlenen van mantelzorg aan hulpbehoevenden minder vanzelfsprekend. De behoefte aan professionele verpleging en verzorging wordt hierdoor versterkt; en dat bij een krappe arbeidsmarkt. Gelukkig is het nog steeds zo dat velen mantelzorg verlenen aan hulpbehoevende familie, burens of vrienden.

Vergrijzing

De komende jaren zal het beroep op de gezondheidszorg almaar toenemen als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Meer ouderen, die gemiddeld ouder worden (dubbele vergrijzing) betekent dat het aantal mensen dat langdurig zorg nodig heeft en chronisch zieken toeneemt. Met de huidige verschraving van de zorg en het gebrek aan personeel om de zorg te leveren is de zorg voor ouderen in onze welvaartsstaat nu al niet langer gegarandeerd.

Medische techniek

Ook de medische techniek zal leiden tot een toename van de kosten van de zorg. De voorspellende geneeskunde zal het aantal behandelingen doen toenemen. De patiënt, maar ook de arts zal als gevolg hiervan met nieuwe ethische vragen en afwegingen worden geconfronteerd, waarop de antwoorden niet eenvoudig te geven zijn. Door de introductie van nieuwe medicijnen en behandelingen zal in veel gevallen de kwaliteit toenemen maar ook de kosten, zullen stijgen hoewel ook kostenbesparingen te verwachten zijn.

Zorgkloof

De afgelopen jaren heeft de groei van de zorg geen gelijke tred gehouden met de behoefte aan zorg. Bezuinigingsronden en kostenbeheersing hebben geleid tot rantsoenering van de zorg. Er is een zorgkloof ontstaan: mensen krijgen minder zorg dan waarvoor ze geïndiceerd zijn.

Dreigende tweedeling

Wie in de gelegenheid is, omzeilt de wachtlijsten. Commerciële klinieken, behandelingen in het buitenland en commerciële verzorgingshuizen krijgen

zo een kans in een door schaarste gedomineerde markt. Het reguliere aanbod wordt aan twee kanten bedreigd. Aan de ene kant zijn de instellingen met handen en voeten gebonden aan de starre overheidsregelgeving. Anderzijds staan commerciële aanbieders klaar om hun markt over te nemen. De aanbodsturing werkt onbedoeld commercialisering in de hand.

Eigen bijdragen

De eigen bijdragen in de zorg drukken in sommige gevallen zwaar op het beschikbare huishoudbudget. Voor met name ouderen vormen de eigen bijdragen in de AWBZ soms een te grote belasting. Ook dragen de inkomensafhankelijke eigen bijdragen bij aan de armoedeval.

Bureaucratie

De overheidsbemoeienis werkt bureaucratie in de hand. Op allerlei niveaus in de zorg is dit merkbaar. De beleving van verantwoordelijkheid komt hierdoor in de knel en de besluitvorming wordt anoniemer omdat niet duidelijk is wie verantwoordelijk is. Een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is daarom dringend nodig, zodat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en burgers hun eigen verantwoordelijkheid kunnen beleven.

Weinig voortgang toepassingen ICT

Mensen gebruiken massaal het internet om meer te weten te komen over hun gezondheid. Zorginstellingen daarentegen maken maar beperkt gebruik van de mogelijkheden die ICT biedt. De belemmeringen voor inzet van ICT zijn vooral organisatorisch van aard en niet zozeer technisch. De klantvriendelijkheid en efficiency zouden gebaat zijn met een toepassing van zaken als het elektronisch patiëntendossier en de zorgpas.

Verdwijnen menselijke maat

De algehele tendens van schaalvergroting is ook in de zorg zichtbaar. Lokale ziekenhuizen zijn verdwenen. Verzorgingshuizen en verpleeghuizen fuseren op grote schaal, veralgemeniseren en verliezen hun identiteit. De menselijk maat komt zo in het gedrang. Herstel van zorg dicht bij de mensen en van kleinschaligheid is hard nodig, ook voor wat betreft de organisaties in de zorg.

Gebrek aan patiëntvriendelijkheid en privacy

Patiënten klagen over de bejegening in de zorg en het gebrek aan privacy. In een door schaarste gedomineerde sector is de bejegening van de patiënt niet belangrijk voor het voortbestaan van de organisatie. Kwaliteit wordt in de eerste plaats uitgedrukt in medisch-technologische termen. Het welbevinden van de patiënt komt op de tweede plaats.

Europa

De aandacht voor Europa is sterk toegenomen sinds de arresten Decker en Kohll, waaruit bleek dat verzekerden recht hebben op vergoeding van zorgkosten die ze in het buitenland hadden gemaakt. De uitspraak van het Europese Hof van Justitie maakte in een klap een einde aan de illusie dat Europa van weinig betekenis is voor de gezondheidszorg. Ook het Nederlandse aanbodgestuurde zorgstelsel en verzekeringsstelsel staan onder druk. Op korte termijn zijn hierover belangrijke uitspraken van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap te verwachten. Het stelsel moet worden aangepast zodat het voldoet aan de Europese regels.

Onrechtvaardigheden in het verzekeringsstelsel

Het huidige verzekeringsstelsel heeft een aantal inherente gebreken. Er zijn zoveel reparaties aan gepleegd dat het stelsel onevenwichtigheden vertoont. Zo zorgt de scheiding tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering voor tal van onrechtvaardigheden, waardoor mensen in vergelijkbare omstandigheden verschillende premies betalen. De vormgeving van de solidariteit dient daarom vereenvoudigd en verbeterd te worden.





Christen- democratische benadering van de problemen

Hoe wordt vanuit christen-democratische perspectief tegen deze problemen aangekeken?

Sociaal grondrecht

Gezondheidszorg is een sociaal grondrecht. De overheid heeft als taak de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg voor iedere burger te garanderen. Allereerst betreft dit de financiële toegankelijkheid, maar zeker geldt ook dat de zorg bereikbaar moet zijn en in ideëel opzicht verscheiden. Tevens moet de overheid toezien op een goede kwaliteit van de zorg. De overheid hoeft de zorg niet zelf te leveren. Zij laat dit over aan particuliere organisaties en geeft hiertoe de ruimte. Hierdoor kan het aanbod pluriform zijn en kleinschalig van karakter, waardoor het nauw kan aansluiten bij de opvattingen en leefstijlen van mensen.

Solidariteit

Financiële toegankelijkheid veronderstelt solidariteit. Het gaat om het dragen van elkanders lasten. In de zorg moeten gezonden solidair zijn met zieken, jongeren met ouderen (risicosolidariteit) en welgestelden met minder bedeelden (inkomenssolidariteit). Deze solidariteit is voor het CDA uitgangspunt bij iedere wijziging van het stelsel.

Ethiek

Een andere leidraad is de ethische component in de zorg. Wat is ethisch aanvaardbaar? Niet alles wat kan, is ook gewenst. Er zijn grenzen aan wat we ethisch nog verantwoord vinden. In de zorg moet ruimte zijn voor discussie over en afweging van wat nuttig en nodig is tegenover wat wenselijk en moreel toelaatbaar is. Zo mogelijk moet de pluriformiteit van de zorg in levensbeschouwelijke zin een wettelijke basis worden gegeven.

Meer overheid?

Met het systeem van aanbodsturing zullen de huidige problemen in de zorg niet worden opgelost. De kosten worden weliswaar in de hand gehouden, ook al moeten de doelstellingen jaarlijks worden bijgesteld, maar de gemiddeld ouder wordende en ook veeleisender patiënt krijgt niet de zorg die hij nodig heeft. Kern van het probleem is de steeds centralere rol die de overheid op zich heeft genomen. Wat begon als particulier initiatief van onderop is verworden tot een bureaucratisch systeem van centrale planning van bovenaf. De oplossing is niet méér overheid of méér regulering. Ook een regionale sturing, zoals het Paarse kabinet voorstaat, is niet de oplossing. Het verlegt het niveau van sturing, maar verandert niets wezenlijks aan de aanbodsturing. Belangrijk is dat de verantwoordelijkheden bij de patiënt, zijn zorgaanbieder en zijn verzekeraar wordt gelegd.

Commercialisering?

Ook commercialisering is niet de oplossing. Centraal staan de noties van dienstbaarheid aan de zorgbehoevende mens, het omzien naar elkaar en het bijstaan in moeilijke omstandigheden. Deze waarden dienen onlosmakelijk met de cultuur van de organisatie verbonden te zijn. De voorkeur gaat daarom uit naar niet op winstuitkering gerichte zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In de wet blijft gehandhaafd dat zorginstellingen die zorg in het eerste ('care') en tweede compartiment ('cure') leveren een non-profit karakter dienen te hebben.

Noodzaak tot een nieuwe regie in de zorg

Een nieuwe ordening in de zorg is niet gebaat bij meer overheidssturing of meer commercialisering. Wat nodig is, is een nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden. De overheid moet zich niet langer opstellen als centrale regisseur van de zorg. Zij moet verantwoordelijkheden meer overdragen aan burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Mensen moeten weer zelf kunnen kiezen. De patiënten- en consumentenorganisaties dienen versterkt te worden en een grotere rol te krijgen. Zorgaanbieders moeten meer ruimte krijgen om maatschappelijk te ondernemen en van daaruit de zorg te organiseren. Zorgverzekeraars moeten een grotere rol krijgen bij de inkoop van zorg en serieus kunnen onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en volume.

De overheid houdt een specifieke verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg en de solidariteit tussen gezond en ziek, jong en oud, en rijk en arm. Verder ziet zij toe op de kwaliteit van de zorg en draagt zij zorg

voor een goede preventieve gezondheidszorg. De dominantie van de aanbods-
sturing door de overheid moet doorbroken worden en fundamenteel ver-
legd worden naar vraagsturing. Niet langer stelt de overheid het budget vast
en de hoeveelheid zorg die er beschikbaar is. Die verantwoordelijkheden
komen te liggen bij de andere spelers in het veld: zorgaanbieders, zorgverze-
keraars en de patiënt zelf.

Planning en financiering

De nieuwe regie in de zorg wordt gekenmerkt door vraagsturing.
Vraagsturing heeft vooral betekenis voor de planning en de financiering.
Voor de planning betekent vraagsturing dat de overheid de vaststelling van
het aanbod loslaat en zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden
voor de levering van zorg. Voor de financiering betekent het dat niet langer
het aanbod gefinancierd wordt, maar dat de vrager de financiële stromen
stuurt. Alleen zo komt de vrager echt in het middelpunt te staan en wordt
de zorg vraaggestuurd.

Zorgaanbieders als maatschappelijke ondernemingen

Zorgaanbieders moeten kunnen functioneren als maatschappelijke onder-
nemingen die bestuurlijk, juridisch en economisch autonoom zijn.
Kenmerkend voor maatschappelijke ondernemingen is dat ze niet op winst-
uitkering gericht zijn. Het financiële resultaat van de maatschappelijke
ondernemingen wordt aangewend voor de eigen sociale doelstelling. Een
duidelijke, voor iedereen toegankelijke verantwoording van het gevoerde
beleid kenmerkt de maatschappelijke onderneming. De overheid beperkt
zich ten aanzien van de zorgaanbieders tot het stellen van randvoorwaar-
den voor de kwaliteit van de te leveren zorg en de af te leggen verantwoor-
ding. Vooral de in het tweede compartiment werkzame vrijgevestigde zor-
gaanbieders, zoals huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maat-
schappelijk werkers zullen hun praktijkvoering vraaggericht moeten opzet-
ten. Eveneens moeten ze voldoen aan toetsbare kwaliteitseisen en geldt ook
voor hen dat de overheid in een uiterste geval maximumtarieven kan vast-
stellen. Zorgaanbieders als maatschappelijke ondernemers zijn verantwoor-
delijk voor de zorgproducten die ze leveren, in de manier waarop ze werken
en met welke middelen.

Op welke wijze moeten de gewenste veranderingen volgens het CDA worden aangepakt?

Geen blauwdruk ...

De tijd van de grote structuurschetsen is voorbij. Uit het verleden kan geleerd worden dat blauwdrukken voor de zorg moeilijk te realiseren zijn en dat beter in fasen gewerkt kan worden aan de gewenste verbetering van het stelsel. Op deze manier wordt ervaring opgedaan met de implementatie van vraagsturing en kunnen bijstellingen plaatsvinden van de gebruikte instrumenten op weg naar het einddoel.

... maar transformatie in fasen

De omschakeling van aanbodsturing naar vraagsturing zal geleidelijk moeten plaatsvinden. Zowel aanbieders als vragers zullen tijd nodig hebben om in te spelen op de nieuwe situatie. Aan de vraagkant moet voldoende 'countervailing power' worden opgebouwd om tegenwicht te bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Patiënten- en consumentenorganisaties kunnen hierbij behulpzaam zijn door goede informatie te verzamelen over het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben tijd nodig om te leren zich te gedragen als maatschappelijke ondernemers, zonder de zekerheden die overheidssturing met zich meebrengen.

Opheffen bureaucratie ...

Een van de stappen die moeten worden genomen is het afschaffen van allerlei overbodige regelingen en bureaucratie. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten ruimte krijgen om te ondernemen en patiënten moeten keuzen krijgen. De overheid moet zijn invloed alleen doen gelden waar het echt nodig is.

... en meer transparantie

Dringend noodzakelijk is het transparanter maken van de kosten van de

zorg. Hierbij kan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) een cruciale rol spelen. Snelle invoering van Diagnose Behandel Combinaties, waardoor van een groot aantal behandelingen de integrale kostprijs bekend is, is nodig. De prijzen worden op die manier transparant, wat nodig is om goede afspraken over de prijs mogelijk te maken en de kosten van verschillende vormen van zorg tegen elkaar af te wegen.

Toezicht op de mededinging

Het toezicht op de mededinging in de zorg blijft de taak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Het verbod op kartelvorming en het misbruik van machtsposities wordt belangrijker naarmate de vraagsturing toeneemt, zodat ook de handhaving strenger moet zijn. Eventueel wordt een aparte kamer voor de zorg opgericht, waarbij gebruik wordt gemaakt van de expertise van het College Tarieven Gezondheidszorg.

Vergroten van de opleidingscapaciteit

Een begeleidende stap op weg naar vraagsturing in de zorg is het loslaten van de strikte overheidsplanning van het aantal geneeskundestudenten en opleidingsplaatsen voor artsen. Voor het opleiden van verpleegkundigen zullen betere faciliteiten beschikbaar moeten komen.

Arbeidsmarktbeleid

Cruciaal voor de beschikbaarheid van de zorg de komende jaren is de situatie op de arbeidsmarkt. Zonder voldoende personeel is de levering van zorg in gevaar en wordt de werkdruk voor de werkenden in de zorg nog hoger. Meer handen aan het bed is nodig om de werkdruk te verlagen en de zorg kwalitatief op peil te houden. Dit vereist meer personeel, maar maakt het werk tegelijk ook aantrekkelijker. Een actief arbeidsmarktbeleid van zowel overheid als zorgaanbieders moet daarom prioriteit hebben. Hierbij gaat het niet alleen om verbetering van de primaire arbeidsvoorwaarden, maar ook zeker om de invulling van de secundaire voorwaarden.

Solidariteit moet gegarandeerd zijn

Bij alle veranderingen moet de solidariteit gegarandeerd zijn. Deze solidariteit is een van de verworvenheden van ons zorgstelsel, dat te kostbaar is om uit handen te geven.

Acties op korte termijn



Wat moet er op korte termijn, de komende 5 jaar, gebeuren?

Drietrapsraket

De huidige verdeling in drie compartimenten is een werkbare driedeling. Aan de basis staat een volksverzekering die de onverzekerbare, langdurige zorg ('care') voor iedereen verzekert. In het tweede compartiment is de noodzakelijke, kortdurende zorg ('cure') ondergebracht. Als derde is er het aanvullende pakket, waarin de gewenste extra's op vrijwillige basis zijn verzekerd. Hier hoeft de overheid slechts toe te zien op de kwaliteit van de zorg. Aan deze indeling hoeft voorlopig niets te worden veranderd, op een enkele verschuiving na.

AWBZ

Persoonsgebonden budget

Op korte termijn wordt het huidige Persoonsgebonden Budget (PGB) sterk uitgebreid in de sectoren waar het al ingevoerd is en zo mogelijk ook geïntroduceerd in de andere sectoren in de care. De patiënt krijgt daardoor de mogelijkheid om zelf te bepalen welke zorg hij inkoopt. De pluriformiteit van het aanbod zal toenemen omdat ook nieuwe aanbieders een kans krijgen en kleinschalige zorg mogelijk is wanneer houders van een PGB daarvoor kiezen.

Vraagfinanciering in plaats van instellingsfinanciering

Wat betekent dit voor de aanbieders van zorg in de AWBZ? De financiering van de instellingen zal moeten veranderen. In plaats van directe bekostiging van de instellingen, zullen de instellingen hun inkomsten rechtstreeks via de patiënt verkrijgen. De patiënt kan de zorg betalen doordat hij beschikt over een persoonsgebonden budget. Instellingen raken daarmee hun instellingsbudget kwijt en worden afgerekend op geleverde zorg. De afschaffing van de instellingsfinanciering betekent tegelijkertijd dat de verplichte con-

tractering door de zorgverzekeraars kan worden afgeschaft. In eerste instantie wordt het immers aan de patiënt zelf overgelaten om de zorg in te kopen. De patiënt kan de zorginkoop echter ook overlaten aan zijn verzekeraar bijvoorbeeld wanneer hij er zelf niet goed toe in staat is. Het College Tarieven Gezondheidszorg houdt toezicht op de prijsvorming en stelt in een uiterste geval maximumtarieven op, die ook als zodanig moeten functioneren. Verwacht mag worden dat de prijzen een resultante zullen zijn van vraag en aanbod. De aanspraken worden flexibel, dus onafhankelijk van het aanbod, geformuleerd.

Afbreken monopolies

Regionale monopolies in bijvoorbeeld de thuiszorg, ouderenzorg of gehandicaptenzorg zullen afgebroken moeten worden om patiënten weer keuze te bieden. Tegelijkertijd zal er een goed toezicht op de verhoudingen tussen verschillende aanbieders moeten komen. Misbruik van machtsposities en het vormen van kartels moeten met behulp van het mededingingsrecht worden verboden. Hier ligt een belangrijke taak voor een sterke onafhankelijke toezichthouder.

Gebouwen

Het beheer van de gebouwen kunnen zorginstellingen desgewenst uitbesteden aan bijvoorbeeld vastgoedontwikkelaars of woningbouwcorporaties. De kostenstructuur wordt hierdoor transparanter en de samenwerking tussen zorginstellingen en woningbouwcorporaties veel eenvoudiger. Instellingen die dat willen, mogen eigenaar blijven van hun gebouwen.

Vereenvoudiging bouwvoorschriften

De voorschriften voor de bouw van zorginstellingen moeten verregaand worden verminderd en vereenvoudigd. Nu is de doorlooptijd lang, zijn de regels star en sluiten ze weinig aan bij de eisen uit de praktijk. De verantwoordelijkheid voor de ver- of nieuwbouw moet bij de zorginstellingen zelf komen te liggen. Via de algemene toelatingseisen kunnen eventueel noodzakelijke specifieke kwalitatieve eisen worden gesteld aan de gebouwen waarin de zorg wordt geleverd. De Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), die de planning en volume van zorginstellingen regelt, wordt dus ingrijpend gewijzigd.

Scheiden wonen en zorg

De AWBZ is bedoeld voor langdurige zorg. Wonen hoort daar in principe

niet bij en daarom kan de wooncomponent uit de AWBZ. Wonen en zorg worden dan gescheiden. De toegankelijkheid van huisvesting wordt voor diegenen die daar krachtens de wet recht op hebben, gegarandeerd door de huursubsidie.

TWEEDE COMPARTIMENT

Prijzen

Vraagsturing vereist transparantie van de prijzen. Voor een aantal categorieën vrije beroepsoefenaren is de prijsvorming al vrij. Belangrijk is dat de prijsvorming voldoende flexibel is zodat een evenwichtige spreiding van aanbieders, bijvoorbeeld huisartsen, over het land resulteert. Ziekenhuizen zullen net als andere ondernemingen prijzen moeten calculeren voor de handelingen die zij verrichten. Deze prijzen moeten gerelateerd zijn aan de kosten die gemaakt worden, in plaats van afhankelijk van het toegekende budget. Een bed op de Intensive Care zal daardoor niet meer even duur zijn als een 'gewoon' bed in een ziekenhuis. Ook moeten de prijzen niet langer gebaseerd zijn op de historische kostprijs van gebouwen, maar op de economische waarde. Het investeringsbudget moet daarom worden opgenomen in het exploitatiebudget. Middels een bruteringsoperatie zoals eerder in de volkshuisvesting uitgevoerd zullen de historisch gegroeide verschillen tussen instellingen worden rechtgetrokken. De miljarden die hiermee gemoeid zijn, worden over een meerjarig traject uitgesmeerd.

Onderhandelingen zorgverzekeraars en ziekenhuizen

De contracteerplicht verdwijnt en de wettelijke basis voor de ziekenhuisbudgettering wordt afgeschaft. Zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten met individuele zorginstellingen over de kwaliteit, volume en prijs van de te leveren zorg. Aldus ontstaat een nieuwe vorm van flexibele budgettering die veel meer ruimte geeft voor eigen initiatief aan de kant van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het College Tarieven Gezondheidszorg houdt toezicht op de prijsvorming en stelt in een uiterste geval maximumtarieven op, die ook als zodanig moeten functioneren. De Nederlandse Mededingingsautoriteit houdt toezicht op de marktwerking en kijkt of er geen kartels worden gevormd of misbruik wordt gemaakt van economische machtsposities.

Eenvoudigere bouwprocedures

Ook voor ziekenhuizen worden de bouwvoorschriften sterk vereenvoudigd en verminderd, net als in de AWBZ.

VERZEKERINGSSTELSEL

Stelselherziening

Invoering van meer vraagsturing is mogelijk binnen het huidige verzekeringsstelsel. Het huidige verzekeringsstelsel staat echter onder druk van Europese regelgeving en de stijgende kosten van de vergrijzing. Ook heeft het huidige duale stelsel van verplicht ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden, een aantal inherente nadelen (ingewikkelde financiering, gedwongen overgangen van ziekenfonds naar particulier en vice versa, onrechtvaardige premieverschillen). Een herziening van het verzekeringsstelsel is nodig in de richting van een systeem waarbij de verantwoordelijkheid bij burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt te liggen en waarbij de solidariteit gegarandeerd is.

Ziekenfondsen als maatschappelijke onderneming

Het is gewenst dat ziekenfondsen zoveel mogelijk worden omgevormd tot maatschappelijke ondernemingen die voor eigen rekening de ziekenfondswet gaan uitvoeren. Dit betekent dat ziekenfondsen meer dan nu het geval is risico gaan dragen en een groter belang krijgen bij een goede zorginkoop. De publieke voorwaarden in de ziekenfondswet inzake acceptatie, het verzekeringspakket, de premiestelling, de verevening en het toezicht blijven op grond van de ziekenfondswet van kracht. Ziekenfondsen als maatschappelijke ondernemingen zijn en blijven private rechtspersonen die niet gericht zijn op winstuitkering, maar hun financiële resultaten inzetten voor hun sociale missie. Op de korte termijn moeten stappen in deze richting worden gezet.

Tussenstap

Om het stelsel in de gewenste richting te sturen, wordt begonnen met het omvormen van het ziekenfonds van een (werknemers)verzekering op basis van een loongrens naar een verzekering op basis van een inkomensgrens op huishoudniveau. De inkomensgrens verschilt van de huidige loongrens omdat behalve arbeidsloon ook inkomsten uit bijvoorbeeld een eigen bedrijf mee worden geteld. Bij voorkeur wordt ook rekening gehouden met rende-

ment op vermogen. Invoeren van een inkomensgrens zal betekenen dat een deel van particulier verzekerden met een standaardpakketpolis toegelaten worden tot het ziekenfonds. Door uit te gaan van de huishoudsamenstelling behoren premieverschillen tussen huishoudens met eenzelfde inkomen tot de verleden tijd.

Met de particuliere verzekeraars – inclusief de publiekrechtelijke regelingen - worden afspraken gemaakt over convergentie van het particuliere systeem en het ziekenfonds.

Overwogen kan worden de WTZ en het ziekenfonds samen te voegen.

Pakket

Het pakket in de AWBZ blijft gericht op de onverzekerbare risico's. Om tot een duidelijke afbakening te komen kan de zorg korter dan bijvoorbeeld 365 dagen overgeheveld worden van het eerste naar het tweede compartiment. Het aanvullende pakket, nu goed voor 3 procent van de totale zorgkosten, kent geen overheidsbemoediging. Het pakket in het eerste en tweede compartiment wordt door de overheid vastgesteld na overleg met de zorgverzekeraars.

Zorginkoop door zorgverzekeraars

Verzekeraars in het tweede compartiment moeten verantwoordelijk worden voor de zorginkoop. Belangrijk is dat zij voldoende prikkels hebben om scherp in te kopen om zodoende de premies laag te houden.

Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende financieel risico dragen.

Wanneer het belang van de zorginkoopfunctie toeneemt, wordt het voor een goed functioneren van de verzekeringsmarkt belangrijker dat verzekerden periodiek van verzekeraar kunnen wisselen tegen een betaalbare premie. Een voorwaarde voor scherpe prijzen is voldoende aanbieders en transparantie van de markt, door onder andere het hanteren van reële kostprijzen door zorgaanbieders. Preventie en managed care concepten waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen werken aan een zo efficiënt mogelijke zorgverlening, zullen een grotere rol gaan spelen.

FLANKEREND BELEID

Maximale levertijd

Het leveren van zorg wordt gebonden aan een maximale levertijd. Als die tijd is overschreden mogen verzekerden elders, ook in het buitenland zelf

hun zorg halen en de rekening bij de verzekeraar neerleggen. Alle verzekerden zijn zo verzekerd van zorg binnen een maatschappelijk en medisch aanvaardbare wachttijd. Niet-commerciële bedrijvenpoli's voor specifieke klachten met een korte behandeltijd worden toegestaan, zolang de zorg voor iedereen binnen een medisch en maatschappelijk aanvaardbare termijn beschikbaar is.

Zorg en sociale zekerheid

Zorg en sociale zekerheid raken steeds meer met elkaar verweven. Zorgverzekeraars moeten meer mogelijkheden krijgen zich op terrein van arbeidsongeschiktheid te begeven. Op die manier kunnen bedrijven collectieve contracten sluiten waarin ook afspraken over de reïntegratie zijn opgenomen. Het bedrijf besteedt dan het risico van ziekte geheel uit aan de verzekeraar.

Meer opleidingscapaciteit

De instroom voor (para-)medische opleidingen moet niet langer van boven af worden beperkt, mede in het licht van een Europese arbeidsmarkt. Zo wordt enerzijds voorkomen dat er tekorten aan bepaalde medische specialisten ontstaan en anderzijds is het niet langer mogelijk om via het aantal toegelaten medische studenten het aanbod te reguleren.

Aantrekkelijker maken verpleging en verzorging

Marktconforme salarissen in de zorg moeten de sector aantrekkelijker maken voor personeel. Dit is zeker niet het enige. Secundaire arbeidsvoorwaarden blijken minstens zo belangrijk voor de aantrekkelijkheid van de zorgsector, zo niet belangrijker. Ook moeten verpleegkundigen en verzorgenden meer loopbaanperspectief. Ze moeten zich kunnen specialiseren en daarvoor een passende beloning ontvangen.

Toezicht op kwaliteit

Naast het toezicht op de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kunnen ook patiënten- en consumentenorganisaties bijdragen aan een hoge kwaliteit van de zorg door goede informatievoorziening over de geleverde kwaliteit van de zorgaanbieders aan de patiënten. Verzekerden kunnen hiermee rekening houden bij hun keuze voor een zorgaanbieder en zorgverzekeraars kunnen de informatie betrekken bij de onderhandelingen met de zorgaanbieder.





Doelstellingen voor de middellange termijn

De doelstellingen voor de middellange termijn hebben betrekking op de periode over 5 à 10 jaar. Hieronder wordt een schets gegeven van het zorgstelsel op middellange termijn. De effecten van de maatregelen op korte termijn zullen wellicht leiden tot aanscherping van het beleid dat nodig is voor het bereiken van de doelstellingen voor de lange termijn. De visie - het leggen van verantwoordelijkheden bij burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - ligt vast, maar marsroute en tempo van veranderingen worden mede bepaald door ervaringen lopende het traject en tussentijdse evaluaties.

AWBZ

Op termijn wordt alle langdurige zorg in AWBZ via Persoonsgebonden Zorgbudgetten (PZB) gefinancierd. In feite gaat het om persoonsgebonden zorgrecht, dat de verzekerde het recht geeft de (genormeerde) kosten van de zorg te declareren bij de verzekeraar. De verzekeraar declareert de kosten op zijn beurt bij het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten. Nadat de verzekerde geïndiceerd is, wordt een PZB naar zorgzwaarte toegewezen. De budgethouder kan zijn verzekeraar vragen de zorg voor hem in te kopen (zorg in natura) of zelf de zorg organiseren, alleen of met anderen samen. De administratieve uitvoering van het PZB wordt vereenvoudigd. De overheid ziet door uitbreiding van de inspectie toe op de kwaliteit van de met een PZB betaalde medische zorg. Aan de huishoudelijke hulp worden geen kwaliteitseisen gesteld. De indicatie geschiedt door onafhankelijke indicatiekantoren, die geen belang hebben bij de uitkomst van de indicatie. Enkelvoudige indicaties kunnen door de huisarts of wijkverpleegkundige worden gedaan en achteraf getoetst door het indicatiekantoor. De regionale zorgkantoren verdwijnen. Hun taak wordt overgenomen door de zorgverzekeraars. Redenerend vanuit vraagsturing blijft de regiovisie een rol spelen, niet als planningsinstrument, maar als ondersteuning bij de afstemming van vraag en aanbod. De regiovisie moet een faciliterende en stimulerende ondersteuning van het proces van zelfsturing zijn. Door het bieden van een platform waar de belanghebbende partijen bijeen komen, ontstaat een proces waarbij zorgvragers, aanbieders en zorgverzekeraars hun zorgen en ideeën neer kunnen leggen, samenwerking kan groeien, en zorgvernieuwing op gang kan komen.

TWEEDE COMPARTIMENT

Kostenontwikkeling

De overheid neemt niet langer het voortouw bij het bepalen van het budget, maar laat de competitie tussen zorgverzekeraars werken om de stijging van de kosten van de zorg gematigd te laten zijn. Daar waar de markt onvoldoende blijkt te functioneren kan de overheid als ultimum remedium ingrijpen in de prijsvorming.

VERZEKERINGSSTELSEL

Convergentie

Op termijn is het gewenst dat de ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars naar elkaar toegroeien, zodat er een verzekeringssysteem ontstaat met een vastgesteld standaardpakket waartegen iedereen verplicht wordt zich te verzekeren. Voorop staat dat zowel de risicosolidariteit als de inkomenssolidariteit gegarandeerd is. Het naar elkaar toegroeien kan voor wat betreft de premieheffing plaatsvinden door het heffen van een nominale premie in combinatie met een zorgkorting voor die huishoudens die een te groot deel van hun inkomen kwijt zijn aan premies ziektekosten. Uitvoering van de inkomenssolidariteit geschiedt in dat geval via de belastingheffing, zodanig dat de vormgeving van de solidariteit stabiel is en tevens herkenbaar is ingebed in de sociale verzekeringswetgeving. Onder die garanties kunnen inkomensafhankelijke zorgkortingen worden ingevoerd. Een dergelijke inbedding van de systematiek zal uiteraard nader onderzoek vergen.

Verondersteld wordt dat de werkgevers in ruil voor het schrappen van de werkgeverspremie een zodanig deel van de nominale premie van hun werknemers zullen vergoeden dat hun totale bijdrage aan de zorgverzekeringen gelijk blijft. In de volksverzekering AWBZ blijven de premies afhankelijk van het inkomen over de eerste twee belastingschijven.

Acceptatieplicht

Zorgverzekeraars krijgen een periodieke acceptatieplicht voor het standaardpakket waarvoor zij een voor iedereen gelijke premie moeten hanteren ongeacht leeftijd en gezondheid. Elke zorgverzekeraar is vrij in het vaststellen van de hoogte van deze doorsneepremie, waarvan de hoogte dus per verzekeraar kan verschillen. In deze doorsneepremie komt de risicosolidariteit tot uitdrukking. Een goed systeem van risicoverevening is noodzakelijk om iede-

re verzekeraar in een gelijke startpositie te brengen en te compenseren voor voorspelbare verliezen.

Europees rechtelijke houdbaarheid

De huidige stand van het Europees recht geeft geen volledig uitsluitel over de Europees rechtelijke houdbaarheid van het geschetste systeem en ook het huidige systeem. De ontwikkelingen met betrekking tot het Europees recht op het terrein van de zorg zijn nog relatief jong en niet uitgekristalliseerd. Wellicht dat het daarom nodig is om de in artikel 54 van de Derde Schaderichtlijn voor de zorg geformuleerde uitzondering uit overwegingen van rechtszekerheid aan te passen.

Eigen risico voor wie dat wil

Diegenen die dat willen kunnen een eigen risico nemen, waar een premiekorting tegenoverstaat. De zorgkosten tot aan het eigen risicobedrag zijn voor rekening van de verzekerde, daarna betaalt de verzekeraar de rekeningen.

Inkomenssolidariteit: fiscale zorgkorting

Een volledig nominale premie moet samengaan met een nieuwe manier om inkomenssolidariteit vorm te geven. Dit kan door het invoeren van een inkomensafhankelijke heffingskorting. Deze fiscale zorgkorting is een korting op de te betalen belasting. Verzekerden ontvangen een zorgkorting wanneer de premie meer is dan een bepaald percentage van het huishoudinkomen. Bij gezinnen is dat 10 procent, bij alleengaanden 7 procent.

Hierdoor betaalt een huishouden – wanneer de premie niet hoger is dan de aanvaardbare premie - nooit meer dan 10 % (7 %) van het inkomen aan ziektekostenpremies. De buitengewone ziektekosten die nu aftrekbaar zijn voor de belasting blijven aftrekbaar.

Om de verzekerden een prikkel te geven om een goedkope verzekering te kiezen en om de uitvoering eenvoudig te houden, wordt niet uitgegaan van de werkelijk betaalde premie maar van een aanvaardbare premie, die als norm geldt. De solidariteit in het ziekenfonds tussen alleenverdieners en alleengaanden blijft in bepaalde mate aanwezig doordat wordt uitgegaan van het huishoudinkomen. Huishoudinkomens tot aan ongeveer de huidige premiegrens in het ziekenfonds zullen op deze manier in aanmerking komen voor een zorgkorting. Door de zorgkorting op huishoudinkomen te baseren, komt de heffingskorting alleen terecht bij huishoudens die het nodig hebben.

Huishoudens met kinderen

Om de solidariteit met gezinnen met nu gratis meeverzekerde kinderen in het ziekenfonds te handhaven, valt ook de kinderpremie onder de zorgnormquote van respectievelijk 10 en 7 procent. Gezinnen die nu ziekenfondsverzekerd zijn gaan er zo niet op achteruit. De inkomenssolidariteit in het ziekenfonds tussen gezinnen met kinderen en de overige verzekerden blijft dus intact.

FLANKEREND BELEID

Stijgende kosten van de zorg

De kosten van de zorg zullen bij vraagfinanciering wellicht hoger zijn dan bij aanbodsturing. Deels zal deze kostenstijging worden gecompenseerd door efficiencywinsten die mogelijk worden door het schrappen van bureaucratie waardoor aanbieders meer ruimte krijgen om maatschappelijk te ondernemen. Voor zover de kosten sneller toenemen dan de welvaart, vormt dit pas een probleem wanneer de zorguitgaven niet in de pas lopen met de maatschappelijke voorkeuren. Omdat de welvaart toeneemt, komt gezondheidszorg steeds hoger op het wensenlijstje van mensen te staan. De behoefte aan zorg neemt met andere woorden toe en tegelijkertijd ook de bereidheid om er geld aan te besteden. Een groter beslag van de zorg op de beschikbare private en publieke middelen is daarom niet per se een ongewenste ontwikkeling, zeker niet als bedacht wordt dat de zorg nu al jaren achterblijft bij de groei van het de economie.

