



# Beweging in de zorg

Krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Veranderende krachten in de zorg</b>	<b>8</b>
1.1 Een andere burger	8
1.2 Een andere organisatie van zorg	9
1.3 Een andere beleidscontext	9
1.4 Een ander krachtenveld	10
1.5 Dynamiek in het stelsel	12
<b>2 Vraagstukken in het stelsel</b>	<b>13</b>
2.1 Algemeen	13
2.2 Sturing en verantwoordelijkheden	14
2.3 Reikwijdte van zorgverzekeringen	16
2.4 Financiering	16
2.5 Externe ontwikkelingen	17
<b>3 Sturing en verantwoordelijkheden</b>	<b>18</b>
3.1 Keuzemogelijkheden en differentiatie in het zorgaanbod	18
3.1.1 Verzekeringsaanspraken	20
3.1.2 Aanbodregulering	22
3.1.3 Informatievoorziening	24
3.2 Samenhangende zorg	24
3.3 Verdeling van verantwoordelijkheden	27
3.3.1 Duaal karakter van het zorgstelsel	29
3.3.2 Innovatief vermogen	31
3.3.3 Doelmatigheid binnen het stelsel	31
3.4 Spanning tussen vraag en aanbod	34
3.5 Draagvlak stelsel	35
<b>4 Verzekeringen en financiering</b>	<b>37</b>
4.1 Vragen rond verzekeringen	37
4.1.1 Karakter van de verzekeringen	37
4.1.2 Omvang van verzekerde risico's	39
4.1.3 Dynamiek van verzekeringen	40
4.2 Vragen rond financiering	41
4.2.1 Individuele premiestelling	41
4.2.2 Financieel draagvlak stelsel	43

<b>5 Stelsel in continue verandering</b>	<b>45</b>
5.1 Beweging sinds Dekker	45
5.2 Lessen	46
5.2.1 Lessen van het verleden	46
5.2.2 Lessen van anderen	47
5.2.3 Lessen van de toekomst?	49
<b>Bijlage</b>	
Gezondheidszorgbeleid vanaf Dekker	52
Noten	58



## Voorwoord

*'Het kabinet zal bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.'*

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de bovenstaande zin uit het Regeerakkoord van 1998 opgevat als een opdracht om een discussie voor te bereiden over de toekomst van het zorgstelsel. Inmiddels zijn op dit terrein de nodige ontwikkelingen in gang gezet. Een aantal externe adviezen en notities is uitgebracht of in voorbereiding. De minister van VWS heeft maatschappelijke organisaties uitgenodigd om hun standpunten en wensen verder te articuleren. Ook op ambtelijk niveau worden voorbereidingen getroffen voor de vernieuwing van het stelsel.

Ontwikkelingen binnen en buiten de zorg wekken bij menigeen de indruk dat de tijd meer dan ooit rijp is voor veranderingen in het stelsel. Binnen de gezondheidszorg lijken knelpunten steeds nijpender te worden, ondanks de groei van de financiële middelen van de afgelopen jaren. Van buiten af doen onder meer de toegenomen welvaart, technologie, demografische factoren en Europa hun invloed gelden. Ook een andere houding van de burger ten aanzien van de zorg is van betekenis. Tezamen geven deze ontwikkelingen aanleiding tot de vraag naar de toekomstige houdbaarheid van het huidige stelsel.

Afgaande op de media en congresserend Nederland lijkt in toenemende mate een 'stelseldebat' te ontstaan. Een impuls daartoe heeft het ministerie van VWS op 10 april 2000 gegeven door een conferentie in het Scheveningse Kurhaus te organiseren. Daarvan is al eerder een verslag gepubliceerd onder de titel *Met zorg veranderen*. Uiteenlopende organisaties en deskundigen, binnen en buiten de zorg, hebben zich tot dusver in het debat gemengd en zich uitgesproken over verschillende aspecten. Die inbreng is nodig en waardevol. Naar verwachting neemt de maatschappelijke discussie de komende maanden verder toe en het ministerie van VWS streeft ernaar daarbij een actieve rol te vervullen.

Die actieve rol blijkt ook uit enkele publicaties die het ministerie van VWS uitbrengt, ter voorbereiding op de gedachtevorming die later in het kabinet en in het parlement plaatsvindt. De publicaties zijn bedoeld om de maatschappelijke discussie verder te stimuleren en brengen daartoe relevante informatie bijeen. Vóór de zomer van 2001 zendt het kabinet een nota over de toekomst van het stelsel aan het parlement. Bij de totstandkoming van die nota spelen de uitkomsten van de maatschappelijke discussie een belangrijke rol.

In de publicaties komen de volgende thema's aan bod:

- ontwikkelingen en vraagstukken binnen het huidige zorgstelsel;
- sociaal-economische aspecten van het stelsel;
- internationaal-rechtelijke, met name Europese, aspecten.

De publicaties zijn een product van ambtelijke studiegroepen, bestaande uit medewerkers van het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën. Zij hebben op basis van adviezen, literatuur en andere bronnen informatie bij elkaar gebracht die relevant is voor een discussie over het zorg- en verzekeringsstelsel. Ook hebben de studiegroepen gebruik gemaakt van signalen die de afgelopen maanden door verschillende maatschappelijke organisaties zijn afgegeven.

Bij de totstandkoming van deze publicatie zijn betrokken geweest: N.A. Bloem, J.G. Breit, C.C. Alberda, A. van Bers, C.A. Birkhoff, P. Hasekamp (ministerie van Financiën), H.R. Hurts, M. Jansen, G.G.J. Klein Ikkink, M.A. Lambeek, J.H. Mulder, V. van Nederveen, K.G.H. Okma, R. van Puijenbroek, P.H.M. Thewissen en J.G. de Vries.

De voor u liggende publicatie is met name gewijd aan ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en aan de krachten die van binnenuit inwerken op het stelsel. Welke ontwikkelingen en vragen in de gezondheidszorg maken dat wordt nagedacht over het stelsel? Waaruit komen ze voort? En wat zijn de gevolgen voor het stelsel?

De opbouw van deze publicatie is als volgt. Het eerste hoofdstuk schetst vier algemene veranderingen die van invloed zijn op de context waarbinnen de gezondheidszorg functioneert. De burger, de organisatie van de zorg, de beleidscontext en het krachtenveld zijn aan veranderingen onderhevig. Hoofdstuk 2 onderscheidt drie debatten die zich op dit moment afspelen onder de noemer 'stelselwijziging': één over sturing en verantwoordelijkheden, één over de reikwijdte van verzekeringen en één over de financiering van zorg. In elk van deze debatten spelen andere vraagstukken en dilemma's. Vraagstukken rond sturing en verantwoordelijkheden staan centraal in hoofdstuk 3 en aansluitend komen in hoofdstuk 4 vragen rond verzekeringen en financiering aan bod. Tot slot volgt een beschouwing over het transformatieproces waaraan het stelsel voortdurend onderhevig is.

De tekst is nadrukkelijk bedoeld als bijdrage aan het maatschappelijk debat. De analyses in de tekst zijn niet uitputtend – rond ieder onderwerp bestaan uitgebreidere documenten van instanties als het CPB, de RVZ, de SER, het SCP, de WRR en anderen – en de tekst is ook niet bedoeld als een stellingname. De publicatie wil er

wel toe aanzetten na te denken over de toekomstige inrichting van het zorg- en verzekeringsstelsel. Ik hoop dat velen er zich dan ook door aangesproken voelen hun inbreng in het komende debat te leveren.

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

*Directeur-Generaal Zorg,*

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

# 1 Veranderende krachten in de zorg

De Nederlandse gezondheidszorg is voortdurend aan verandering onderhevig. Het stelsel zoals we dat op dit moment kennen is dan ook niet als geheel ontworpen, maar gaandeweg gegroeid. Het zorg- en verzekeringsstelsel krijgt vorm onder invloed van maatschappelijk denken en elk tijdsgewricht laat zijn sporen achter. Maatschappelijke veranderingen van nu zijn van invloed op de toekomst. Deze veranderingen hebben te maken met:

- een andere rol van de burger;
- een andere organisatie van zorg;
- een andere beleidscontext van het zorgstelsel;
- een ander krachtenveld in de zorgsector.

## 1.1 Een andere burger

De voortschrijdende emancipatie van burgers stelt steeds hogere eisen aan de kwaliteit van collectieve zorgarrangementen. Enerzijds blijkt uit opiniepeilingen dat de Nederlandse burger veel belang blijft hechten aan solidariteit en gelijke toegang tot de zorg. Anderzijds stelt diezelfde burger steeds meer eisen aan de kwaliteit van de dienstverlening in termen van directe toegankelijkheid, keuzemogelijkheden en culturele en sociale diversiteit. Er is sprake van een toenemende individualisering, grotere zelfbestemming en zeggenschap. Steeds meer mondige, koopkrachtige en soms goed georganiseerde consumenten hebben kennis van zaken, en directe toegang tot (medische) informatie via publicaties van belangengroepen en internet. Deze emancipatie beperkt zich niet langer tot de invloed van georganiseerde groepen, maar uit zich daarnaast steeds meer in expliciete voorkeuren en keuzegedrag van individuele consumenten. Een kanttekening is daarbij overigens dat de emancipatie zich niet bij alle burgers in dezelfde mate voltrekt, anders geformuleerd: niet alle zorgvragers zijn zelf in staat zo'n invloed uit te oefenen.

Bij deze individualisering behoort ook een zekere juridisering. Rechten en plichten van betrokken partijen zijn explicieter geworden. Tegenover de plicht van een arts om te behandelen staat een zekere verplichting van de patiënt om mee te werken aan die behandeling, bijvoorbeeld door inlichtingen te geven op grond waarvan de arts een diagnose kan stellen. In navolging van de VS maken ook in Nederland sommige burgers een gang naar de rechter, als zij menen te lang te moeten wachten op zorg of als ze zich anderszins benadeeld voelen.

Ook in demografisch opzicht verandert de burger. Er is tegelijkertijd sprake van vergrijzing en ontgroening. De vergrijzing van de bevolking als gevolg van een dalend kindertal en een toenemende levensverwachting gaat gepaard met een toeneming van het aantal chronische ziekten. Tegelijkertijd is een groeiend aantal

ouderen koopkrachtig en kooplustig en hebben zij uitgesproken voorkeuren die afwijken van wat de collectieve sector op dit moment te bieden heeft. Een groeiend aantal burgers is niet in ons land geboren, en daarmee neemt de variatie in etnische en culturele achtergronden toe. Er komen steeds meer alleenstaanden. Dat alles heeft invloed op de vraag naar zorg en het karakter van de hulpverlening.

## **1.2 Een andere organisatie van zorg**

Ook in de organisatie van zorg voltrekken zich veranderingen. Processen van transmuralisering en van integratie van ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg leiden tot een verdere verschuiving van intramurale naar poliklinische zorg, dagbehandeling en medische behandeling elders. Het aanbod van de ziekenhuizen verandert drastisch: ze organiseren de hulpverlening steeds meer ziektegericht, in plaats van uit te gaan van een vast pakket. Er ontstaan ketens van zorg die meer ziekte- of patiëntgeoriënteerd zijn. Ook in de geestelijke gezondheidszorg doen deze processen zich voor. Transmuralisering en ketenvorming leiden ertoe dat betere en meer doelmatige zorg kan worden geboden.

Tegelijkertijd vervagen de grenzen tussen categorieën van instellingen en organisaties. Nieuwe aanbieders treden toe tot de gezondheidszorg en richten zich op specifieke groepen. Een standaardaanbod van zorg is niet langer voor iedereen toereikend. Burgers hebben in toenemende mate preferenties en om daarop te kunnen inspelen moeten organisaties meer dan voorheen flexibel zijn.

Ook voortschrijdende technologie en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt stellen hoge eisen aan de flexibiliteit van de organisatie en het management in de zorgsector. Nieuwe (en deels dure) technologie vergroot de mogelijkheden tot medische behandeling, maakt het mogelijk patiënten korter op te nemen en intensiever te behandelen, maar leidt ook tot een hogere opnamefrequentie.

Structurele veranderingen op de arbeidsmarkt, een toegenomen participatie van vrouwen en een dalend aantal jongeren, beïnvloeden vraag en aanbod van personeel in de zorgsector. Het aantal parttime werkenden neemt toe, de gemiddelde arbeidsduur is verder gedaald en ook het opleidingsniveau van werkenden in de zorg stijgt.

## **1.3 Een andere beleidscontext**

Ook de beleidscontext van de gezondheidszorg is aan verandering onderhevig. Er heeft een omslag plaatsgevonden in het ideologisch denken over basisprincipes van de sociale zekerheid, waaronder de gezondheidszorg, en de rol van de overheid. Deze omslag legde de basis voor structurele veranderingen in het macro-economisch en sociaal beleid, en voor een herijking van de begrippen solidariteit en

gelijkheid. Opvattingen over de rol van de overheid en derden zijn hierdoor veranderd. De overheid zou volgens die opvattingen minder op de voorgrond moeten treden in het beleid. Dat wil niet zeggen dat overal werkelijk sprake is van een terugtrekkende overheid, maar wel zijn de accenten in de uitvoering anders komen te liggen.

De tradities van het poldermodel en het zoeken naar overeenstemming zijn groter dan het accentueren van de verschillen. Sommige vraagstukken worden niet langer gezien in termen van ideologische tegenstellingen, maar als beleidsmatige vraagstukken en zijn daardoor beter oplosbaar. Een voorbeeld daarvan is het openstellen van het ziekenfonds voor ouderen, studenten en zelfstandigen met een laag inkomen.

In navolging van andere maatschappelijke sectoren zijn ook in de gezondheidszorg de typisch Nederlandse neocorporatistische structuren ontmanteld. In de jaren tachtig zagen de traditionele koepelorganisaties een terugval in ledental, interne conflicten en opkomst van nieuwe organisaties. Het rapport van de commissie De Jong uit 1993<sup>1</sup>, die onder meer heeft gepleit voor een scheiding van advies en belangenbehartiging, betekende een verdere impuls voor dit proces. Het parlement besloot tot een drastische sanering van het aantal interne commissies, en deed tevens een dringend verzoek aan de regering om de meer dan 5000 externe advieslichamen terug te brengen tot een acceptabel aantal.

Desondanks bestaat nog steeds een grote bereidheid tot overleg en tot zoeken van gezamenlijke compromissen bij beleidsproblemen. Er is sprake van een zekere decentralisatie van onderhandelingen op regionale en lokale schaal. De veranderende verhoudingen tussen overheid en maatschappelijke organisaties stellen nieuwe eisen aan wet- en regelgeving. Er ontstaan nieuwe vormen van overleg, zoals de genoemde informele overlegverbanden, en nieuwe beleidsinstrumenten: herenakkoorden, convenanten en meerjarenafspraken.

#### 1.4 Een ander krachtenveld

Ook het krachtenveld in de zorg, dat wil zeggen de onderlinge positionering en profilering van de partijen in de zorg, is aan veranderingen onderhevig. Er vinden op grote schaal fusiebewegingen plaats, rollen en machtsposities van partijen verschuiven en er ontstaan andere vormen van samenwerking en concurrentie. Door de scheiding van advies en belangenbehartiging is de rol van adviesorganen als ontmoetingsplaats en overlegplatform voor belangenorganisaties afgenomen. De wijze waarop de belangenorganisaties invloed uitoefenen op de beleidsvorming verandert.

1 De noten treft u aan op de pagina's 58/59

Verder doen wijzigingen in de sociale zekerheid hun invloed gelden in de gezondheidszorg. Als gevolg van de financiële risico's besteden werkgevers meer aan-

dacht aan het voorkomen van arbeidsongeschiktheid en verzuim. Er is belangstelling voor nieuwe vormen van hulpverlening speciaal gericht op verzuimpreventie en spoedig herstel van zieke werknemers. Hulpverleners als fysiotherapeuten en psychotherapeuten zien een gat in de markt en bieden kortdurende therapieën aan. Ziekenhuizen ontwikkelen nieuwe arrangementen voor sportkeuringen of voor snelle behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Particuliere verzekeraars en ziekenfondsen hebben elkaar gevonden in een nieuwe markt van collectieve contracten, met daaraan gekoppelde voordelen voor werkenden ('employee benefits').

De veranderingen hebben werkgevers- en werknemersorganisaties (verenigd in de Stichting van de Arbeid) aangezet tot een actief beleid bij het bestrijden van ziekteverzuim. Zij zijn thans nadrukkelijker betrokken bij onderwerpen als wachtlijstbemiddeling en nieuwe initiatieven in de zorg, kortom met de *organisatie* van de gezondheidszorg.

De ontwikkelingen in gezondheidszorg en sociale zekerheid hebben geleid tot nieuwe vormen van samenwerking en fusies tussen zelfstandige belangenorganisaties. Een voorbeeld daarvan is Zorgverzekeraars Nederland, de koepelorganisatie van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Ook zijn nieuwe samenwerkingsverbanden (strategische allianties) ontstaan, zoals het Treek-overleg waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar ontmoeten. Nieuwe partijen zijn de Arbo-diensten (verenigd in de Brancheorganisatie Arbo-diensten) en de uitvoeringsinstellingen van de sociale zekerheid.

De uitvoering van het rapport *Raad op maat* heeft geleid tot een drastische inperking van de advies-, overleg- en klankbordfunctie van onder meer de Ziekenfondsraad (thans College voor zorgverzekeringen) voor het maatschappelijk middenveld. Hoewel ook dit nieuwe college nog ruime mogelijkheden biedt (zij het niet langer formeel geregeld) voor overleg en betrokkenheid van alle partijen in de zogenoemde 'onderstructuur', zijn partijen niet onverdeeld gelukkig met dit participatiemodel. Veel actoren zoeken thans eerder de directe ambtelijke en bestuurlijke contacten met VWS (en andere ministeries) met als doel de eigen belangen zeker te stellen, daarin gesterkt door de overtuiging van de eigen kracht. Daarnaast sturen VNO/NCW en de deelnemers in het Treek-overleg aan op een nieuw forum dat de advies- en klankbordrol van de Ziekenfondsraad oude stijl zou kunnen overnemen. Inmiddels heeft de combinatie van de Stichting van de Arbeid en het Treek-overleg een eigen secretariaat en is overeenstemming bereikt met het College voor zorgverzekeringen over de wijze waarop een gecombineerde inbreng, bij de onderwerpen waarover het college uitvoeringstoetsen uitbrengt, kan plaatsvinden.

Met het oog op de verwachte stelseldiscussie hebben de 'vragende partijen in de gezondheidszorg' elkaar opgezocht. Het gaat om de Consumentenbond, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, het Coördinatieorgaan

Samenwerkende Ouderenorganisaties, de werkgevers via VNO/NCW en werknemers via het FNV. Onder het motto 'Wij betalen wel, maar hebben weinig of niets te zeggen', hebben deze partijen elkaar gevonden in een nieuw overlegorgaan dat zich krachtig wil mengen in de discussie over het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

### **1.5 Dynamiek in het stelsel**

De vier krachten laten hun sporen in het zorgstelsel na en zijn mede aanleiding om na te denken over de toekomstige inrichting van dat stelsel. Dat er een diepgaande bezinning op het stelsel plaatsvindt is niet uniek; een dergelijk proces keert met enige regelmaat terug. In het verleden is vaker sprake geweest van een dergelijke bezinning, waarbij het zorgstelsel in meer of mindere mate werd aangepast aan de toenmalige maatschappelijke krachten. De ervaring daarbij leert dat veranderingen in de gezondheidszorg zich veelal voltrekken via de weg der geleidelijkheid. De volgende hoofdstukken gaan in op de vragen en ontwikkelingen die mogelijk aanleiding geven tot een nieuwe bezinning op het zorg- en verzekeringsstelsel, zonder op dit moment al een uitspraak te doen over de implicaties daarvan.

## 2 Vraagstukken in het stelsel

### 2.1 Algemeen

Er gaat geen dag voorbij of de media maken melding van problemen in de zorg-sector. Uit die berichten komt een somber beeld naar voren:

- gehandicapten die langdurig wachten op een plaats in een instelling;
- ouderen die zich tot de rechter wenden om thuiszorg te krijgen;
- personeelstekorten;
- ambulances die niet op tijd komen;
- ziekenhuisbedden voor spoedopnames, die niet gevonden worden;
- nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen die niet vergoed worden;
- het ontbreken van zorg die aansluit op behoeften van mensen;
- persoonlijke aandacht, waarvoor de tijd ontbreekt;
- het karige karakter van de zorg;
- enzovoort, enzovoort.

Dit soort berichten doet bij menigeen de indruk ontstaan dat er veel mis is en dat, in het verlengde daarvan, drastische maatregelen nodig zijn om de gezondheidszorg te verbeteren.

Zo'n beeld van de gezondheidszorg doet geen recht aan de inzet en de prestaties die hulpverleners dagelijks leveren en kan het vertrouwen in de zorg ondermijnen. Het leveren van gezondheidszorg heeft, meer dan andere vormen van dienstverlening, te maken met zekerheid en vertrouwen. Het is belangrijk om zekerheid te hebben dat de zorg er zal zijn als je hem zelf (onverhoopt) nodig hebt, en om vertrouwen te hebben in de kwaliteit en zorgvuldigheid van degene die de zorg verleent. Lange wachtlijsten, beperkte keuzemogelijkheden en andere knelpunten scheppen onzekerheid en afnemend vertrouwen in het zorgstelsel. Misstanden blijven langer hangen in het collectieve geheugen dan zaken die goed gaan en schaden het imago van de zorgsector. Bij de burger ontstaat de indruk dat hij of zij er niet altijd op kan vertrouwen dat de verzekerde zorg daadwerkelijk geleverd wordt wanneer die nodig is. Dat wekt bevreemding in een periode van economische hoogconjunctuur. Een neveneffect van de toegenomen welvaart is dat tekortkomingen in de zorg niet langer worden geaccepteerd. Net als op andere terreinen worden de verwachtingen van de zorg steeds hoger.

De actuele knelpunten leiden er mede toe dat, ten opzichte van de formulering in het Regeerakkoord (geciteerd in het voorwoord), het gevoel is toegenomen dat bezinning op het stelsel noodzakelijk is. Maar ook het complex van probleemstellingen is verbreed. Naast de vergrijzing en de ontwikkelingen in EU-landen vragen ook andere aspecten aandacht.

De voorbije periode hebben tal van maatschappelijke organisaties en betrokkenen zich uitgelaten over problemen in de gezondheidszorg. Vele daarvan hebben zich uitgesproken voor een stelselwijziging en/of de totstandkoming van een basisverzekering in een of andere vorm, als oplossing voor de door hen gepercipieerde problemen. Ook de politiek heeft zich wat dit betreft niet onbetuigd gelaten. Een aantal politieke partijen, CDA, D66 en VVD, heeft eind 1999 of in de eerste helft van 2000 een visie verwoord over de toekomstige inrichting van het zorg- en verzekeringsstelsel. Ook daaruit komt de noodzaak tot verandering en daadkracht duidelijk naar voren.

Het geheel overziend, lijkt er in toenemende mate een maatschappelijke en politieke consensus te ontstaan dat er in de gezondheidszorg iets moet veranderen. De effecten van het huidige beleid en de bestaande veranderingstrajecten, zoals die in het voorgaande hoofdstuk zijn geschetst, vindt men op langere termijn blijkbaar onvoldoende om een blijvend hoog niveau van gezondheidszorg te waarborgen. Zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in 1997 stelde: haarscheuren worden langzaam zichtbaar als barsten.<sup>2</sup> Verdergaande wijzigingen in het stelsel zijn dan nodig. Over het hoe en het waarom van die wijzigingen lopen de opvattingen uiteen. Ook over de aard en ernst van 'de' problemen in de zorg wordt verschillend gedacht.

Duidelijk is wel dat er voor het eerst sinds een aantal jaren weer ruimte is voor een debat over het stelsel van de gezondheidszorg. Veldkamp, Hendriks, Van der Reijden, Dekker, Dees en Simons *revisited?*

Bij nadere bestudering blijken onder de noemer 'stelselwijziging' uiteenlopende wensen en probleemanalyses schuil te gaan. Ieder benadert de verschillende vraagstukken vanuit een eigen positie. Knelpunten in de gezondheidszorg zijn uiteenlopend van aard en oorsprong. Globaal tekenen zich drie clusters van vragen en daarmee drie debatten af, namelijk:

1. de sturing en verantwoordelijkheden in de organisatie van de zorg;
2. de reikwijdte van de verzekeringen;
3. de financiering van de zorg.

Tot op zekere hoogte zijn deze clusters of debatten onderling verweven. Voor elk debat is een ander antwoord mogelijk op de vraag wát er in het stelsel zou moeten veranderen. Dit hoofdstuk rangschikt een aantal vraagstukken (ontwikkelingen, signalen) in het zorg- en verzekeringsstelsel onder deze drie debatten, zonder daarmee een inhoudelijk oordeel over aard en ernst van deze vraagstukken te geven. Een typering van de drie debatten volgt hierna.

## 2.2 Sturing en verantwoordelijkheden

Het debat rond sturing en verantwoordelijkheden, waarop het volgende hoofdstuk uitgebreider ingaat, hangt samen met de vraag: Wie zorgt ervoor dat de burger de

zorg krijgt die hij of zij nodig heeft? Hoewel het Nederlandse zorgstelsel zowel publieke als private elementen bevat, en voornamelijk private organisaties de zorg uitvoeren, heeft de rijksoverheid in de beleving van velen de eindverantwoordelijkheid. Dat blijkt ook uit de uiteenlopende vraagstukken waarover de minister van VWS in het parlement verantwoording aflegt. De vraag is of de overheid – vertegenwoordigd door de minister van VWS – altijd in staat is om aan alle verwachtingen tegemoet te komen of alle knelpunten op te lossen.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stelsel en streeft verschillende belangen na, zoals een goede gezondheidszorg en een beheersing van collectieve lasten. Het duale karakter van het verzekeringsstelsel, het samengaan van publieke en private verzekeringen, is van invloed op de sturingsmogelijkheden van de minister. Binnen dat stelsel zijn verzekeraars en aanbieders verantwoordelijk, bijvoorbeeld om te bewerkstelligen dat een verzekerde aanspraak kan maken op noodzakelijke zorg. Maar ook de directie van een instelling, of daarbinnen de individuele hulpverlener, hebben verantwoordelijkheden om ervoor te zorgen dat de burger noodzakelijke zorg krijgt.

Om de verschillende verantwoordelijkheden te kunnen waarmaken bestaan verschillende instrumenten, op verschillende niveaus. Daartussen kunnen spanningen ontstaan maar dat is niet zonder meer het geval, zo concludeert de landsadvocaat in een advies over aanspraken op zorg ingevolge de AWBZ en kostenbeheersing.<sup>3</sup> De manier waarop de zorg is georganiseerd vertoont vandaag de dag voor velen starre trekken. Hoewel iemand die zorg nodig heeft, aanspraak kan maken op bepaalde zorg, is de variatie in de feitelijke zorg beperkt, bijvoorbeeld naar aard, plaats of tijdstip. Veel burgers ervaren de gezondheidszorg als te weinig dynamisch en flexibel. Keuzemogelijkheden zijn beperkt, het innovatieve vermogen van de sector is niet altijd toereikend om aan nieuwe en veranderende wensen tegemoet te komen. Klachten over wachtlijsten, gebrekkige informatievoorziening en slechte samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders en binnen een organisatie zijn regelmatig te horen als knelpunten. Een ander geluid is dat er te weinig prikkels in de organisatie van de zorg zitten om te komen tot een klantvriendelijke organisatie.

Dit starre karakter komt mede voort uit de mate van aanbodregulering, die de sector kenmerkt. Deze regulering van planning en bouw en van tarieven is door de overheid ontwikkeld om de kosten van de zorg beheersbaar te houden, juist in tijden dat het economisch minder voorspoedig ging met Nederland. In het huidige tijdsgewricht lijken echter meer knelpunten te worden ondervonden van deze aanbodregulering. Dit geldt niet alleen voor burgers, maar ook voor aanbieders van zorg, verzekeraars en de overheid zelf. Tegelijkertijd is het maar de vraag of geheel zonder aanbodbeheersing kan worden volstaan.

Er is een maatschappelijke tendens zichtbaar waarbij burgers meer individuele voorkeuren uitspreken en waarbij een leidende gedachte is dat degene die betaalt ook bepaalt.<sup>4</sup> Ook in de gezondheidszorg krijgt die tendens een vertaalslag in een roep om meer vraaggerichte zorg, zorg die beter inspeelt op individuele behoeften.

In het debat rond klantgerichtheid speelt de vraag op welke wijze een transformatie tot stand kan komen waarin vraagsturing veel nadrukkelijker een plek krijgt.

Vraagstukken daarbij zijn onder meer:

- De verdeling van verantwoordelijkheden.  
Wat is de ruimte van verzekeraars en aanbieders? En ook: welke ruimte is er voor de burgers zelf en wat is de rol van de overheid?
- De vormgeving van het instrumentarium, de incentives.  
Welke prikkels zijn er voor doelmatig en klantgericht handelen?

Hoofdstuk 3 gaat nader in op vraagstukken rond sturing en verantwoordelijkheden.

## 2.3 Reikwijdte van zorgverzekeringen

Centrale elementen in het debat rond zorgverzekeringen zijn de omvang van het verzekeringspakket en de verhouding tussen individuele en collectieve financiering. Sommigen pleiten voor een brede basisverzekering voor de hele bevolking, bestaande uit eerste- en uit tweede-compartimentszorg (AWBZ en ziekenfonds/particulier). Anderen handhaven dat onderscheid en zien een basisverzekering als een samenvoeging van de bestaande ziekenfonds-, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen (tweede-compartimentszorg). Daarbij speelt de vraag of het verzekerde pakket moet worden uitgedund, dan wel moet worden uitgebreid. Voorbeelden zijn huishoudelijke hulp, 'lifestyle' geneesmiddelen, tandheelkunde en zorg rond vruchtbaarheidsvraagstukken. Onder meer de Commissie Dunning<sup>5</sup> en de WRR hebben in het verleden gekeken naar de omvang van het verplicht verzekerde pakket (zie ook 4.1.2).

Behalve de vraag naar de omvang van het collectieve pakket is ook de vraag aan de orde of en tot op welke hoogte de overheid de zorg buiten dit collectieve pakket toegankelijk wenst te maken. Tot dusver is een terughoudend beleid gevoerd ten aanzien van private initiatieven en zijn de tarieven in de particuliere sector veelal wettelijk gelijkgeschakeld met die in de collectieve sector. Bij dit debat komen ook thema's aan bod als maatschappelijke tweedeling en het voorkomen van uitholling van collectieve voorzieningen. Ook speelt de vraag wat er nog mag en kan op het gebied van deze voorzieningen, gegeven de Europese regelgeving. Op dit debat gaat hoofdstuk 4 nader in.

## 2.4 Financiering

Het derde debat is geconcentreerd rond de financiering van het stelsel en de wijze waarop lasten zijn verdeeld over de bevolking. Verzekerden in vergelijkbare situaties en met een vergelijkbaar inkomen, maar met een verschillende arbeidsrelatie, betalen zeer verschillende premies. Het ziekenfonds kent een inkomensafhankelijke premie en is gebaseerd op het idee van een gezinsverzekering; het particuliere compartiment kent een nominale premie en is gebaseerd op het idee van een indi-

viduele verzekering. Onderling kan dat leiden tot grote premieverschillen, waarbij soms de een en soms de ander financieel beter af is. Hoewel verklaarbaar vanuit de uitgangspunten waarop het huidige stelsel is gebaseerd, zijn de premieverschillen in de ogen van sommigen onrechtvaardig.

De vraag rijst of, en zo ja in welke mate, inkomensafhankelijke premieheffing gewenst is. Zou nominalisering (of fiscalisering) niet meer voor de hand liggen, onder gelijktijdige compensatie van de inkomenseffecten die dan optreden? Daarbij speelt dan weer de vraag wat dit betekent voor de handhaving van de toegankelijkheid en de solidariteit op langere termijn en hoe afwenteling van lasten kan worden voorkomen. Dit houdt ook verband met het financiële draagvlak van de gezondheidszorg als geheel, waarmee de samenhang en verwevenheid tussen de drie onderscheiden debatten wordt geïllustreerd. Hoofdstuk 4 is eveneens hieraan gewijd.

## 2.5 Externe ontwikkelingen

Naast factoren binnen het stelsel zijn ook externe ontwikkelingen van invloed op het zorg- en verzekeringsstelsel, hoewel de exacte invloed niet altijd is aan te geven. Hier wordt volstaan met een beknopte aanduiding van enkele ontwikkelingen; in twee andere publicaties komen deze uitvoeriger aan bod.<sup>6</sup>

*Demografische ontwikkelingen* hebben gevolgen voor onder meer de aard en omvang van het zorgstelsel, de mogelijkheden tot zorgverlening en de draagkracht van het stelsel. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een toenemend aantal ouderen (vergrijzing), een relatief dalend aantal jongeren, een stijgend aantal alleenstaanden en een toenemend aantal burgers van allochtone afkomst.

De gezondheidszorg is een arbeidsintensieve sector en daarom gevoelig voor wijzigingen in de aard en omvang van de *arbeidsmarkt* als geheel. Zowel de in- als de uitstroom van arbeidskrachten is van verschillende factoren afhankelijk.

Voortgaande *technologische vernieuwing*, waaronder de informatie- en communicatietechnologie, zal ook invloed hebben op het zorgstelsel.

De gezondheidszorg raakt steeds meer verweven met *andere beleidssectoren* en invloed van ontwikkelingen elders neemt dan ook verder toe. De afgelopen jaren heeft het zorgstelsel al effecten ondervonden van wijzigingen in het socialezekerheidsstelsel, maar ook het beleid ten aanzien van belastingen, voorzieningen, vervoer en volkshuisvesting kunnen van invloed zijn.

Regelgeving op het gebied van *mededinging* heeft eveneens gevolgen voor het zorgstelsel. De Mededingingswet biedt de gezondheidszorg tot 1 januari 2003 een vrijstelling voor collectieve afspraken die een wettelijke basis hebben, zoals die onder meer zijn vastgelegd in de AWBZ, de Ziekenfondswet (ZFW) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Daarna voldoet het stelsel niet meer aan de nationale en Europese mededingingseisen. Ook het *internationale recht* is van invloed op de inrichting van het Nederlandse stelsel en kan leiden tot knelpunten.

### 3 Sturing en verantwoordelijkheden

Het omvangrijkste en tegelijkertijd ook meest complexe debat is dat over sturing en verantwoordelijkheden in de zorg, in paragraaf 2.2 is dit al kort aan de orde gekomen. Een belangrijke onderliggende vraag in dit debat is op welke wijze de patiënt de zorg krijgt waaraan hij of zij behoefte heeft. Daarbij spelen vraagstukken een rol als:

- keuzemogelijkheden en differentiatie in het aanbod;
- samenhangende zorg;
- verdeling van verantwoordelijkheden;
- spanning tussen vraag en aanbod;
- draagvlak van het zorgstelsel.

Deze vijf vraagstukken komen in dit hoofdstuk achtereenvolgens aan bod.

#### 3.1 Keuzemogelijkheden en differentiatie in het zorgaanbod

Sinds het begin van de jaren 90 is 'zorg op maat' een doelstelling in het gezondheidszorgbeleid.<sup>7</sup> Vooral bij de langdurige zorg, zoals de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, maar tot op zekere hoogte ook in de curatieve zorg is het streven erop gericht dat de zorg meer uitgaat van de hulpvraag en minder van het bestaande aanbod. Er zijn uiteenlopende vernieuwende initiatieven met dit uitgangspunt, zoals kleinschalig wonen voor gehandicapten, woonzorgcomplexen voor ouderen en transmurale zorg tussen ziekenhuis en thuissituatie. Gelet op het gebruik dat gemaakt wordt van deze nieuwe zorgvormen, komt zorg op maat tegemoet aan een brede maatschappelijke behoefte. Deze tendens in de richting van een meer vraaggericht aanbod blijft niet beperkt tot de gezondheidszorg, maar is ook in andere sectoren terug te vinden, bijvoorbeeld op het terrein van volkshuisvesting. Alle signalen wijzen erop dat deze ontwikkeling zich de komende jaren voortzet.<sup>4</sup>

Een meer vraaggericht aanbod kan niet alleen leiden tot betere zorg, maar ook tot meer doelmatige zorg. Vraaggerichte zorg wil niet zeggen dat 'alles moet kunnen'. De verzekerde zorg kan onmogelijk altijd aan elke behoefte voldoen. Om te voorkomen dat zorg een oneindig karakter krijgt, blijft het zorgaanbod beperkt tot zorg die voldoet aan professionele standaarden, waarbij ook aspecten van noodzakelijkheid, doeltreffendheid en doelmatigheid meewegen. Maar op die manier blijkt het niet altijd mogelijk te zijn in het zorgstelsel tegemoet te komen aan de behoeften van burgers, van patiënten en verzekerden. De zorgvraag van de burger komt niet altijd overeen met de wettelijk vastgelegde, aanbodgeoriënteerde verstrekkingen. In de dagelijkse praktijk van de zorg blijkt dat de gerichtheid op hulpvragen evenwel langzaam van de grond komt.<sup>7</sup> Patiënten ondervinden nog steeds beperkingen bij het maken van keuzen. De consument wordt weinig keuzevrijheid gelaten in het

realiseren van zijn of haar zorgbehoeften. Sommigen ervaren het als alles of niets: óf je accepteert de aangeboden zorg en kwaliteit, óf je weigert deze (hoewel dat laatste veelal nauwelijks een alternatief kan worden genoemd). Hieronder worden twee praktijkgevallen beschreven die het vraagstuk van zorg op maat illustreren.

*Frits, een jongeman met een zware handicap, wil zo zelfstandig mogelijk leven. Hij heeft tot nu toe bij zijn ouders gewoond en wil graag een eigen huis hebben en een betaalde baan. Beide lukt. Hij vindt een baan waar hij onder aangepaste omstandigheden een inkomen kan verwerven. Door zijn handicap heeft Frits hulp nodig bij dagelijkse handelingen op het gebied van persoonlijke verzorging. Het gaat om hulp bij het opstaan en aankleden en 's avonds weer bij het naar bed gaan. Deze hulp vraagt hij aan bij de thuiszorg. Dit type hulp kan de (reguliere) thuiszorg prima leveren. Alleen de tijden waarop de hulp wordt gevraagd ('s ochtends vroeg en 's avonds laat) passen niet in de organisatie van de thuiszorg. Op deze tijden kan geen medewerker worden ingezet. Frits staat dan voor de keuze: of weer terug naar zijn ouders (die ook niet meer tot de jongste behoren en voor wie dit te zwaar dreigt te worden) of zijn baan niet door laten gaan.*

*Liesbeth, een verstandelijk gehandicapte vrouw, staat op de wachtlijst voor intramurale zorg bij een instelling bij haar in de buurt. Ze zal nog geruime tijd moeten wachten op een plaats. Wel kan zij in de tussentijd al gebruikmaken van de dagvoorziening van de instelling. Op die wijze kan Liesbeth alvast wennen aan de nieuwe zorgverleners en komt ze overdag in een andere omgeving, waar zij op haar eigen niveau aandacht en prikkels krijgt. Wanneer de moeder van Liesbeth aangepast vervoer wil regelen om haar dochter naar de dagopvang te brengen, blijkt dat dit vervoer volgens de AWBZ uitsluitend bestemd is voor semi-murale voorzieningen en niet voor intramurale. Ze moet haar dochter dus naar een andere voorziening laten gaan dan waarvoor ze heeft gekozen. Dit heeft als consequentie dat als Liesbeth een plaats krijgt in de intramurale instelling zij voor de dagactiviteiten moet verhuizen en toch weer zal moeten wennen aan een nieuwe omgeving en aan nieuwe verzorgers.*

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) omschrijft vraaggerichte zorg als 'een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoetkomt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden'.<sup>7</sup> De RVZ onderscheidt een aantal oorzaken waardoor vraaggerichte zorg onvoldoende van de grond komt. Deze zijn te rangschikken onder de noemers:

- verzekeringsaanspraken;
- aanbodregulering;
- informatievoorziening;
- afstemming overige stelsels.

Bij de laatste oorzaak gaat het om de erkenning dat behoeften van (onder andere)

de chronische patiënten ook op andere terreinen dan de gezondheidszorg kunnen liggen. Daarbij gaat het om de afstemming met de aan de gezondheidszorg gerelateerde terreinen als arbeidsvoorziening, volkshuisvesting, welzijn en vervoer. Op deze plaats blijft dit vierde punt verder buiten beschouwing. De andere drie komen hierna achtereenvolgens aan bod.

### 3.1.1 Verzekeringsaanspraken

De keuzemogelijkheden in de zorg zijn mede afhankelijk van de verzekering die de patiënt heeft gesloten. De wijze waarop de aanspraken zijn omschreven in de wet of de verzekeringspolis bepalen op welke zorg een verzekerde aanspraak kan maken.

Om met de polis te beginnen: bij een particuliere of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering kan de verzekerde via keuzepakketten de te verzekeren hulp afstemmen op de persoonlijke behoeften. Dat heeft zijn weerslag in de te betalen premie: hoe hoger het risico of omvangrijker het pakket, hoe hoger de premie. Een particulier verzekerde kiest zelf een zorgaanbieder die voldoet aan zijn of haar preferenties. De verzekeraar vergoedt de schade, de gemaakte kosten, mits deze gedekt worden door de verzekeringspolis. Overigens is de keuzevrijheid bij het afsluiten van een particuliere ziektekostenverzekering beperkt door de risicoselectie omdat in tegenstelling tot een ziekenfondsverzekering, in het algemeen bij een particuliere verzekering namelijk geen acceptatieplicht geldt.

In de sociale ziektekostenverzekeringen, AWBZ en ZFW geldt voor iedereen hetzelfde pakket, ongeacht zijn of haar persoonlijke risico. Het pakket is vastgelegd in de wet of daarop gebaseerde regelingen. Voor de zorgverlening wendt de verzekerde zich tot een aanbieder waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten. Lange tijd is dit verstrekkingensysteem gezien als een belangrijk instrument om in het kader van de sociale ziektekostenverzekering de toegang te waarborgen tot kwalitatief goede en geografisch bereikbare zorg. Alle verzekerden maken aanspraak op hetzelfde pakket aan zorg. De wettelijke aanspraken scheppen rechtszekerheid en gelijkheid. Tegelijkertijd draagt het contracteringsbeleid van het ziekenfonds bij aan een doelmatige organisatie van de zorg<sup>8</sup>.

De afgelopen jaren blijkt het verstrekkingensysteem in zijn uitwerking ook nadelen te kennen en wordt het soms ervaren als te beklemmend:

- De huidige verstrekkingen zijn veelal op zo'n manier omschreven dat een exclusieve koppeling wordt gelegd met degene die de betreffende zorg levert (een beroepsgroep of een instelling). Gevolg is bijvoorbeeld dat het verpleeghuis geen thuiszorg kan bieden.
- Het verstrekkingensysteem met gedetailleerde omschrijvingen is weinig flexibel. Een voorbeeld is de wijze waarop hulpmiddelen zijn omschreven.
- Er zijn nieuwe zorgvormen ontstaan, zoals transmurale zorg, die niet in een bestaande verstrekking onder te brengen zijn, waardoor een verzekerde er niet automatisch aanspraak op kan maken.

- De variatie in het feitelijke aanbod is gering; het zorgaanbod heeft nauwelijks prikkels en weinig vrijheid om zich aan wijzigende preferenties van burgers aan te passen.

Om aan deze nadelen tegemoet te komen, zijn in de sociale ziektekostenverzekering sommige zorgaanspraken geflexibiliseerd, bijvoorbeeld die van geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en (met ingang van 1 januari 2001) ook die van verpleging/verzorging. Ook zijn alternatieve financieringsvormen ontstaan, zoals het persoonsgebonden budget. Daarmee kan een patiënt naast en in plaats van de wettelijke aanspraken in principe zelf zorg inkopen, die beter aansluit bij de eigen behoeften. Het gebruik van het persoonsgebonden budget is wel gebonden aan bepaalde regels. Er bestaat vooralsnog geen recht op dergelijke persoonsgebonden financieringsvormen. Het zijn geen wettelijke aanspraken, maar subsidieregelingen waarbij geldt: op is op.

Vanuit bestuurlijk oogpunt staat het persoonsgebonden budget haaks op de bestaande structuur van het stelsel, hetgeen de houdbaarheid en transparantie van het stelsel kan aantasten. Het persoonsgebonden budget kan:

- of een verzekeringsaanspraak worden, maar in dat geval blijven de inkoopmogelijkheden beperkt tot erkende zorginstellingen;
- of vrij te besteden zijn, maar dan is er een risico dat de patiënten zich wenden tot nieuwe zorgaanbieders, terwijl de kosten van de bestaande, erkende instellingen blijven doorlopen.

Flexibilisering van zorgaanspraken betekent meer maatvoering en daardoor komt deze zorg beter tegemoet aan de verschillende behoeften. Dat lijkt een spanning op te leveren met het streven naar gelijke toegang tot zorg, maar hoeft niet. De toegang tot zorg kan blijven gewaarborgd, maar in de feitelijke zorgverlening kunnen verschillen tussen individuele verzekerden ontstaan.

Ook ziekenfondsen ondervinden nadelen van de wijze waarop verstrekkingen zijn vastgelegd. De aanspraken van ziekenfondsverzekerden zijn gelijk, ongeacht het ziekenfonds. De ZFW wordt in een concurrerende omgeving uitgevoerd en ziekenfondsen hebben er belang bij zich onderling te kunnen onderscheiden in het aanbieden van verzekerde zorg. Een goede verzekeraar wil ook optimaal aansluiten op de behoeften van de verzekerden.

Overigens biedt het contracteerbeleid voor ziekenfondsen de mogelijkheid om een eigen invulling te geven aan de wijze van uitvoering van de wettelijke aanspraken op zorg. De gedeeltelijke beperking van de contracterplicht in 1992 heeft die mogelijkheden vergroot; een ziekenfonds is sindsdien niet langer verplicht alle vrije beroepsbeoefenaren in zijn werkgebied te contracteren. Deze mogelijkheden blijken in de praktijk nog niet optimaal benut te worden. Ook is met ingang van 1992 aan de individuele contractsluitende partijen meer ruimte gegeven om die individuele overeenkomst aan te passen aan de regionale of lokale wensen. Ook daar wordt tot op heden weinig gebruik van gemaakt.<sup>9</sup>

### 3.1.2 Aanbodregulering

Ook de aanbodregulering, kenmerkend voor het huidige zorgstelsel, is mede van invloed op de mogelijkheden om vraaggerichte zorg te realiseren. De regelgeving, dan wel de wijze van toepassing daarvan beperkt de mogelijkheid flexibel in te spelen op de behoeften van patiënten, zo is de ervaring. Om die reden is bijvoorbeeld een traject in gang gezet om de uitvoering van de AWBZ meer vraaggericht te maken. Het voornemen is erop gericht de aanbodsturing te veranderen en te verminderen.<sup>3</sup>

Aanbodregulering vervult diverse functies, oorspronkelijk vooral om te zorgen voor voldoende aanbod en spreiding daarvan. Volgens Van der Grinten en Kasdorp is de aanbodregulering later mede ingezet als instrument om de kosten te beheersen, met name in een periode waarin het minder voorspoedig ging met de Nederlandse economie.<sup>10</sup> Op die wijze is de gezondheidszorg niet alleen toegankelijk, maar ook betaalbaar gehouden. De drie belangrijkste parameters die wat dit betreft de dynamiek in het zorgstelsel bepalen, zijn:

- de capaciteitsontwikkeling;
- de prijsvorming;
- de productie.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) regelt de capaciteit van intramurale instellingen. De opleidingscapaciteit en waar nodig de numerus fixus bepaalt de instroom van beroepsbeoefenaren. De WVG regelt de prijsvorming van zorgaanbod. De wettelijke verzekeringsaanspraken worden geregeld bij of krachtens AWBZ, ZFW en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Het tijt kan keren. Regels, toepassingswijzen en opleidingsbeperkingen die lange tijd zijn beschouwd als noodzakelijk instrument tot kostenbeheersing, sluiten nu minder goed aan bij veranderingen in de zorg. Aanbieders, verzekeraars en patiënten ervaren regels als beklemmend en star, bijvoorbeeld:

- Toetredingsmogelijkheden van nieuw aanbod worden ervaren als beperkt.
- Het huidige overeenkomstenstelsel en de contracteerplicht voor instellingen beperkt de ziekenfondsen en AWBZ-uitvoerders in hun sturingsmogelijkheden op het zorgaanbod.
- Het tarievenstelsel maakt de feitelijke kosten van zorg weinig inzichtelijk en vormen van zorg zijn daardoor moeilijk onderling te vergelijken. De tarieven houden geen rekening met grote verschillen in de vraag.
- De handelingsvrijheid van zorgaanbieders en de mogelijkheden tot innovatie van het zorgaanbod zijn beperkt.
- De resultaten van zorgvernieuwingsactiviteiten blijken niet altijd eenvoudig in het bestaande stelsel te kunnen worden ondergebracht.<sup>11</sup>

Paradoxaal genoeg is het niet alleen de overheid of de politiek die zorgt voor het ontstaan van regels. Regelgeving komt soms juist op verzoek van maatschappelijke

organisaties tot stand en blijft intact. Regels zorgen namelijk ook voor duidelijkheid, zekerheid en veiligheid in de onderlinge omgang.

De overheid bepaalt in belangrijke mate de capaciteit en de prijzen in het zorgstelsel. Indirect beïnvloedt de overheid de productie door een koppeling tussen prijs, productie en beschikbaar macrokader, dan wel door beperking van de verzekeringsaanspraken of de instroom van nieuwe zorgaanbieders. De overheid (waaronder de uitvoeringsorganen) toetst de uitkomst van de beslissingen over prijs, productie en capaciteit in de zorgsector ex ante en ex post aan een macrokader voor de toegestane kostenontwikkeling in de zorg: het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en neemt zo nodig corrigerende maatregelen. De aanbodregulerende bevoegdheden van de overheid zijn voor een deel ook wettelijk vastgelegd in de ZFW en AWBZ. Voor de particulier- en publiekrechtelijk verzekerde in het tweede verzekeringscompartiment (wel behorende tot het BKZ) en in het derde compartiment (niet behorende tot het BKZ) gelden deze aanbodregulerende bevoegdheden juist niet. Daardoor kunnen knelpunten ontstaan bij de aansturing door de overheid.

De overheid bepaalt tot dusver op basis van de WZV en op grond van de ZFW en de AWBZ, de planning en de capaciteitsontwikkeling van intra- en extramurale instellingen in het zorgstelsel. Investeringsplanning voor instellingen die onder de WZV vallen zijn vergunningsplichtig. De overheid toetst deze instellingen onder meer aan de behoefte, de spreiding en de exploitatiegevolgen. De afgelopen jaren zijn de regels voor planning en bouw enigszins versoepeld en een nieuwe wet ter vervanging van de WZV is in voorbereiding. Daarbij is beoogd het starre en vertragen effect van de WZV terug te dringen. Ook de reikwijdte van de wet verandert, waardoor de wet bijvoorbeeld niet meer van toepassing zal zijn op kleinschalig wonen. Starre regelgeving bakent de beschikbare ruimte duidelijk af en biedt weinig mogelijkheden om creatief en flexibel te zijn. Via een andere weg bepaalt de overheid bij beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg de capaciteit mee, namelijk door het vaststellen van de opleidingscapaciteit voor een aantal beroepsgroepen, zoals artsen en tandartsen. Ook de beroepsgroepen zelf hebben daarbij een rol, bijvoorbeeld bij de vaststelling van het aantal specialisten dat uit hun kring wordt opgeleid. In- en uitstroom van professionals bepalen de omvang van de beschikbare zorgcapaciteit.

Daarnaast heeft de overheid de bevoegdheid om op basis van de WTG de prijsvorming in het zorgstelsel te sturen. De WTG bevat onder meer procedures voor de totstandkoming van tarieven voor zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren. De instellingen kennen een individueel kostenbudget. De tarieven voor de vrije beroepen zijn maximumtarieven. De overheid stelt deze vast. Daarmee is de WTG een belangrijk instrument voor kostenbeheersing. Recent heeft de minister van VWS voornemens tot herziening van de WTG aangekondigd.<sup>9</sup>

Verzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over de wijze en soms over de omvang van de productie van verzekerde zorgprestaties. Zij volgen daarbij de landelijke uitkomsten van overleg of de modelovereenkomsten, waardoor er beperkte ruimte is om in te spelen op de regionale situatie. Het beschikbare instellingsbudget vormt, samen met de door de overheid bepaalde productiecapaciteit, de bovengrens van de productieafspraken. Als een categorie van instellingen of beroepsbeoefenaren het beschikbare macrobudget overschrijdt, kan de overheid de instellingen en behandelaars dwingen de overschrijdingen te compenseren met budgetverlagingen voor volgende jaren. Macro-overschrijdingen kunnen ook leiden tot tariefsverlaging bij beroepsbeoefenaren.

### *3.1.3 Informatievoorziening*

Naast de verzekeringsaanspraken en de aanbodregulering is een derde factor van invloed op het gefundeerd kiezen van de patiënt. Deze factor houdt in dat de patiënt voldoende informatie heeft over het zorgaanbod. Op welke zorg kan een verzekerde aanspraak maken, welke zorg wordt vergoed, welk zorgaanbod is beschikbaar en – niet onbelangrijk – wat is de kwaliteit daarvan? Vooralsnog bestaat er voor de patiënt weinig vergelijkende informatie over de kwaliteit of de kosten van het zorgaanbod. Diverse ontwikkelingen zijn gaande, zoals een programma rond patiënten/consumenteninformatie bij ZorgOnderzoek Nederland, een project gericht op ziekenhuisinformatie van de Consumentenbond en diverse initiatieven waarbij vergelijkende informatie over zorgaanbieders via internet wordt verspreid. Toch is de gezondheidszorg als geheel voor patiënten weinig inzichtelijk en transparant, zo concludeert de RVZ.<sup>7</sup>

Belangrijke onderliggende factor bij de informatievoorziening is wat wel wordt genoemd de 'PH-waarde', de verhouding tussen patiënt en hulpverlener. Die verhouding tussen vrager en aanbieder in de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door afhankelijkheid en ongelijkheid, hoewel de mate daarvan per zorgvorm kan verschillen. De afhankelijkheid en de ongelijkheid in de directe zorgrelatie rechtvaardigt een zekere mate van overheidsregulering, zeker als het erom gaat burgers in een kwetsbare positie te beschermen. Een verbetering van de informatievoorziening aan burgers en patiënten is een van de factoren die kan helpen een evenwichtiger relatie tussen hulpvrager en hulpverlener tot stand te brengen.

## **3.2 Samenhangende zorg**

De behoefte aan zorg van een patiënt houdt niet op bij de drempel van de deur van de spreekkamer, en laat zich evenmin beperken door de grenzen van de verzekering. In de praktijk ondervinden patiënten belemmeringen bij de aansluiting van de ene zorgvorm op de andere, ook als die onder dezelfde verzekering valt. Een belangrijk aspect van vraaggerichte zorg is dat de zorg een continu en afgestemd karakter heeft, ook wanneer delen van de zorg afkomstig zijn van verschil-

lende aanbieders. Daarbij wordt wel gesproken van een zorgketen, een samenhangend zorgcircuit of transmurale zorg. Dergelijke zorgvormen kunnen niet alleen leiden tot een betere zorgverlening, die tegelijkertijd meer tegemoet komt aan de behoeften van de patiënt, maar dragen ook bij aan vergroting van de doelmatigheid. Naar verwachting wordt deze ontwikkeling in de toekomst steeds belangrijker.

Op dit moment maakt een deel van de patiënten gelijktijdig of achtereenvolgend gebruik van curatieve zorg en langdurige zorg met een herstel- of verblijfskarakter. Een bekend voorbeeld is de zorg aan zogenoemde CVA-patiënten, mensen met een herseninfarct. In het verzekeringsstelsel is de curatieve zorg (ziekenhuis) ondergebracht in het tweede compartiment (onder andere ZFW) en de langdurige zorg (verpleeghuis) in het eerste compartiment (AWBZ). Mede doordat de financiering van zorg gekoppeld is aan voorzieningen en niet aan patiëntenstromen, kunnen knelpunten ontstaan bij patiënten in het grensverkeer tussen AWBZ en het tweede compartiment.

In het huidige stelsel verschilt de organisatie en regulering per zorgvorm en bovendien per compartiment. Productieafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders worden veelal gemaakt binnen één zorgkolom en binnen één zorgcompartiment. Het organiseren van samenhangende zorg die vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit zorginhoudelijk oogpunt voor de hand ligt, kan door de verschillen in regelgeving en sturingsconcepten op problemen stuiten. In het dagelijkse spraakgebruik wordt dit veelal aangeduid als het 'schottenprobleem'. Er zijn twee soorten schotten te onderscheiden: binnen een compartiment of geldstroom (bijvoorbeeld de ouderenzorg in de AWBZ) of tussen geldstromen (bijvoorbeeld tussen AWBZ en ZFW). De oplossingsrichting verschilt daardoor ook.

Vooraf bij het ziekenhuisontslag en de aansluitende verpleeghuiszorg of thuiszorg, maar ook tussen huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg kunnen problemen ontstaan met de continuïteit van de zorgverlening. Capaciteitsproblemen in het volgende circuit kunnen ertoe leiden dat een patiënt langer in het ene circuit moet verblijven, terwijl na enige tijd wel de regels van dat volgende circuit gaan gelden. Bijvoorbeeld de patiënt die langer in het ziekenhuis moet verblijven en waarvoor na verloop van tijd de regels van verpleeghuiszorg gaan gelden. Voor de patiënt leidt dat tot onzekerheid en onduidelijkheid, mede omdat de eigen bijdragen verschillen. Vanuit het perspectief van zorgaanbieder en verzekeraar leidt dat tot extra kosten, terwijl de geboden zorg ook niet altijd de meest optimale is.

*Ter illustratie*

*De zorg aan CVA-patiënten in de Rivas Zorggroep vindt experimenteel plaats op basis van een zorgketen van alle zorgaanbieders in de regio Gorinchem. Het model ziet er als volgt uit:*

*CVA → huisarts → ziekenhuis → herstel → (1) verpleeghuis (revalidatie);  
(2) verzorgingshuis (CVA-unit);  
(3) thuis (thuiszorg);  
(4) thuis.*

*Na doorverwijzing van de huisarts wordt de CVA-patiënt opgenomen in het ziekenhuis, in principe voor vijf tot tien dagen (regelgeving: ZFW/dagtarief ziekenhuis circa f 1024,- en huisartsenabonnement of -tarief). Daarna vindt, als de patiënt aanvullende zorg nodig heeft, doorgeleiding plaats naar de herstelafdeling. Dit is een afdeling binnen het ziekenhuis, maar onder verantwoordelijkheid/regie van de sector verpleeghuiszorg van Rivas. De verpleeghuisarts heeft de medische verantwoordelijkheid op deze afdeling (regelgeving: ZFW voor 28 dagen (verkeerde-bedtarief) voor ziekenhuisdagtarief van circa f 300,- (frictieperiode); AWBZ: dagtarief verpleeghuis circa f 280,- ; eigenbijdragetarief verpleeghuizen. De eigenbijdrageregeling is inkomensafhankelijk en kan voor patiënten op deze afdeling oplopen tot f 1040,- per maand).*

*Na uitstroom uit de herstelafdeling zijn zoals het model laat zien vier varianten mogelijk:*

- 1. Naar verpleeghuis voor revalidatie  
- regelgeving: AWBZ-verzorgingshuizen (eigen bijdrage verzorgingshuis).*
- 2. Naar verzorgingshuis i.c. een speciale CVA-unit (samenwerking tussen verzorgingshuis (locatie en personeel inzet) en thuiszorg (bekostiging personeel), dagtarief verzorgingshuis ca. f140,-. Het personeel van het verzorgingshuis op de unit wordt bekostigd uit de thuiszorgfinanciering en houdt per patiënt een urenverantwoording bij zoals in de thuiszorg gebruikelijk. De paramedische hulp wordt verleend door fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten uit het ziekenhuis of verpleeghuis. Voor deze behandeling is gepoogd afspraken te maken met de zorgverzekeraar in het kader van de productieafspraken eerste lijn ziekenhuisfysiotherapie. Dit is tot op heden niet gelukt en dus worden de kosten uit het ziekenhuisbudget betaald. Dit geldt ook voor de logotherapie. De ergotherapie wordt betaald uit de daarvoor bestaande subsidieregeling. Het ziekenhuis rekent geen aanhuis- of instellingstoeslag.  
- regelgeving: AWBZ-verzorgingshuizen (eigen bijdrage verzorgingshuis).*
- 3. Naar huis met thuiszorg (verpleging en verzorging)  
- regelgeving: AWBZ aanspraak V&V-thuiszorg (eigen bijdrage thuiszorg).*
- 4. Naar huis zonder thuiszorg eventueel met mantelzorg/vrijwilligerswerk  
- regelgeving: niet van toepassing.*

*Voor de patiënt betekent dit het volgende. Op zorg verleend door huisartsen en ziekenhuis is de ZFW of particuliere verzekering van toepassing (de laatste eventueel met een eigenrisicoregeling). In de overgang van het ziekenhuis naar de herstelafde-*

*ling stelt het regionaal indicatieorgaan voor de eerste keer indicatie in verband met AWBZ-verpleeghuiszorg. Na 28 dagen verblijf in het ziekenhuis (verkeerde bed) is de patiënt een eigen bijdrage voor het verpleeghuis verschuldigd, terwijl deze fysiek nog steeds op een afdeling in het ziekenhuis verblijft. In de overgang naar het verzorgingshuis moet het regionaal indicatieorgaan voor de tweede keer indiceren voor AWBZ-verzorgingshuiszorg en is de patiënt een andere eigen bijdrage verschuldigd. In de overgang naar thuiszorg moet het regionaal indicatieorgaan weer indicatie stellen in het kader van thuiszorg. Ook hier is een ander eigenbijdragetarief van toepassing.*

*Voor de instellingen die de zorg verlenen, kunnen regeltechnische knelpunten ontstaan. In een instelling zijn bepaalde voorzieningen nodig, die formeel niet tot de erkenning behoren, bijvoorbeeld een herstelafdeling in een ziekenhuis, of een CVA-unit in een verzorgingshuis. Ook de financiering van zorgverleners die werkzaam zijn op een andere plaats, bijvoorbeeld verpleeghuiszorg in de thuissituatie, kan op gespannen voet staan met de formele regelgeving, omdat het dan bijvoorbeeld gaat om een andere verstrekking. Dit alles belemmert de transparantie bij de verantwoording.*

Knelpunten op dit terrein lijken mede te ontstaan doordat elke zorgvorm een eigen sturingsmodel kent, dat een eigen verdeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken met zich meebrengt. Het van toepassing zijn van verschillende besturingsmodellen tegelijkertijd kan:

- onduidelijkheid scheppen over verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld over de vraag wie verantwoordelijk is voor wachtlijsten;
- leiden tot conflicterende bevoegdheden, bijvoorbeeld als een verzekeraar een noodzakelijke geachte extra specialistenplaats financiert uit grijze-productieafspraken terwijl de overheid deze plaatsen heeft bevroren;
- leiden tot een extra taakuitvoering bij de sturing (centrale en decentrale prijsonderhandelingen; lokale productieafspraken en centrale planning van productie).

### **3.3 Verdeling van verantwoordelijkheden**

Verantwoordelijkheden in het zorgstelsel zijn vastgelegd in wet- en regelgeving. Sommigen zijn van mening dat deze toe zijn aan een herziening, omdat de verantwoordelijkheden nu niet altijd helder zijn of niet altijd optimaal lijken toegedeeld. Daardoor is niet zonder meer duidelijk wie voor wat verantwoordelijk en aanspreekbaar is. Ziekenfondsen hebben een zorgplicht voor hun verzekerden, maar wanneer die zorg niet tijdig geboden kan worden, dan wordt voor de rechter niet alleen het ziekenfonds, maar ook de overheid gedaagd. Onduidelijkheden lijken er mede toe te leiden dat een verantwoordelijkheid ook niet zonder meer als zodanig wordt gevoeld en opgepakt. De vraag is of verantwoordelijkheden op de juiste plaats liggen, namelijk bij degene die ook de bevoegdheden en de instrumenten

heeft die verantwoordelijkheid waar te maken. Een decentralisatie van verantwoordelijkheden zou dan een oplossing kunnen zijn, maar waarop kan de overheid dan nog wel worden aangesproken? En wat als het fout gaat?

In de praktijk wordt de rijksoverheid, de politiek, gezien als eindverantwoordelijke voor allerlei problemen, maar de vraag is of die altijd in staat is een oplossing te bieden. De RVZ heeft het beleidssysteem van de gezondheidszorg gekenschetst als hybride en bedoelt daarmee aan te geven dat het stelsel ongelijksoortige elementen bevat.<sup>12</sup> Diverse factoren zijn van invloed op de bestaande onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden:

- Het Nederlandse zorgstelsel heeft een gemengd publiek-privaat karakter. Overheid en particuliere organisaties werken samen en private organisaties vervullen maatschappelijke doelen. De RVZ spreekt van een amalgaam van particuliere organisaties, professies en overheidsorganen.<sup>12</sup>
- In het zorgstelsel spelen uiteenlopende organisaties en individuen een rol. Zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en de overheid worden gezien als de vier voornaamste spelers, maar zijn niet de enige. Tegelijkertijd is bij elke speler een wisselwerking tussen landelijk en regionaal niveau te onderkennen.
- Instrumenten in het zorg- en verzekeringsstelsel hebben een uiteenlopend karakter en lijken niet altijd afdoende te zijn afgestemd op verantwoordelijkheden. De kracht en de richting van de instrumenten zijn verschillend: samenwerking en concurrentie gaan gelijk op, wetgeving heeft invloed op de mogelijkheid tot zelfregulering en eigen verantwoordelijkheid. Daarmee is het zorg- en verzekeringsstelsel een typisch polderproduct.
- Het huidige stelsel is niet ontworpen, maar gegroeid. Gaandeweg is het aangepast aan de wisselende eisen die politiek en maatschappij hebben gesteld. Terwijl het huis wordt bewoond, vindt voortdurend onderhoud plaats waarbij soms een nieuwe kamer aan het huis is gebouwd, dan weer een oude badkamer is gemoderniseerd of is volstaan met een fris behangetje. Het stelsel draagt op dit moment de sporen van een transitie die al enkele decennia plaatsvindt, en die ook in de toekomst zal voortgaan.

Daarbij komt dat de besturing van de verzekeringssystemen in het eerste en tweede compartiment momenteel in een overgangsfase verkeert: van aanbodsturing naar een meer vraaggerichte sturing. In deze transitiefase verschuiven verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden tussen de partijen in de zorgsector. De richting is dat bevoegdheden meer terecht komen op een lager niveau, in de veronderstelling dat knelpunten daardoor sneller en adequater kunnen worden opgelost. Het is voor alle betrokken spelers van belang dat deze overgang voorspelbaar verloopt.

Onduidelijkheid rond verantwoordelijkheden binnen het stelsel lijkt in hoofdzaak te leiden tot drie algemene knelpunten, die hierna worden toegelicht:

- Het duale karakter van het zorgstelsel beperkt de mogelijkheden om wenselijke ontwikkelingen te sturen.
- De vermogens tot innovatie en aanpassing aan veranderende omstandigheden zijn beperkt.
- Het stelsel omvat weinig inherente prikkels die aanzetten tot doelmatigheid of gepast gedrag.

Hieronder wordt op elk van deze knelpunten ingegaan.

### *3.3.1 Duaal karakter van het zorgstelsel*

In grote lijnen bestaan in het zorgstelsel twee verzekeringsvormen naast elkaar: het naturastelsel (ZFW en AWBZ) en het restitutiestelsel (particuliere en publiekrechtelijke verzekeringen) in het tweede compartiment. Beide systemen dragen in verschillende mate bij aan een beheersing van de schadelast en een doelmatige organisatie van de zorg. ZFW en AWBZ zijn wettelijk verplichte sociale zorgverzekeringen, de particuliere ziektekostenverzekeringen zijn schadeverzekeringen. Dit leidt tot verschillende en deels tegengestelde krachten in de sturing van de zorg, met name in het tweede compartiment.

#### *Ter illustratie*

*Het beleid is erop gericht om specialisten organisatorisch en financieel te integreren in het ziekenhuis. Een belangrijk middel om dit doel te bereiken is de integratie van ziekenhuisbudget en specialistenbudget. Onlangs is wettelijk bepaald dat specialisten alleen via het ziekenhuis mogen declareren. Deze wet heeft alleen werking voor de sociale ziektekostenverzekeringen. Specialisten kunnen en mogen zelfstandig blijven declareren aan particuliere verzekeraars. De gewenste integratie komt daardoor niet dichterbij en er ontstaan juist uitwijkmogelijkheden.*

*Een praktijkverpleegkundige kan bepaalde werkzaamheden van de huisarts overnemen en daarmee de werklust van de huisartsen verlichten. Een huisartsgroep kan met een ziekenfonds een contract sluiten om een praktijkverpleegkundige in dienst te nemen en daarvoor een vergoeding via de tarieven van de zorgverzekeraar ontvangen. Particuliere verzekeraars sluiten geen contracten met huisartsen. Afspraken maken over praktijkverpleegkundigen is derhalve niet goed mogelijk. Ook financiering via de tarieven van een huisartsgroep met een praktijkverpleegkundige is moeilijk te realiseren. Er zijn landelijke particuliere tarieven, die geen verschil maken tussen huisartsen met of zonder praktijkverpleegkundige. Getracht is dit door een clearinghouse voor particuliere nota's op te lossen voor de particuliere sector, maar dat is tot op heden niet gelukt.*

Ziekenfondsen hebben door hun leverings- en acceptatieplicht belang bij een goede organisatie van de zorg om de uitgaven te beheersen. Omdat er een acceptatieplicht bestaat, kan iedere verzekerde tegen geringe transactiekosten en met het zekere voordeel van een lagere nominale premie de duurder geworden verze-

keraar inruilen voor een goedkopere verzekeraar, terwijl de verzekeringsaanspraken ongewijzigd blijven.

Op de beheersing van de schadelast is ook de normkostenfinanciering van invloed. Wanneer ziekenfondsen hun schade onvoldoende beheersen, zullen zij de verliezen op hun budget moeten nafinancieren met een verhoging van de nominale premie. Verzekeraars die in een naturastelsel werken, hebben tevens een wettelijke stimulans om het zorgaanbod doelmatig te organiseren. De wet schrijft voor dat zij ieder jaar een toereikend en doelmatig zorgaanbod voor hun verzekerden moeten inkoop. Voor de uitvoering van het naturastelsel sluiten ziekenfondsen overeenkomsten met zorgaanbieders en maken daarbij ook afspraken over onder meer de aard en kwaliteit van de te leveren zorg.

Particuliere verzekeraars beheersen hun schadelast vooral doordat zij aspirant-verzekerden selecteren op basis van te verwachten schade. Concurrentie tussen particuliere verzekeraars richt zich dan ook vooral op de gunstige risico's. Daarnaast plukken de particuliere ziektekostenverzekeraars de vruchten van de resultaten van de onderhandelingen die ziekenfondsen voeren. Ze liften als het ware mee; voor grote concerns waarin ziekenfondsen en particulier samenwerken betekent dit een directe bijdrage aan de schadelastbeheersing van de particuliere portefeuille. Incidenteel trachten particuliere verzekeraars de kosten ook op andere wijzen te beheersen, bijvoorbeeld via gerichte zorgarrangementen. Het belang voor een particuliere verzekeraar om de zorg gericht te sturen is gering. Een ander belangrijk kenmerk van de particuliere ziektekostenverzekering is het ontbreken van een acceptatieplicht en de mogelijkheid om bepaalde groepen verzekerden met hoge risico's via de WTZ te poolen. Gelet op leeftijd en andere mogelijke risicofactoren kan een deel van de particulier verzekerden feitelijk niet van verzekering veranderen. Hier gaat geen prikkel voor doelmatige zorginkoop van uit. De verschillen met verzekeraars in het naturastelsel worden versterkt doordat investeringen van een particuliere verzekeraar in inkoop en organisatie van het zorgaanbod, door een relatief beperkte (regionale) marktmacht, een laag rendement hebben.

De duale karakter van het verzekeringsstelsel heeft gevolgen voor het sturen van de zorg in het tweede compartiment, en daarmee ook voor de doelmatigheid.

Naast de hiervoor genoemde voorbeelden valt te denken aan:

- Geneesmiddelen. Hier is een beleid in gang gezet gericht op verbetering van de doelmatigheid en de wijze van afleveren. Het is de bedoeling dat de financiering minder volumeafhankelijk is. Door middel van een modulaire bekostigingswijze is het mogelijk bepaalde prikkels in te bouwen die stimuleren dat geneesmiddelen door de apotheker goedkoper worden afgeleverd. Deze kan echter alleen op grond van overeenkomsten in het naturastelsel worden ingevoerd.
- Huisartsen. Hier bestaan tegelijkertijd twee verschillende financieringswijzen,

namelijk abonnement (naturastelsel) en honorarium (schadeverzekering). Via het naturastelsel kunnen bijvoorbeeld registratiesystemen van de districtshuisartsenvereniging (DHV) worden gefinancierd. Bij een eventuele toeslag op het honorarium bestaat er geen zekerheid of de huisarts deze financiering inderdaad ter beschikking stelt van de DHV.

- Gezondheidscentra of tandheekkundige samenwerkingsverbanden. Naast de hulpverleners zal ook de infrastructuur van het gezondheidscentrum gefinancierd dienen te worden. Het naturastelsel biedt daartoe wel mogelijkheden, bij de particuliere schadeverzekeringen is een dergelijke financiering moeilijker te realiseren.

### 3.3.2 *Innovatief vermogen*

Neveneffect van regelgeving is dat deze de vrijheid kan beperken van de verzekeraar, zorgaanbieder en consument om lokaal hun belangen op elkaar af te stemmen. De ervaring leert dat het gedrag van partijen sterk regelgestuurd is en dit daagt er niet toe uit zelf of met elkaar oplossingen te vinden. De fijnmazig geregelde organisatie van het zorgstelsel geeft dit stelsel een beperkt aanpassingsvermogen voor kansen en bedreigingen die van buiten het zorgstelsel komen. Regels worden dan, al dan niet terecht, gezien als belemmeringen bij het realiseren van veranderingen of vernieuwing. 'De wet laat dat niet toe', kan een excuus vormen om zelf geen alternatieven te ontwikkelen. In paragraaf 3.1.2 kwam die paradox al aan de orde.

In sommige gevallen gaan patiënten, zorgaanbieders of verzekeraars zelf op zoek naar mogelijkheden tot vernieuwing of aanpassing, al dan niet met behulp van aanvullende regels als het persoonsgebonden budget, experimenteermogelijkheden voor een regionaal zorgbudget of een regeling tot flexizorg. In hoofdzaak lijken ontwikkelingen als zorgvernieuwing, aanpassing op gewijzigde consumentenpreferenties of verruiming van het aanbod echter gestuurd te worden door overheidsinterventies, bijvoorbeeld via verruiming van het budgettaire kader of subsidieregelingen voor zorgvernieuwing. Ook dat lijkt een paradox: de overheid waarvan de regels als belemmerend worden ervaren, moet tegelijkertijd stimuleren tot innovatie.

Het aanpassingsvermogen en probleemoplossend vermogen van het zorgstelsel wordt verder beïnvloed doordat verschillende besturingsconcepten naast elkaar bestaan. Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en uiteenlopende rolopvattingen belemmeren de handelingssnelheid van de betrokken partijen. De overheid verwacht soms actie van een van de partijen in het zorgstelsel, terwijl deze dan juist wacht op de overheid. Een oplossingsrichting kan zijn verantwoordelijkheden op een dusdanig niveau te brengen, dat de betrokkenen zelf snel en adequaat op dynamische krachten in het stelsel kunnen inspelen.

### 3.3.3 *Doelmatigheid binnen het stelsel*

Verantwoordelijkheden en daarmee samenhangende stimulerende maatregelen of

instrumenten ('incentives') beïnvloeden de doelmatigheid van het stelsel. Het huidige stelsel kent verschillende incentives om doelmatig handelen of gepast gebruik bij verzekeraars, zorgaanbieders of patiënten/consumenten direct of indirect te stimuleren. Stimulansen voor een doelmatige werking van het zorgstelsel wijzen echter niet altijd consequent en consistent in dezelfde richting. Ook in de interactie tussen de verschillende partijen in de zorgsector is soms sprake van inconsistentie.

*Ter illustratie*

*In het eerste compartiment, de AWBZ, is de prikkel zwak voor zorginstellingen om het aanbod beter aan te laten sluiten op de preferenties van de consument, zolang een instelling in haar budget niet de gevolgen ondervindt van de keuzen die de consument met zijn PGB maakt. Het systeem van gemiddelde prijzen per patiënt (tarieven) versterkt dit verschijnsel. Door het ontbreken van concurrerende verzekeraars in de AWBZ zijn incentives om doelmatige zorg te contracteren beperkt. De instrumenten voor de instelling om het aanbod beter af te stemmen op de preferenties van de voor zorg geïndiceerde patiënt zijn zwak. De instelling heeft immers een gegarandeerd budget.*

*Ziekenfondsen zijn voor de zorg in het tweede compartiment financieel risicodragend voor alle zorg buiten het ziekenhuis en voor specialistische zorg. Dit instrument blijft ineffectief wanneer verzekeraars goed presterende zorgaanbieders niet kunnen belonen, met aanbodschaarste te maken hebben en nauwelijks onderhandelingsruimte vinden onder de door de overheid doelmatig vastgestelde maximumtarieven. Zowel de overheid als de verzekeraars zijn financieel verantwoordelijk voor de kostenontwikkeling. Bij generieke kostenoverschrijdingen heeft de verzekeraar er juist geen belang bij om in te grijpen, omdat de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid als eerste met maatregelen zal komen die gericht zijn op kostenbeheersing of bezuiniging.*

Het huidige zorgstelsel kent uiteenlopende prikkels en instrumenten om patiënten en consumenten aan te zetten tot gepast gebruik van zorgverlening. In de particuliere verzekeringen, WtZ en publiekrechtelijke verzekeringen bestaat een vrijwillig of verplicht eigen risico. In de ZFW heeft de consument, behoudens enkele kleine uitzonderingen, geen eigen risico. De AWBZ heft voor nagenoeg alle zorgvormen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Eigen bijdragen in de ZFW en AWBZ zijn ten dele overigens ingegeven uit het besparingsmotief en niet primair bedoeld om de vraag naar zorg te remmen. In de thuiszorg is een remmend effect wel beoogd. In een belangrijk deel van de vraag naar zorg ontbreken momenteel prikkels voor een verzekerde om geen gebruik van zorg te maken, omdat het 'immers toch onder de verzekering valt'.

Voor zorgaanbieders geldt in het algemeen dat deze in een doelmatig werkend stelsel dusdanige mogelijkheden hebben dat zij met een doelmatige inzet van middelen een optimale zorg bieden. De afgelopen jaren is intensief beleid gevoerd om het

stelsel wat dit betreft te verbeteren, onder meer via protocollering van zorg. De uitwerking van sommige instrumenten lijkt echter te verschillen. Zorgaanbieders zijn in de regel gebudgetteerd of hebben een beloning die ontkoppeld is van de productie. Gebudgetteerde zorgaanbieders hebben een incentive om de totale kosten te beheersen. Na overschrijding van het budget volgen kortingen. Daarnaast bestaat een incentive om de prestaties beperkt te houden voor het reeds verkregen budget.

- In de AWBZ-sector wordt gerekend met gemiddelde prijzen per patiënt. Door het bestaan van wachtlijsten kan de instelling tot op zekere hoogte zelf bepalen wat de zorgzwaarte van de patiënten is, die zij binnenlaat; dit is een ondoelmatige incentive, omdat deze ertoe kan leiden dat instellingen de minst hulpbehoevende patiënten opnemen.
- In het tweede compartiment zijn de specialisten gebudgetteerd voor hun inkomens. Hoewel de technologie en andere productiefactoren hen soms in staat stellen hun productie te vergroten, ontbreekt voor hen de incentive om 'voor hetzelfde geld' meer te doen.
- Huisartsen zouden kleine ingrepen en EHBO zelf kunnen doen. Ze hebben echter door het abonnementstarief geen incentive dit te doen en verwijzen naar het ziekenhuis. Instellingen proberen, behalve de arbeidsintensieve patiënten, ook zo veel mogelijk 'lichte' gevallen binnen te halen, om zo de gemiddelde verrichting per patiënt (de output) te beperken.
- Het systeem van maximumprijzen is bedoeld om prijs en prestatie meer in overeenstemming met elkaar te brengen. Maximumprijzen blijken in de praktijk toch als richtprijzen te werken. Het feit dat de hoogte van deze prijzen berust op een doelmatige (zoals in de thuiszorg) of een normatieve onderbouwing is hier mede debet aan.

Ziekfondsen ondervinden eveneens gevolgen van verschillende stimulansen. Enerzijds is het ziekenfonds verantwoordelijk voor het contracteren van toereikende zorg. Anderzijds is er de bevoegdheid van de overheid om de productie via budgetten te begrenzen, om daarmee een meerjarig en ex ante vastgesteld macrobudget voor de kosten van deze zorg te handhaven. Beide zaken kunnen conflicteren. De besturing van de AWBZ lijkt dusdanig ingericht dat de verantwoordelijkheden van verzekeraar voor levering en die van de overheid voor financiering met elkaar in conflict kunnen komen. In sommige situaties maken burgers een gang naar de rechter, waarbij dan niet altijd duidelijk is wie ze moeten dagen: het zorgkantoor of de overheid? Het advies van de landsadvocaat van 16 mei 2000 geeft overigens aan dat wettelijke regelingen voor aanbodbeheersing niet in de weg staan aan aanspraken. Frictie kan hooguit ontstaan in en door de toepassing van de wettelijke instrumenten, aldus de landsadvocaat.<sup>3</sup>

Ook in het tweede compartiment werken verschillende krachten. Effecten van het duale karakter van het verzekeringsstelsel zijn in 3.3.1 al besproken. Met de budgettering van ziekfondsen zijn de risico's voor ziekfondsen vergroot en is de

verwachting dat zij onderling gaan concurreren. Tegelijkertijd is het bijbehorende instrumentarium nog in voorbereiding. Daarbij kan de beoogde concurrentie op gespannen voet staan met de noodzakelijk geachte samenwerking tussen verzekeraars op andere vlakken in het stelsel.

Duidelijkheid over de rol en de verantwoordelijkheid van de overheid bij de sturing van de zorgsector is noodzakelijk. De overheid heeft verschillende, in de tijd soms wisselende en niet noodzakelijk met de verzekeraar en zorgaanbieder congruente verantwoordelijkheden bij de sturing van de zorgsector.

De overheid heeft een aantal verantwoordelijkheden dat is gebaseerd op de Grondwet. Daarbij gaat het om aspecten als (financiële) toegankelijkheid, (geografische) bereikbaarheid en kwaliteit. Daarbij past dat de overheid zich uit macro-economische overwegingen en uit oogpunt van financiële toegankelijkheid bezighoudt met de uitgaven in de zorg. Sinds een aantal jaren heeft de regering tevens een verantwoordelijkheid voor het handhaven van een budgettair kader waaraan het totaal aan zorgkosten in het eerste en tweede compartiment jaarlijks wordt getoetst. Uit hoofde van de regels voor budgetdiscipline heeft de overheid een duidelijke stimulans om dit macrobudget te handhaven en te waarborgen. De stimulans om kostenbeheersing en leveringsplicht te combineren heeft de overheid bij de financieel risicodragende verzekeraars in de ZFW gelegd.

### 3.4 Spanning tussen vraag en aanbod

Uit berichtgeving in de media blijkt dat velen van mening zijn dat het afgelopen decennium in de gezondheidszorg een terughoudend financieel beleid is gevoerd. Terwijl het aanbod beheerst is toegenomen, maar tegelijkertijd de vraag sterker is gegroeid, is een schaarste ontstaan. Wachtlijsten zijn daarvan een pregnant voorbeeld en in een recent rapport blijkt dat ook de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), vindt dat de wachttijden voor geïndiceerde zorg in Nederland onaanvaardbaar lang blijven.<sup>13</sup>

Het tweede paarse kabinet heeft dit in 1998 onderkend door bij het regeerakkoord ruim f 5,6 miljard extra beschikbaar te stellen voor de zorgsector. Ook in de jaren nadien heeft het kabinet meermalen het budget voor de gezondheidszorg verruimd. Overkoepelende organisaties van zorgaanbieders betogen dat de beschikbare financiële ruimte nog steeds achterblijft bij de productiegroei en spreken van een zorgkloof.<sup>14</sup> Het bestaan van de zorgkloof wordt mede in verband gebracht met oplopende wachtlijsten, door velen gezien als een van de belangrijkste knelpunten in de zorg.

Wachtlijsten zijn een complex en hardnekkig vraagstuk en op dit vlak wordt al vele jaren met wisselend resultaat beleid gevoerd. Toch hoeft een wachttijd en een wachtlijst niet zonder meer problematisch te zijn. Patiënten hebben soms specifieke voorkeuren ten aanzien van het tijdstip van behandeling, bijvoorbeeld een leraar

die een meniscusoperatie uitstelt tot de zomervakantie. Beroepsbeoefenaren en instellingen gebruiken planningslijsten om fluctuaties in vraag en aanbod op te vangen en daarmee het zorgproces in goede banen te leiden. Ook individuele preferenties van patiënten zijn van invloed op wachtlijsten: een verpleeghuis of een specialist met 'een goede naam' trekt meer klanten en soms is een lange wachtlijst dan ook een teken van goede zorg. Mensen wachten soms liever wat langer als ze daarmee een plaats kunnen krijgen in het verzorgingshuis van hun eigen voorkeur.

Problemen ontstaan wanneer een aanvaardbare wachttijd wordt overschreden en een planningslijst verwordt tot een problematische wachtlijst.<sup>15</sup> Wanneer duurt wachten te lang en ontstaan problemen? Tot voor kort waren er geen duidelijke normen voor aanvaardbare wachttijden, maar voor huisarts- en ziekenhuishulp hebben betrokken partijen in het veld deze normen recent vastgelegd. Ook betrokkenen in de AWBZ-sectoren werken aan de normering van aanvaardbare wachttijden.

Bij het ontstaan van wachtlijsten spelen verschillende factoren een rol en dat leidt tot onduidelijkheden. Kortere wachttijden zijn geen kwestie van alleen maar meer geld.<sup>15</sup> Ervaringen met de beschikbaarstelling van extra financiële middelen om de wachtlijsten in bijvoorbeeld de curatieve zorg aan te pakken, hebben geleerd dat zorgaanbieders er om verschillende redenen niet altijd in slagen de beschikbare middelen ook volledig te besteden. Er is blijkbaar meer aan de hand. Andere factoren, zoals indicatie en registratie, bedrijfsvoering, beschikbaarheid van personeel, organisatie en regelgeving zijn evenzeer van invloed, zowel in negatief als in positief opzicht. Recent onderzoek en ervaringen uit projecten tonen dat ook aan.<sup>16</sup> Internationale ervaringen zijn gelijklopend.<sup>17</sup>

Dat neemt niet weg dat niet voorbij kan worden gegaan aan de negatieve gevolgen van wachtlijsten. Duidelijk is dat de capaciteit dicht bij de vraag moet worden gebracht; daartoe is inmiddels het beschikbare budget verruimd. Voor patiënten gaat wachten gepaard met onzekerheid: onzekerheid over de aandoening, het verdere verloop en het moment waarop de behandeling plaatsvindt. Bij gebrek aan duidelijke verantwoordelijkheden wordt de overheid door sommigen aangewezen als de schuldige, al dan niet terecht. Divers als de oorzaken van wachtlijsten zijn, zullen ook de oplossingen een veelzijdig karakter kennen. De aanpak van wachtlijsten vergt een betrokkenheid van verschillende partijen, elk vanuit een eigen verantwoordelijkheid. In de zorgsector zelf zijn inmiddels ook al diverse stappen gezet, bijvoorbeeld met de opzet van uniforme registratiesystemen, publicatie van wachttijden en andere organisatievormen van de zorg.

### **3.5 Draagvlak van het zorgstelsel**

Een ander dilemma is de mogelijke uitholling van het verzekeringsstelsel van binnenuit. Een aantal burgers herkent zich steeds minder in de aangeboden diensten en zorgvoorzieningen. De keuzevrijheid, de variatie in het aanbod en de klantge-

richte benadering die men verwacht, kan niet altijd zonder meer worden geboden. Het vooruitzicht om in een verpleeghuis te moeten verblijven is voor sommigen een schrikbeeld. Tegelijkertijd is het huidige stelsel voor sommigen aantrekkelijk. De AWBZ-zorg blijkt bijvoorbeeld voor sommige landgenoten die in het buitenland verblijven een reden om juist terug te keren naar Nederland.

De tendens lijkt dat een aantal burgers bereid en in staat is om zelf zorg te betalen. Er wordt wel gezegd: 'Geld zoekt zorg'. Ook verzekeraars en andere organisaties lijken in toenemende mate in te spelen op deze ontwikkeling. Zowel in de cure- als in de caresector ontstaan in toenemende mate particulier gefinancierde initiatieven. Een voorbeeld zijn nieuwe voorzieningen gericht op ouderen, met aspecten als dagelijkse ondersteuning, wonen en zorg. Sommige ouderen regelen, hoewel zij voor AWBZ-gefinancierde voorzieningen in aanmerking komen en zij levenslang AWBZ-premie hebben betaald, liever hun eigen woon- en zorgvoorzieningen, omdat deze beter tegemoetkomen aan hun behoefte. Daarbij kan ook een rol spelen dat voor de niet gewenste kwaliteit van het reguliere aanbod door mensen in de hoge inkomensgroepen een eigen bijdrage moet worden betaald, die kan oplopen tot ruim f 3000,- per maand.

Aanbod dat onvoldoende aansluit op de vraag en behoefte leidt ertoe dat burgers op zoek gaan naar alternatieven, deels bij commerciële georiënteerde zorgaanbieders. Op termijn bestaat hierdoor het gevaar dat de bereidheid afbrokkelt om bij te dragen aan een collectief stelsel als de AWBZ. Daarmee zouden belangrijke fundamenten in de Nederlandse samenleving – een grote mate van cohesie en solidariteit in tal van opzichten – verloren kunnen gaan.

Hierbij doet zich een dilemma voor op welke wijze de overheid met dit verschijnsel moet omgaan. Moet zij vasthouden aan het bestaande collectieve stelsel, met het risico dat een deel van de burgers elders op zoek gaat naar alternatieven en het draagvlak afneemt? Of moet zij ruimte bieden aan een zekere differentiatie in het aanbod, waardoor echter een zekere mate van ongelijke toegang ontstaat?

## 4 Verzekeringen en financiën

Naast het omvangrijke debat rond sturing en verantwoordelijkheden zijn onder de noemer stelselwijziging twee andere debatten te onderscheiden, namelijk een debat rond verzekeringen dat in paragraaf 4.1 wordt behandeld en één rond financiering dat in paragraaf 4.2 aan bod komt. De publicatie *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*<sup>6</sup> gaat eveneens in op aspecten van verzekeren en financiering van de zorg, maar dan meer vanuit een sociaal-economisch perspectief. Hier wordt volstaan met de beschrijving van een aantal daarmee samenhangende vraagstukken en ontwikkelingen die van binnenuit inwerken op het zorgstelsel.

### 4.1 Vragen rond verzekeringen

In het debat rond de samenstelling van de verzekering zijn drie vraagstukken te onderscheiden:

- karakter van de verzekeringen;
- omvang van de verzekerde risico's;
- dynamiek tussen verzekeringen.

#### 4.1.1 Karakter van de verzekeringen

De sociale ziektekostenverzekeringen (AWBZ, ZFW), de particuliere ziektekostenverzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen hebben van oorsprong ieder een eigen karakter. Verschillen komen onder meer tot uiting in de doelstelling en in het verband tussen premie, prestatie en risicoverzekeringen.<sup>8</sup> Internationaal gezien is Nederland een van de weinige landen waar de particuliere ziektekostenverzekeringen geen aanvulling vormen op de sociale ziektekostenverzekeringen, maar ernaast staan.

Diverse veranderingen die in de loop der tijd in het verzekeringsstelsel hebben plaatsgevonden, hebben er echter toe geleid dat het traditionele onderscheid tussen de verschillende verzekeringen diffuus is geworden. Het private stelsel bevat eigenschappen van het sociale verzekeringsstelsel en omgekeerd. Het karakter van verzekeringen is veranderd als gevolg van wijzigingen in de kring van verzekerden of de aard van de verzekerde risico's.

- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in de loop der tijd herhaaldelijk van karakter gewijzigd, zowel wat betreft de aard van de verzekerde zorg als wat betreft de kring van verzekerden. Dit leidt ertoe dat vandaag de dag het oorspronkelijke onderscheid tussen verzekerbare en onverzekerbare risico's minder scherp is en dat de doelgroep en het voorzieningspakket minder scherp omljnd zijn.<sup>18</sup> De RVZ concludeert dat bij gebrek aan een scherp profiel de legitimiteit van de AWBZ, met aanspraken voor kwetsbare mensen, onder druk komt te staan.

- Ook de Ziekenfondswet heeft in de loop der tijd belangrijke wijzigingen ondergaan. Die hebben ertoe geleid dat het oorspronkelijke karakter van werknemersverzekering is verminderd. Zo is de doelgroep van de verzekering uitgebreid met onder meer uitkeringsgerechtigden, bejaarden, en zelfstandigen onder een bepaald inkomen. Ook de karakteristieken van de ZFW als gezinsverzekering zijn verminderd.
- De totstandkoming van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) per 1 januari 1986 heeft geleid tot veranderingen bij de particuliere ziektekostenverzekeringen. In de praktijk zijn nagenoeg alle particulier verzekerden met hoge ziektekosten in de WTZ ondergebracht.<sup>19</sup> Hoewel de WTZ wordt uitgevoerd door private verzekeraars heeft deze veel kenmerken van een publieke verzekering. Ook de toegenomen omvang van de collectieve contracten is van belang bij de particuliere ziektekostenverzekeringen.
- De voornaamste verandering bij de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen is de daling van het aantal verzekerden, mede door wijzigingen in de kring van verzekerden.

Naast verschillen in onder meer premielast en verzekerd risico kennen de onderscheiden verzekeringsvormen verschillen in keuzevrijheid.

- De verzekerde die verzekerd is via een publiekrechtelijke verzekering heeft noch voor zijn verzekeraar noch voor zijn pakket of de hoogte van zijn eigen risico een keuzemogelijkheid.
- Ziekenfondsverzekerden kunnen jaarlijks kiezen bij welk ziekenfonds zij zich inschrijven, hoewel daar tot dusver beperkt gebruik van wordt gemaakt. Het ziekenfonds heeft een acceptatieplicht. Ziekenfondsverzekerden kunnen niet kiezen voor een eigen risico of uit verschillende verzekerde pakketten.
- Particulier verzekerden kiezen zelf een verzekeraar, maar kunnen door deze op grond van de ingeschatte risico's in beginsel worden geweigerd. Ook gedeeltelijke uitsluitingen (niet vergoeden van de behandeling van reeds bestaande aandoeningen) of premieverhoging zijn mogelijk. Particulier verzekerden hebben wel enige vrijheid in de keuze van de verzekeringsdekking en omvang van het eigen risico. In de praktijk heeft een particulier verzekerde die ouder is dan 45 jaar echter een geringe kans om op ten minste gelijke condities te veranderen van verzekeraar en polis. Verzekerden die niet op normale condities worden geaccepteerd door particuliere verzekeraars zijn aangewezen op de WTZ-polis.

#### *Ter illustratie*

*Meneer Janse is gemeenteambtenaar. Hij is verplicht verzekerd bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar. Hij heeft gratis meeverzekerde gezinsleden en een verplicht eigen risico waarvan de hoogte afhankelijk is van zijn inkomen. Meneer Janse gaat bij het Rijk werken. Vanaf dat moment mag hij zich, onafhankelijk van zijn inkomen, particulier verzekeren; hij mag vrijwillig een eigen risico nemen en hij dient voor zijn andere gezinsleden afzonderlijke verzekeringen te sluiten. Was meneer*

*Janse naar een particuliere werkgever gegaan, dan had – afhankelijk van zijn inkomen – zijn werkgever hem verplicht moeten opgeven voor het ziekenfonds, of hij had zich vrijwillig zelf moeten verzekeren.*

#### *4.1.2 Omvang van verzekerde risico's*

Vanaf de jaren zestig zijn de uitgaven voor de zorg gestegen, maar de kostenontwikkeling is niet in alle sectoren gelijk verlopen. Sectoren die deel uitmaken van de geestelijke gezondheidszorg en niet-geneeskundige zorg zijn in belang toegenomen. Volgens de WRR staan de verschuivingen niet los van het feit dat vormen van zorg die voor 1968 door subsidies werden gefinancierd, sinds die tijd onder de financiering van de AWBZ zijn gaan vallen, waardoor zij zich verder hebben kunnen ontwikkelen. Voorbeelden zijn het hoge percentage ouderen dat intramuraal verzorgd wordt en de niet-geneeskundige zorg die volgens de WRR in Nederland een aanzienlijke omvang heeft.<sup>2</sup>

Op de omvang van de verzekerde risico's zijn twee factoren van invloed:

- de samenstelling van de ziektekostenverzekering;
- de mate van keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid in de verzekering.

#### *Samenstelling van de ziektekostenverzekering*

De afgelopen jaren zijn meermalen pogingen ondernomen om de samenstelling van de (verplichte) ziektekostenverzekeringen te wijzigen. Zo zijn bepaalde vormen van fysiotherapie en een groot gedeelte van de tandheelkundige zorg voor mensen ouder dan achttien jaar niet langer opgenomen in het ziekenfonds. Een voorstel om de anticonceptiepil niet meer op te nemen in het pakket is in de kiem gesmoord. De ervaring leert dat de samenstelling van het verzekeringspakket bij alle betrokkenen gevoelig ligt, waardoor de beoogde wijzigingen niet altijd worden gehaald. Toch zien velen in de samenstelling van het verplichte ziektekostenverzekeringspakket een belangrijke instrument tot beheersing van de kosten van zorg. Keerzijde van een pakketuitdunning is dat dit tot hogere kosten elders kan leiden.

Ook nu dringen sommigen, waaronder enkele politieke partijen, aan op een herziening, meestal een inperking, van het verzekeringspakket. Het aantal concrete voorstellen is echter beperkt; genoemd zijn onder andere wonen, huishoudelijke hulp en vruchtbaarheidstechnieken zoals in-vitrofertilisatie.

Velen hebben zich gebogen over de vraag welke vormen van zorg in het verplichte pakket van de sociale ziektekostenverzekering zouden moeten worden opgenomen. De commissie Keuzen in de Zorg<sup>5</sup> heeft daartoe een model gepresenteerd waarmee verstrekkingen aan de hand van vier criteria 'getrechterd' zouden kunnen worden:

1. noodzakelijkheid;
2. werkzaamheid;
3. doelmatigheid;
4. het niet voor eigen rekening en verantwoording kunnen nemen van de zorg.

Op basis van deze trechter zou een basispakket tot stand komen. Ook de WRR heeft een systematiek voorgesteld om te komen tot een breed basispakket van volksge-

zondheidszorg.<sup>2</sup> De Ziekenfondsraad is enkele jaren geleden gestart met een initiatief om de doelmatigheid van bestaande zorgvormen tegen het licht te houden, de zogenoemde lijst van 126 verrichtingen.<sup>20</sup>

#### *Keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid*

De omvang van de verzekerde risico's wordt mede beïnvloed door de mogelijkheid om als verzekerde te kunnen kiezen voor een bepaald pakket of voor een eigen risico. Op die wijze kan een burger de ziektekostenverzekering afstemmen op zijn of haar behoeften en risico. Tegelijkertijd kan een tegenwicht worden geboden tegen het verschijnsel van 'moral hazard' en ontstaat ook voor de verzekerde een prikkel om doelmatig gebruik te maken van de verzekerde zorg.

Zoals gezegd bieden de ZFW en AWBZ geen keuzevrijheid in pakket of eigen risico. Wel kent met name de AWBZ een aantal vormen van eigen betaling. De particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen bieden wel enige keuzevrijheid in pakketomvang en eigen risico. Daarbij doet zich het dilemma voor dat degenen die de eigen (gezondheids)risico's hoger inschatten, geneigd zijn een breder pakket te kiezen. In de praktijk komen de hoofdlijnen van de verzekerde risico's van de drie systemen in belangrijke mate overeen en zijn de verschillen het grootst voor de hoogte van het eigen risico.

Een ander dilemma betreft de verhouding tussen individueel en collectief en hangt samen met het hiervoor geschetste vraagstuk rond de omvang van het verzekeringspakket. Hoe smal of hoe breed dient het pakket van de sociale ziektekostenverzekering te zijn? En als bepaalde diensten of behandelingen niet meer tot het collectief worden gerekend, wat betekent dat dan voor eventuele burgers die financieel gezien geen toegang meer hebben tot deze diensten? Het debat dat de afgelopen jaren is gevoerd rond een mogelijke snellere hulpverlening voor bepaalde werknemers, laat het maatschappelijk gevoelige karakter van dit soort dilemma's zien.

#### *4.1.3 Dynamiek van verzekeringen*

Vooraf door de bewegingen op de arbeidsmarkt bestaat er tussen de onderscheiden verzekeringssystemen een voortdurend grensverkeer van verzekerden. Voorbeelden zijn werknemers die van baan veranderen, herintredende vrouwen of mensen met een uitkering die weer gaan werken. Afhankelijk van gezinssamenstelling, inkomenshoogte en de arbeidsrelatie kan een verandering van werkgever tot een andere verzekeringsvorm en een andere premielast leiden. Het 'verkeer' van verzekerden is in zekere mate gedwongen, door het verplichte karakter van het ziekenfonds en de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

Dit grensverkeer leidt tot extra transactiekosten. Ook kunnen de veranderingen tussen de verschillende verzekeringssystemen leiden tot forse individuele inkomensverschillen, waarop in de volgende paragraaf zal worden ingegaan. Daarnaast kan

door een aantal factoren een flexibele werking van de arbeidsmarkt worden belemmerd:

- Een overgang van de ene naar de andere verzekering geeft meestal andere rechten en plichten voor de werknemer, waaronder mogelijk een hogere premielast.
- De overgang van een collectief contract naar een individuele, particuliere ziektekostenverzekering kan tot problemen leiden indien er mogelijk sprake is van verhoogde gezondheidsrisico's. Het vooruitzicht dat men aangewezen zou raken op een WTZ-polis met een hogere premie kan mensen ervan weerhouden van werk te veranderen (zie ook het rekenvoorbeeld hierna in paragraaf 4.2.1).

Wat betreft dit laatste punt, om mogelijke problemen te voorkomen hebben de Stichting van de Arbeid en Zorgverzekeraars Nederland in januari 2000 een 'Convenant collectieve bedrijfsverzekeringen' op het gebied van ziektekosten gesloten. Hierin is afgesproken dat mensen in dit soort situaties bij de oorspronkelijke verzekeraar aanspraak kunnen maken op een individuele maatschappijpolis die wat betreft de dekking het meest overeenkomt met de voormalige collectieve verzekering, dan wel een standaardpakketpolis kunnen afsluiten tegen een gereduceerde premie, die overeenkomt met de gebruikelijke premie voor een maatschappijpolis.

## 4.2 Vragen rond financiering

Het derde debat gaat over de financiering van het stelsel en de wijze waarop de lasten zijn verdeeld over de burgers. Daarbij staan twee vraagstukken centraal:

- de financiering vanuit het perspectief van individuele burgers (verschillen in premiestelling);
- de financiering gezien vanuit het collectieve niveau (draagvlak en solidariteit).

Deze publicatie beperkt zich hoofdzakelijk tot de financiering op het niveau van individuele verzekerden. De macro-economische aspecten komen uitvoeriger aan bod in de publicatie *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*.<sup>6</sup>

### 4.2.1 Individuele premiestelling

De drie verzekeringssystemen hebben onderling sterk uiteenlopende premies voor een vergelijkbaar pakket aan aanspraken in het tweede compartiment. Afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden betaalt de ene burger meer dan de andere. Tussen individueel verzekerde personen en gezinsleden in verder vergelijkbare omstandigheden, kunnen premieverschillen van duizenden guldens per jaar ontstaan, die alleen zijn te verklaren op grond van de uiteenlopende uitgangspunten van de verzekeringssystemen. Menigeen ervaart de sterke premieverschillen als onrechtvaardig. Onderstaande rekenvoorbeelden dienen ter illustratie.

**Voorbeeld 1 Alleenverdiener, gezin met twee kinderen**

	Publiekrechtelijk (IZA)		Particulier		ZFW	
	bijdrage	totaal	bijdrage	totaal	bijdrage	totaal
Bruto-inkomen		60.000		60.000		60.000
Procentuele premie werkgever	4,75%	2.850			6,35%	3.493
Procentuele premie werknemer	1,92%	1.152			1,75%	963
Belasting over werkgeversbijdrage	50%	1.425			50%	1.746
Nominale premie volwassenen	330	660	2.781	5.562	410	820
Nominale premie kind	162	324	1.391	2.782	0	
Werkgeversbijdrage (circa)			1.700	-4.250		
Totaal te betalen voor werknemer		3.561		4.094		3.529

*Ter illustratie*

*De IZA-verzekerden betalen een percentage van de zorgkosten zelf. Het percentage varieert; te denken valt aan circa 10%. De werkgever vergoedt de eigen betalingen van een IZA-verzekerde zodra de kosten meer dan 1% van het bruto ambtelijk inkomen bedragen. De particulier verzekerde betreft een rijksambtenaar die gebruikmaakt van de interim-regeling ziektekosten. Bij de particulier verzekerde is in dit voorbeeld uitgegaan van een premie van f 2781,- per jaar. Dit is een gemiddelde gebaseerd op de gemiddelde eigen betalingen en premiebetalingen. De premie is inclusief wettelijke bijdragen en eventuele betalingen in het kader van een eigen risico. In de drie situaties is overigens geen rekening gehouden met de overhevelingstoelage, die in 2001 komt te vervallen.*

**Voorbeeld 2 Tweeverdieners met twee kinderen**

	Publiekrechtelijk (IZA)		Particulier		ZFW	
	bijdrage	totaal	bijdrage	totaal	bijdrage	totaal
Bruto-inkomen, partner 1		60.000		60.000		60.000
partner 2		60.000		60.000		60.000
Procentuele premie werkgever	4,75%	5.700			6,35%	7.620
Procentuele premie werknemer	1,92%	2.304			1,75%	2.100
Belasting over werkgeversbijdrage	50%	2.850			50%	3.810
Nominale premie volwassenen	330	660	2.781	5.562	410	820
Nominale premie kind	162	324	1.391	2.782	0	
Werkgeversbijdrage (circa)			1.700	-4.250		
Totaal te betalen voor werknemer		6.138		4.094		6.730

De premieverschillen werken door op de arbeidsmarkt en kunnen mede bepalen of iemand al dan niet verandert van werkring:

- Een huisvrouw, die tot voor kort via het ziekenfonds van haar man was verzekerd, gaat twee dagen per week werken. Zij gaat zelf premie voor het ziekenfonds betalen en is daardoor een deel van haar inkomsten kwijt aan de extra te betalen premie.
- Het financiële voordeel van een salarisverhoging, die ertoe leidt dat de loongrens van het ziekenfonds wordt overschreden, kan teniet worden gedaan doordat de premielasten van de particuliere ziektekostenverzekering hoger zijn. In andere situaties kan er juist een extra financieel voordeel zijn.
- Alleenstaanden dragen relatief meer bij aan verzekeringen die gebaseerd zijn op het beginsel van een gezinsverzekering.

#### 4.2.2 *Financieel draagvlak stelsel*

Het huidige zorg- en verzekeringsstelsel wordt gekenmerkt door een aantal vormen van solidariteit, bijvoorbeeld tussen ziek en gezond, tussen oud en jong en tussen financieel minder en meer draagkrachtigen. De WRR onderscheidt verschillende vormen van solidariteit. Tot op zekere hoogte zijn er twee hoofdvormen, namelijk risicosolidariteit en inkomenssolidariteit in het huidige stelsel terug te vinden:

- Bij risicosolidariteit worden premies niet gedifferentieerd naar risico. Voor ongelijke risico's worden gelijke premies betaald, waardoor een solidariteit tussen zieken en gezonden ontstaat.
- Bij inkomenssolidariteit worden de premies vastgesteld in relatie tot het inkomen, waardoor een solidariteit ontstaat tussen mensen met een laag en een hoog inkomen.<sup>2</sup>

De inkomenssolidariteit krijgt op een aantal wijzen vorm in de zorg. Sommige volgen impliciet uit de uitgangspunten van het stelsel, andere hebben een explicietere vorm als financiële overdrachten:

- Inkomensafhankelijke premies zorgen ervoor dat de financiële bijdrage aan de lasten van het zorgstelsel toeneemt naarmate het inkomen stijgt.
- Alleenstaanden en individueel verzekerden zijn in de sociale ziektekostenverzekering solidair met gezinnen.
- Gezinnen zonder kinderen zijn solidair met gezinnen met kinderen.
- Particulier verzekerden dragen met de MOOZ-bijdrage bij aan de extra kosten die ontstaan als gevolg van de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds.
- Daarnaast dragen de particulier verzekerden jonger dan 65 jaar via de WTZ-omslagbijdrage de kosten van de uitvoering van de WTZ, die niet gedekt worden door de premies van de betreffende verzekerden.
- Door middel van een rijksbijdrage betaalt de overheid een deel van de lasten van de uitvoering van het ziekenfonds, waardoor de premie verlaagd kan worden.

De inkomenssolidariteit zorgt ervoor dat de gemiddelde kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking de mensen met een laag inkomen niet onevenredig zwaar belasten. Tegelijkertijd leidt het stelsel onbedoeld tot tegenovergestelde effecten, doordat mensen met een hoog inkomen en een laag risico vaak niet evenredig mee betalen aan de financiering van de risicospreiding van ziekenfondsverzekerden.<sup>2</sup> Tot op zekere hoogte heeft de rijksoverheid in het verleden de inkomens van de burgers kunnen beïnvloeden door de premiestelling in het ziekenfonds.

Het collectieve draagvlak, ook in financiële zin, van het stelsel van sociale zekerheid en zorg is altijd beschouwd als een belangrijke waarde van de Nederlandse samenleving. Inmiddels wordt van verschillende kanten de vraag gesteld in hoeverre de inkomenssolidariteit binnen het stelsel gehandhaafd moet blijven. Het vergroten van het nominale aandeel in de premie zou een alternatieve financieringswijze kunnen zijn, eventueel resulterend in een volledige nominalisering van de premie, waarbij nadelige effecten voor lagere inkomensgroepen fiscaal gecompenseerd kunnen worden. Binnen politiek en samenleving wordt verschillend over deze mogelijkheid gedacht. Er is meer eensgezindheid over de gebrekkige transparantie die ontstaat door de huidige financieringsstromen.

## 5 Stelsel in continue verandering

### 5.1 Beweging sinds Dekker

De voorgaande hoofdstukken laten zien dat uiteenlopende vragen en ontwikkelingen hun invloed doen gelden op het zorg- en verzekeringsstelsel. De vraag is in hoeverre het huidige stelsel in staat is die ontwikkelingen in de toekomst het hoofd te bieden. Daarover zullen de bewindslieden van VWS en het kabinet zich de komende periode buigen. De uitkomsten van het maatschappelijk debat spelen daarbij mede een rol.

Verwacht mag worden dat op sommige vragen binnen het huidige stelsel een antwoord kan worden gevonden, zonder dat drastische 'stelselingsrepen' nodig zijn. Andere ontwikkelingen vergen mogelijk verdergaande maatregelen. Op dit moment valt nog niet te zeggen of die maatregelen dusdanig zijn, dat het gerechtvaardigd is te spreken over een stelselwijziging. Een meer diepgaande op het stelsel is geen uniek proces, maar keert met enige regelmaat terug. In het verleden heeft meermalen een dergelijke bezinning plaatsgevonden, waarbij het zorgstelsel in meer of mindere mate is aangepast aan de toenmalige maatschappelijke krachten.

Op dit moment ondervindt de beleidsrichting in het zorg- en verzekeringsstelsel nog steeds invloed van het in 1987 verschenen rapport *Bereidheid tot verandering*.<sup>21</sup> Het gedachtegoed van de zogenoemde commissie Dekker is de afgelopen dertien jaar in belangrijke mate richtinggevend geweest voor het overheidsbeleid in de gezondheidszorg. Achtereenvolgende kabinetten hebben de uitvoering van het advies ter hand genomen. Daarbij zijn de voorstellen van de commissie nader uitgewerkt of zijn nieuwe varianten ontstaan ingegeven door politieke, maatschappelijke en economische ontwikkelingen. Een bekend voorbeeld zijn de nadere plannen van de toenmalige staatssecretaris Simons.

Wie vandaag de dag, ruim dertien jaar later, het rapport van de commissie Dekker ter hand neemt, moet erkennen dat veel van de voorstellen zijn gerealiseerd of in gang zijn gezet. De verschillende onderdelen van het advies zijn afzonderlijk en met verschillende snelheden opgepakt. In bijlage 1 wordt nader ingegaan op de voorstellen van de commissie Dekker, en de beleidswijzigingen die sindsdien tot stand zijn gekomen.

De door de commissie Dekker beoogde eindsituatie in het verzekeringsstelsel is niet bereikt. Dat wil zeggen dat er geen brede basisverzekering voor de hele bevolking is gekomen, die wordt uitgevoerd door volledig concurrerende verzekeraars en waarvan het pakket wettelijk is vastgelegd is. Toch zijn allerlei elementen van marktwerking geïntroduceerd, die een voorwaarde vormen voor de situatie zoals die mede door de commissie Dekker is voorzien. Elementen als een terughoudende rol van de overheid en een vergroting van de verantwoordelijkheden van verzekeraars, aanbieders en patiënten zijn nog steeds maatgevend.

Vanaf 1987 is het zorg- en verzekeringsstelsel dan ook onmiskenbaar veranderd. De huidige situatie kan het best getypeerd worden als een stelsel in transitie. Het zorg- en verzekeringsstelsel is in beweging:

- van aanbodgeruleerd naar meer vraaggeoriënteerd;
- van centrale aansturing naar meer decentrale verantwoordelijkheden;
- van overheidsregulering naar meer verantwoordelijkheden voor derden;
- van inputgestuurd naar meer procesgericht beleid.

Voor de toekomst is van belang op welke wijze de transitie zich voortzet en of die, zoals gezegd, voldoende is om tegemoet te komen aan ontwikkelingen binnen en buiten het stelsel.

## 5.2 Lessen

Deze paragraaf gaat in op aspecten van grootschalige veranderingsprocessen in complexen van wet- en regelgeving, met de bedoeling om te leren van het verleden en van anderen. Lessen uit het verleden komen naar voren uit het rapport van de zogenoemde subcommissie Willems<sup>22</sup> uit 1994. Deze commissie heeft zich gebogen over de vraag waarom de invoering van het plan Simons stagneerde. De hoofdpunten zijn samengevat in paragraaf 5.2.1. Met de bedoeling lering te trekken uit de ervaring van anderen passeert vervolgens in paragraaf 5.2.2 een aantal recente grote operaties de revue: de Belastingherziening 2001 en de Bruteringsoperatie. Paragraaf 5.2.3 bevat enkele afsluitende opmerkingen.

### 5.2.1 *Lessen van het verleden*

'Het is evident dat het debat over de herziening van de ordening van de zorg aanleiding geeft tot verwarring. Verhullend taalgebruik, het hanteren van valse metaforen en het verdoezelen van belangen ontnemen de burger het zicht op de essentie van het debat.' Deze typering staat in de rapportage van de subcommissie Willems.<sup>20</sup> De subcommissie onderzoekt waarom de invoering van het zogenoemde plan Simons stagneerde. Behalve inhoudelijke oorzaken noemde de commissie ook oorzaken die het proces betreffen.

Volgens de subcommissie gaat de discussie over de herziening van de ordening van de zorg in essentie om twee samenhangende vragen. Een orderingsvraag: Hoe organiseert de overheid voor de burger een goede, doelmatige en toegankelijke (gezondheids)zorg? Een solidariteitsvraag: Hoe regelt de overheid met betrekking tot de kosten van die zorg dat de betalende burgers inkomenssolidariteit tonen? Daarnaast heeft de burger belangstelling voor de inhoud en kwaliteit van de zorg. Dat de herziening van de ordening van de zorg ook daarover gaat is volgens de subcommissie onvoldoende over het voetlicht gekomen.

Verder constateert de subcommissie dat een adequaat inzicht in de interactie tussen de inhoud van de zorg en het ziektekostenverzekerings- en financieringsstelsel nodig is voor een verantwoorde besluitvorming. Zij acht het van belang een goed inzicht te hebben in het krachtenveld van de zorgsector. Veel bij de discussie

betrokken maatschappelijke actoren wisselden volgens de subcommissie van standpunt naar gelang de kabinetsplannen werden aangepast, respectievelijk werden geconcretiseerd. Voor complexe operaties, zoals een stelselwijziging in de zorgsector, is een langdurig maatschappelijk, en dus politiek draagvlak noodzakelijk.

Gegeven de conflicterende belangen zou de wetgever de ordening (het stelsel) in het belang van de burger moeten bepalen. Het goed analyseren van bestaande en toekomstige posities en belangen van de maatschappelijke actoren in de sector zal bijdragen aan de effectiviteit van de vastgestelde maatregelen. De subcommissie stelt vast dat bij de invoering van het plan Simons op een aantal cruciale momenten in de politieke besluitvorming prioriteit is gegeven aan wat zij noemt 'politieke opportuiniteitskwesties', mede als gevolg van maatschappelijke druk.

De subcommissie constateert dat de politieke en maatschappelijke consensus, ook in de zorgsector, groot lijkt zolang vage begrippen als uitgangspunten worden gehanteerd. Voorbeelden daarvan zijn noties als 'doelmatigheid' en 'toegankelijkheid'. Deze roepen op zichzelf nauwelijks weerstand op. Dat wordt snel anders als dit soort noties wordt geconcretiseerd en geoperationaliseerd. Ook het gebruik van de term marktwerking heeft tot veel verwarring aanleiding gegeven.<sup>23</sup>

Daarbij typeert de subcommissie de ordening van de zorg als een rafelige lappendeken, welke deels het gevolg is van het niet afronden van de stelselwijziging. Dit biedt sterke marktpartijen gelegenheid tot strategisch gedrag. Bij de pogingen om meer marktelementen in de ordening in te voeren luistert de tuning nauw.

Verzekeraars en aanbieders hebben andere doelstellingen dan de overheid.

Zorgverzekeraars en -aanbieders zullen onder bepaalde condities belang hebben bij kosten beheersing, maar aan die condities is nog niet voldaan.

In het algemeen concludeert de subcommissie dat het besluitvormingproces over de herziening van de ordening van de zorg wordt gekenmerkt door een aantal eigenaardigheden. Alle betrokkenen hadden eigen agenda's, strategieën en belangen en hebben geprobeerd om eigen posities te maximeren. Een ondoorzichtige ordening van de zorgsector leidt volgens de subcommissie in ieder geval tot frustratie van overheidsdoelstellingen. Volgens de subcommissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid zijn daarom de volgende thema's van belang:

- de internationale regelgeving;
- het karakter van de ziektekostenverzekering;
- de eigen verantwoordelijkheid van de burger;
- de inkomenssolidariteit.

### 5.2.2 *Lessen van anderen*

In de jaren tachtig en negentig zijn in bijna alle OECD-landen hervormingen van de regelgeving op allerlei terreinen geweest. De OECD heeft dat proces ondersteund met het zogenoemde Regulatory Reform project. Dit heeft geleid tot een aantal OECD-rapporten, waaronder een algemeen rapport over Regulatory Reform en een speciaal rapport over Nederland<sup>24</sup>. Beide rapporten bevatten lessen die relevant

zijn bij hervormingsprocessen en er staat een aantal aanbevelingen en waarschuwingen in. Daar zijn enkele belangrijke punten uit af te leiden:

- De voordelen van hervormingen komen vaak ten goede aan een min of meer zwijgende meerderheid terwijl de nadelen vaak neerslaan op een verhoudingsgewijs kleine minderheid die echter wel luid roepend en daarbij veelal de pers bespelend, zijn weg naar de politiek vindt. Dat bemoeilijkt het veranderingsproces. Als voorbeelden kunnen worden genoemd de liberalisering van de winkeltijdenwet, de taxi's en het notariaat. De les hieruit is dat het belangrijk is om duidelijk te maken wat de voordelen zijn, deze duidelijk uit te venten en ervoor te zorgen dat degenen die wél profiteren een spreekbuis hebben.
- Veranderingen kunnen stapsgewijs gaan of abrupt worden ingevoerd. Beide hebben voor- en nadelen. Een bewuste afweging is noodzaak.
- De volgorde waarin veranderingen worden geïmplementeerd luistert nauw. Een paar 'quick wins' aan het begin kunnen helpen het proces op gang te houden. Tegelijkertijd geldt echter dat wanneer vervelende aspecten van een verandering zo lang mogelijk verborgen worden gehouden, het steeds moeilijker kan worden het veranderingsproces in al zijn consequenties te sturen.
- Een continue meetbaarheid of tastbaarheid van de voordelen, en het uitdragen daarvan zijn van cruciaal belang.

De RVZ<sup>18</sup> heeft een aantal factoren geformuleerd, dat van belang is in het kader van een eventuele verandering van de AWBZ, zoals:

- Duidelijke doelstellingen.  
Het doel van de verandering moet eenduidig en helder zijn en door alle betrokkenen op eenzelfde wijze worden onderschreven. Daarmee dient ook consensus te bestaan over wat het probleem is.
- Ondersteuning doelstellingen.  
Ook veldpartijen moeten het doel onderschrijven.
- Zicht op consequenties.

De gevolgen van het veranderingsproces, in positieve en negatieve zin, moeten eveneens duidelijk zijn.

Op basis van gesprekken vanuit VWS met betrokkenen bij onder meer de Belastingherziening 2001 (ministerie van Financiën) en de Bruteringsoperatie (ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) kan nog een aantal aandachtspunten bij het doorvoeren van veranderingen worden geformuleerd:

- Gevoel van noodzaak.  
Door het grote politieke commitment voor de Belastingherziening (Regeerakkoord) konden de drijfveren en het gevoel van noodzaak gemakkelijk worden vastgehouden. Bij de bruteringsoperatie lag er een onderzoek van de Algemene Rekenkamer dat steun bood aan de voorstellen, waardoor een algemeen besef bestond over de noodzaak tot ingrijpende veranderingen.

- **Beeldvorming.**  
De bruteringsoperatie ontmoette in het begin tegenstand vanuit de corporaties. De oorzaken van die weerstanden zijn systematisch in kaart gebracht; het ging onder meer om het wegvallen van bestaande zekerheden, de vraag of de overheid wel te vertrouwen was en of de gehele operatie niet alleen maar bedoeld was om te bezuinigen. Er is vervolgens veel geïnvesteerd om dat beeld bij de stellen. Het projectteam van het ministerie van VROM heeft voor het gehele traject geïnvesteerd in kennis (facts en figures) waarover tussen betrokken partijen geen verschil van mening bestond. Omdat er al zo veel overeenstemming over de gegevens, uitgangspunten en noodzaak tot verandering bestond, de operatie worden gepresenteerd als een technisch vraagstuk, een hoofdzakelijk boekhoudkundige operatie met overigens wel veel beleidsconsequenties voor de afzonderlijke corporaties. Daardoor konden ideologisch getinte discussies over de rol van de overheid (en als verlengstuk daarvan de corporaties) op volkshuisvestingsterrein worden beperkt.
- **Draagvlak.**  
Verankering van de verandering in het regeerakkoord en communicatie met het veld over de haalbaarheid zijn belangrijk. Het ministerie van VROM heeft bijvoorbeeld snel een groepje vernieuwende corporatiedirecteuren bijeengebracht en in het project betrokken (klankbordgroep, ideeënaandragers, voorbeeldfunctie).
- **Flankerend beleid.**  
De combinatie van Belastingherziening met lastenverlichting beperkte de weerstand tegen herverdeeleffecten. Bij de bruteringsoperatie was het van belang om faillissementen bij de corporaties te voorkomen. Daartoe is met de corporaties overeenstemming bereikt over een centraal fonds.

### 5.2.3 *Lessen van de toekomst?*

Net zoals een stelselmatig negatieve berichtgeving over de zorg het zicht kan wegnemen op het vele goede wat tegelijkertijd gebeurt, kan een beschouwing over succesfactoren voor grote veranderingsoperaties in wet- en regelgeving doen vergeten dat veel van deze operaties de oorspronkelijk beoogde eindstreep niet halen. De plannen van Dekker en Simons worden doorgaans beschouwd als vallend in laatstgenoemde categorie. Bij nadere bestudering blijkt echter dat veel van de oorspronkelijke voorstellen in de tussentijd op een of andere manier wel zijn gerealiseerd of op zijn minst in gang zijn gezet (zie ook bijlage 1). Desondanks ziet de huidige marktwerking er nog niet zo uit als ten tijde van de plannen van Dekker en Simons was voorzien, en de zogenoemde 'brede basisverzekering' is er niet gekomen.

Wat niet is, kan nog komen. De toekomst zal het leren. De toekomst zal waarschijnlijk ook leren dat het zorg- en verzekeringsstelsel voortdurend in beweging blijft, en dat een 'stelselherziening' iets totaal anders is dan bijvoorbeeld de invoering van de euro. Waar de laatste een operatie is waarbij sprake is van een abrupte over-

gang naar een nieuw stelsel, kunnen veranderingen in het zorgstelsel waarschijnlijk beter geleidelijk of stapsgewijs worden ingevoerd. Immers, de complexiteit van de organisatie van de zorg stelt grenzen aan de hoeveelheid verandering die per tijdseenheid geabsorbeerd kan worden. Niet alleen vinden beleids- en besluitvorming plaats in een heterogeen, ingewikkeld en veranderend krachtenveld, ook speelt de implementatie van nieuw beleid zich af in een fijnmazige regeltechnische omgeving. De complexiteit van het zorgsysteem en het soms onvoorspelbare gedrag van de spelers in (en met!) dat systeem, brengen ook met zich mee dat effecten van maatregelen niet altijd goed vooraf kunnen worden ingeschat. Opbouw van ervaringskennis is dan nodig voordat weer volgende stappen kunnen worden gezet. Meer dan een *product* zal een stelselherziening dus een *proces* zijn, en waarschijnlijk een proces van lange adem.

## Bijlage

## Bijlage

### Gezondheidszorgbeleid vanaf Dekker

In 1987 verscheen het rapport *Bereidheid tot verandering* van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, beter bekend onder de naam van de voorzitter: de commissie Dekker.<sup>21</sup> Conform de opdracht adviseerde de commissie in haar rapport over de mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en tot deregulering. Met een algemeen pleidooi voor een systeem van gereguleerde concurrentie betekende het rapport een breuk met het verleden. Vanaf 1974, sinds het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks, werd namelijk juist gestreefd naar een versterking van de sturende rol door de overheid.

Het gedachtegoed van de commissie Dekker is de afgelopen dertien jaar in belangrijke mate richtinggevend geweest voor het overheidsbeleid in de gezondheidszorg. Ten tijde van de kabinetten-Lubbers (1988-1994) is geprobeerd de ideeën van de commissie concreet vorm te geven. De paarse coalitie (1994-heden) heeft meer aansluiting gezocht bij het traditioneel gemengde stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg en probeert stapsgewijs tot veranderingen te komen. De gedachte van een brede basisverzekering is daarbij in de twee paarse regeerperiodes losgelaten; in plaats daarvan gaat het kabinet uit van een onderscheid in drie verzekeringscompartimenten. Verder komt de inspiratiebron echter nog in belangrijke mate overeen met die van de commissie Dekker: een terughoudende rol van de overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van ondernemerschap.<sup>8</sup>

#### Bereidheid tot verandering

Het advies van de commissie Dekker heeft een breed karakter en bevat onder meer aanbevelingen over de volgende onderwerpen:

- verzekeringsstelsel;
- veranderingen aan de aanbodzijde;
- kwaliteit;
- wet- en regelgeving;
- adviesstructuur en uitvoeringsorganisatie.

Het zwaartepunt van het advies ligt bij de *herziening van het verzekeringsstelsel*, deze voorstellen hebben ook in de beeldvorming over het rapport veel aandacht gekregen. De commissie pleitte voor de invoering van een basisverzekering voor de hele bevolking, die zo'n 85% van de kosten van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zou omvatten. Voor de resterende 15% kon men zich naar keuze aanvullend verzekeren. Tandheelkundige hulp boven de 18 jaar, genees-

middelen, kunst- en hulpmiddelen, in-vitrofertilisatie en sterilisatie zijn enkele door de commissie genoemde voorbeelden van vrij te verzekeren hulp.

De premie voor de basisverzekering was gebaseerd op een combinatie van draagkrachtelementen en nominale elementen. Dit laatste was mede bedoeld om concurrentieverschillen tussen verzekeraars tot uiting te laten komen en om de doelmatigheid te verhogen (door verzekerden te laten kiezen voor een eigen risico). De naar draagkracht geheven premie zou volgens een meerderheid van de commissie via de Belastingdienst centraal geïnd kunnen worden. Naast de nominale premie, die per verzekeraar zou verschillen, kende de basisverzekering ook eigen bijdragen, niet zo zeer als bijdrage in de kosten maar meer als prikkel tot doelmatig gedrag. De premie voor de aanvullende verzekering was uitsluitend nominaal. Door een stapsgewijze invoering van het nieuwe stelsel zouden de inkomensverschillen beperkt kunnen blijven.

De uitvoering van de basisverzekering kwam in handen van verzekeraars, waarbij het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars zou vervallen. De rol van de overheid bleef beperkt tot het vaststellen van het verzekeringspakket en de hoogte van de procentuele premie (het draagkrachtelement). Pakket, premie en acceptatieplicht zouden in de wet worden vastgelegd. Verzekeraars zouden met elkaar moeten concurreren om een evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod te bevorderen. Verzekeraars moesten zelf verzekerden werven en in vrije onderhandeling met aanbieders van zorg komen tot contracten, waardoor de contracterplicht van ziekenfondsen zou verdwijnen.

Voor wat betreft *veranderingen aan de aanbodzijde* heeft de commissie onder meer voorstellen gedaan over eerstelijnszorg, ziekenhuis en medisch-specialistische hulp, vermindering van ziekenhuisbedden en financiering en bouw. In het algemeen zouden doelmatig handelen en flexibiliteit in de zorg vergroot kunnen worden. Het bewustzijn voor de kosten van zorg zou bij de zorgaanbieders op een aantal manieren vergroot moeten worden. Substitutie van zorg is daarnaast een middel om de kosten te verlagen. De overheid zou minder betrokken moeten zijn bij bouwinitiatieven en regelgeving op dit vlak zou kunnen worden herzien.

Verder heeft de commissie Dekker onder meer voorstellen gedaan voor:

- De *kwaliteit van zorg*. Aanbieders van zorg zouden de kwaliteit moeten bewaken naar de beroepsnormen. Verzekeraars zien toe op de naleving, terwijl het Staatstoezicht op de volksgezondheid toeziet. Ook pleitte de commissie voor de totstandkoming van een wet op de kwaliteit van zorg.
- De *wet- en regelgeving*. Deze zou vereenvoudigd, gewijzigd en in haar reikwijdte zodanig verbreed moeten worden dat daarin de maatschappelijke dienstverlening wordt opgenomen.
- De *adviesorganen*. De adviesstructuur zou gewijzigd en vereenvoudigd kunnen worden.

## Dertien jaar veranderen

Zoals gezegd is het rapport van de commissie Dekker door achtereenvolgende kabinetten ter hand genomen. Daarbij zijn de voorstellen van de commissie nader uitgewerkt of zijn nieuwe varianten ontstaan, mede ingegeven door politieke, maatschappelijke en economische ontwikkelingen. Het plan-Dekker werd aanvankelijk door het kabinet uitgewerkt in het plan-Dees, en dat kreeg in 1989 een vervolg in het plan-Simons. Belangrijk verschilpunt is dat bij dit laatste plan de omvang van de basisverzekering werd verbreed tot zo'n 95% van de verstrekkingen. Later ondervond de invoering van het plan-Simons forse maatschappelijke en politieke tegenwind, waardoor in 1993 pas op de plaats werd gemaakt. Het daaropvolgende paarse kabinet met minister Borst koos voor behoedzame en stapsgewijze veranderingen. Het streven naar een brede basisverzekering is daarbij losgelaten en vervangen door een model van drie verzekeringscompartimenten voor langdurige onverzekerbare zorg, noodzakelijke verzekerbare zorg en aanvullende zorg.

Wie nu, ruim dertien jaar later, het rapport van de commissie Dekker opslaat, kan constateren dat veel van de voorstellen inmiddels zijn gerealiseerd of in gang zijn gezet. Verschillende onderdelen van het advies zijn afzonderlijk en met verschillende snelheden opgepakt. Het meest vergaand zijn de bereikte resultaten op het terrein van kwaliteit en adviesorganen. Op andere vlakken zijn de voorstellen deels gerealiseerd of zijn belangrijke stappen in de beoogde richting gezet.

Het *kwaliteitsbeleid* in de gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren een hoge vlucht genomen. In de periode tussen de eerste kwaliteitsconferentie in Leidschendam, in 1989, en de derde, in 2000 in Den Haag is veel in gang gezet: van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en kwaliteitssystemen tot (een begin van) de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Er zijn wetten gekomen die toezicht mogelijk maken op de kwaliteit van zorg van individuele beroepsbeoefenaren en instellingen.

De *structuur van de advies- en uitvoeringsorganen* is geheel herzien. Per 1 januari 2000 is dit veranderingstraject nagenoeg afgerond met de vorming van het College voor zorgverzekeringen, het College tarieven gezondheidszorg en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. De taken van deze nieuwe colleges zijn herzien. De structuur van adviesorganen is al eerder herzien.

De voorstellen op het terrein van *wet- en regelgeving* zijn gedeeltelijk gerealiseerd. Wetgeving voor kwaliteit en patiëntenrechten is enkele jaren geleden in werking getreden. Topklinische zorg is inmiddels geregeld via de Wet bijzondere medische verrichtingen; de Wet collectieve preventie volksgezondheid regelt de taak van gemeenten rond preventie. Om verschillende redenen heeft de beoogde herziening van de WZV vertraging opgelopen. Momenteel bereidt de Raad van State het

advies voor over het voorstel van wet exploitatie zorginstellingen en na het verwerken van het advies zal de minister het voorstel aan de Tweede Kamer aanbieden. De afgelopen jaren is wel een aantal procedures van de WZV vereenvoudigd.

Ook aan de *aanbodzijde* hebben zich veel veranderingen voltrokken. Deze zijn waarschijnlijk minder ingegeven door het rapport van de commissie Dekker en meer door later verschenen adviezen op onder meer het terrein van ouderenzorg en medisch-curatieve zorg. Desalniettemin zijn in het huidige zorgaanbod diverse ontwikkelingen zichtbaar zoals die door de commissie Dekker waren voorzien, bijvoorbeeld op het gebied van substitutie van zorg en samenwerking tussen instellingen (zowel in de cure- als in de caresector). In de ziekenhuiszorg is de ligduur verder gedaald en het aantal (poli)klinische opnames fors gestegen. De transmurale zorg is steeds belangrijker geworden. De financiële prikkels voor beroepsbeoefenaren (huisartsen, specialisten) zoals de commissie Dekker die voorzag, zijn in mindere mate ontwikkeld.

Het zwaartepunt van het rapport van de commissie Dekker ligt bij de *herziening van het verzekeringsstelsel* en op dit vlak is het afgelopen decennium veel gebeurd. Aanvankelijk heeft de regering aangekoerst op de totstandkoming van een brede basisverzekering. De bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zou daarvoor de 'drager' vormen en een aantal verstrekkingen, zoals huisartsenzorg, revalidatiezorg en geneesmiddelen, is in 1992 overgeheveld naar de AWBZ. Vragen rond de uitvoerbaarheid van het herziene verzekeringsstelsel en maatschappelijke en politieke ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat met dit proces pas op de plaats is gemaakt. De beoogde basisverzekering voor de hele bevolking, uitgevoerd door volledig concurrerende verzekeraars, en waarvan het pakket wettelijk is vastgelegd, is niet totstandgekomen. De genoemde overheveling van verstrekkingen is teruggedraaid.

Desalniettemin zijn in de periode 1987 tot heden veel veranderingen doorgevoerd in het verzekeringsstelsel. Ook na de stagnatie in 1993 zijn de veranderingen doorgegaan, zij het in een ander tempo en deels vanuit een ander perspectief. Mede uit macro-economische overwegingen heeft veel nadruk gelegen op aanbodregulering als middel om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Veranderingen in het verzekeringsstelsel behelzen onder meer:

- de overheveling van de tandheelkundige zorg boven de 18 jaar naar de aanvullende verzekering;
- de overheveling van de bejaardenoorden, zodat de zorg vanuit de AWBZ gefinancierd kan worden en substitutie met andere vormen van ouderenzorg mogelijk is;
- de flexibilisering van de aanspraken (door het 'opknippen' van de oorspronkelijke aanspraak in deelaanspraken kan de zorg meer op maat worden geleverd, en nu vaak door een grotere verscheidenheid aan zorgaanbieders. Dit is gebeurd in

- de geestelijke gezondheidszorg (1998), de verstandelijkgehandicaptenzorg (1999);
- de invoering van het persoonsgebonden budget voor bepaalde zorgvormen;
- de 3%-regeling in de Ziekenfondswet, die ziekenfondsen de mogelijkheid biedt om vervangende zorg te leveren, als alternatief voor de in de ZFW omschreven verzekeringsaanspraak;
- het loslaten van de verplichte werkingsgebieden voor ziekenfondsen waardoor deze in beginsel in het hele land werkzaam zijn;
- de mogelijkheid voor verzekerden om jaarlijks van ziekenfonds te veranderen;
- de budgettering van de ziekenfondsen, en daarmee gepaard gaande maatregelen als de invoering van een nominale premie en de gedeeltelijke opheffing van de verevening en nacalculatie;
- de opheffing voor ziekenfondsen van de contracteerplicht voor individuele beroepsbeoefenaren (huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten);
- de invoering van maximumtarieven;
- de vereenvoudiging van een aantal bouwprocedures;
- de opname van zelfstandigen met een laag inkomen in het ziekenfonds, waarbij de premie fiscaal wordt geheven;
- het werken aan een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ, met aanvullende onderwerpen als het versterken van de indicatiestelling, het vergroten van de vrije marge voor zorgvernieuwing, het versterken van de regionale afweging bij de inzet van middelen en het uitwerken van het PGB/PVB nieuwe stijl.<sup>3</sup>

Dit jaar is een aantal voornemens gepresenteerd om tot wijzigingen te komen op met name het vlak van de aanbodregulering. Het betreft onder meer:

- een flexibilisering van de aanspraak verpleging en verzorging (inclusief thuiszorg), die gepland is voor 2001;
- de opheffing van het verbod tot exploiteren van eigen instellingen;
- de reeds genoemde herziening van de WZV;
- een regisserende rol voor verzekeraars in het geneesmiddelenbeleid, en daarmee een rol in het beheersen van de kosten daarvan;
- de afschaffing van de Uitkomst van overleg en de modelovereenkomst als bases voor de individuele-medewerkerovereenkomst (dat vergroot de speelruimte en verantwoordelijkheid van individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen);
- het voornemen tot (gefaseerde) afschaffing van de nog resterende contracteerplicht met betrekking tot instellingen.

Over de twee laatste punten is de uitvoeringsorganen in juli 2000 verzocht een uitvoeringstoets uit te brengen.

Recent heeft de minister het parlement geïnformeerd over voornemens over de regels en de toepassing van de WTG zoals:<sup>9</sup>

- vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen;
- aanpassing van de bekostiging van instellingen met het oog op een betere aansluiting op de werkelijke kostenstructuur, meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit (daarover is in maart 2000 een uitvoeringstoets aan het CTG gevraagd);
- deregulering en groot onderhoud van de WTG;
- beperking van de reikwijdte van de WTG (daarover is in juli 2000 een uitvoeringstoets gevraagd aan de uitvoeringsorganen en de Inspectie).

Naast en mede als gevolg van het gevoerde beleid zijn ook in de praktijk ontwikkelingen opgetreden, die maken dat het huidige verzekeringsstelsel er geheel anders uitziet dan in 1987. Daarbij valt te denken aan:

- convergentie van verzekeringspakketten, waardoor bijvoorbeeld huisartsenzorg nu ook in de particuliere verzekering meestal standaard is opgenomen;
- de conglomeraatvorming, het samengaan van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, en mede daardoor de toegenomen omvang van verzekeraars;
- de oprichting van nieuwe (landelijk werkende) ziekenfondsen;
- het ontstaan van verschillen in de hoogte van de nominale premie tussen ziekenfondsen;
- de marketinginspanningen van vooral ziekenfondsen om de naamsbekendheid te vergroten;
- de toegenomen omvang van de WTZ-polissen in de particuliere ziektekostenverzekering, waarbij een gedeeltelijke acceptatieplicht geldt en de overheid de omvang van het pakket vaststelt;
- het toegenomen belang van collectieve contracten en het ontstaan van gemengde contracten (met particulier- en ziekenfondsverzekerden);
- verwevenheid van zorg met arrangementen gericht op arbeidsomstandigheden en bestrijding van ziekteverzuim.

## Noten

- 1 Commissie De Jong, *Raad op maat. Rapport van de Bijzondere Commissie Vraagpunten Adviesorganen*. Den Haag, 1993.
- 2 WRR, *Volksgesondheidszorg*. Den Haag, 1997.
- 3 Tweede Kamer 1999-2000, *Modernisering AWBZ, Marktwerking deregulering en wetgevingskwaliteit*. 24036 en 26631, nr. 166.
- 4 RVZ, *De trend, de traditie en de turbulentie*. Zoetermeer, november 1999.
- 5 Commissie Keuzen in de Zorg (commissie Dunning), *Kiezen en delen*. Den Haag, 1991.
- 6 Ministerie van VWS, *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*. Den Haag, september 2000 en ministerie van VWS, *Grenzenloze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal rechtelijk perspectief*. Den Haag, september 2000.
- 7 RVZ, *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer, mei 1998.
- 8 Lugtenberg, A.H.J., Most, J.M. van der, en Thiel, J.L.P.G. van, *Het recht van de ziekenfonds- en de bijzondere ziektekostenverzekering*. Deventer: Kluwer 1988.
- 9 Tweede Kamer 1999-2000, *Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg*. 27156, nrs. 1 en 2.
- 10 Grinten, T. van der, en Kasdorp, J., *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP 1999.
- 11 Zie o.a. Tweede Kamer 1999-2000, *Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg*. 27156, nr. 1.
- 12 RVZ, *Tussen markt en overheid*. Zoetermeer, 1998.
- 13 OECD, *1999-2000 Annual review - The Netherlands*. Paris, 2000.
- 14 NZi, *Gezondheidszorg in tel 7*. Utrecht, oktober 1999.
- 15 NRV/CVZ, *Wachlijsten*. Zoetermeer, juli 1994.
- 16 Zie onder meer ZON, *Invloed op de wachtlijst*. Den Haag, juni 2000.
- 17 Mulder, J. en Nederveen, V. van, *Wachlijsten in het buitenland*, Medisch Contact, 1997, p. 275-276.
- 18 RVZ, *De toekomst van de AWBZ*. Zoetermeer, 1997.
- 19 MDW-werkgroep WTZ, *Risico in de WTZ*. Den Haag, 1998.
- 20 Ziekenfondsraad, *Doelmatigheid van zorg: gewikt en gewogen*. Amstelveen, mei 1999.
- 21 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, 1987.
- 22 Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid (subcommissie Willems), *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*. Den Haag, 1994.

- 23 In een terugblik, op 29 juni 2000 tijdens een themadebat bij het ministerie van VWS, voegde G.J. van Otterloo, oud-kamerlid van de PvdA, hieraan toe dat de zorgsector te ingewikkeld is om te versimpelen tot eenvoudige slogans. Omdat dit toch gebeurt, gaat het met de beeldvorming bijna altijd fout. Volgens Van Otterloo werd de stelsel­discussie destijds te veel gedomineerd door koopkracht­plaatjes en het ‘occultisme’ van de collectievelastendruk, waardoor het zicht op de inhoudelijke samenhang werd belemmerd. Van Otterloo deelt daarmee de zienswijze van de subcommissie Willems dat discussies met als voor­naamste invalshoek koopkracht­plaatjes en –reparatie versluitend werken en de besluitvorming frustreren.
- 24 OECD, *Regulatory reform in the Netherlands*. Paris, 1999.

