



Met zorg verzekeren

Verslag van de conferentie op 9 april 2001



Op maandag 9 april 2001 organiseerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het Kurhaus te Scheveningen de conferentie 'Met zorg verzekeren'. De conferentie maakte deel uit van het debat over de toekomstige inrichting van het zorgstelsel. Thema van de conferentie was de borging van publieke belangen in de gezondheidszorg. Aan de conferentie namen ongeveer 200 genodigden deel, voor het grootste deel afkomstig uit het zorgveld.

Inhoud

Openingswoord door mevrouw dr. E. Borst-Eilers Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	4
Blok 1: Publieke belangen: een algemeen kader	
Inleiding door prof. dr. W. Derksen Erasmus Universiteit Rotterdam en voormalig WRR-lid	6
Inleiding door prof. dr. S.J.G. van Wijnbergen Universiteit van Amsterdam	9
Discussie over 'Publieke belangen: een algemeen kader'	12
Blok 2: Publieke belangen in de zorg	
Inleiding door drs. R.L.J.M. Scheerder Voorzitter van het College Tarieven Gezondheidszorg	15
Inleiding door prof. dr. R.J. in 't Veld Universiteit van Amsterdam en Universiteit van Utrecht	17
Discussie over 'Publieke belangen in de zorg'	19
Blok 3: Publieke verantwoording en toezicht	
Inleiding door prof. dr. T.E.D. van der Grinten Erasmus Universiteit Rotterdam	21
J.F. Buurmeijer Voorzitter Landelijk instituut sociale verzekeringen	24
Slotwoord door prof. dr. P.A.H. van Lieshout Directeur-generaal Zorg van het ministerie van VWS	27



De voorzitter van
de conferentie,
drs. M.P.A. van Dam



Openingswoord, uitgesproken door mevrouw dr. E. Borst-Eilers

*Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Minister Borst heet allen hartelijk welkom op de vierde Kurhausconferentie van het ministerie van VWS. Vorig jaar vormde de conferentie de start van de “stelsel­discussie”. Vanmiddag is het onderwerp “Met zorg verzekeren”. Verzekeren verwijst niet alleen naar de rol van verzekeraars in een nieuw stelsel. Vanmiddag ligt de nadruk vooral op de betekenis van het zekerstellen van publieke belangen. In de zorg zijn er diverse publieke belangen, die bij een herziening van het stelsel niet in het gedrang mogen komen. Om die reden stuurt het kabinet voor de zomer een notitie aan de Tweede Kamer waarin het benoemen en het verzekeren - het borgen - van de publieke belangen in de zorg centraal zal staan.

Minister Borst is zeer geïnteresseerd in de ideeën van de sprekers en de zaal. Voordat zij echter het woord krijgen, wil ze een viertal overwegingen meegeven voor de discussie.

Ten eerste de overweging: waar gaat de stelsel­discussie nu echt over?

Vaak voert het thema “pakket en premie” de boventoon in de discussie, maar dit is te beperkt. De essentie van de stelsel­vernieuwing is namelijk het verleggen van verantwoordelijkheden. Van de overheid naar de andere spelers in de zorg. Dit gaat volgens minister Borst niet zonder meer.

Er gelden namelijk belangrijke randvoorwaarden, zoals toegankelijkheid, kwaliteit en solidariteit. Om deze publieke belangen te waarborgen, kan de overheid zich niet eenzijdig terugtrekken. De verantwoordelijkheden zullen eerst duidelijk moeten zijn.

Ten tweede: dé zorg bestaat niet. De zorg is een divers palet. Niet alleen zijn er drie compartimenten, ook binnen deze compartimenten is er veel ver-

scheidenheid. Sommige zorgvormen hebben sterk te maken met vraagstukken van leven en dood, terwijl bij andere zorgvormen dit in mindere mate het geval is. Sommige zorgvormen kunnen beoordeeld worden door de patiënt, andere niet. Door de grote verscheidenheid binnen de zorg, krijgen ook de publieke belangen per deelterrein een andere tint. Minister Borst concludeert *'In de discussie over de publieke belangen van de zorg en de borging daarvan, moet ruimte zijn voor de diversiteit van de zorg. Dat doet recht aan reële verschillen'*.

De derde overweging is dat, wanneer de verantwoordelijkheden anders verdeeld zijn er een andere toezichtstructuur dient te komen. Toezicht door en op de markt, maar ook toezicht door de Tweede Kamer. De Tweede Kamer zal volgens Minister Borst moeten toezien op de borging van de publieke belangen. Daarbij stelt zij dat goed toezicht geen poldermodel is. Toezicht moet diepgang hebben en pijn kunnen doen. Wel dienen toezichthouders zich te beperken tot de belangen waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Er moet geen nieuw circuit van intensieve bemoeizucht en aansturing ontstaan.

Dit vraagt van Den Haag - inclusief de Tweede Kamerleden - durf om de niet-publieke belangen los te laten.

Als vierde en laatste overweging noemt Minister Borst, dat de zorg niet de enige sector is die verandert. Feitelijk zit de gezondheidszorg in de staart van de veranderingen. De volkshuisvesting, telecom en de sociale zekerheid zijn de zorgsector reeds voorgegaan. Het is niet voor niets dat de zorg als laatste komt. De gezondheidszorg is complex en een publiek belang op zich. Het mag dus niet misgaan. Vandaar dat we kijken naar de ervaringen in de andere sectoren. Wat opvalt is dat het meestal misgaat als de verantwoordelijkheden niet expliciet zijn benoemd. Een sector als de volkshuisvesting laat daarentegen zien hoe het wel kan. Al is het niet eenvoudig. De gezondheidszorg kan dus leren van deze ervaringen - positief en negatief.

Afsluitend wijst Minister Borst op het samen verantwoordelijk zijn voor een goed resultaat. *'Dat geldt voor vanmiddag, maar ook in het verdere traject naar een vernieuwd stelsel. Ik hoop dan ook op de inzet van u allen voor deze belangrijke vernieuwing. Dank u wel.'*



Inleiding door prof. dr. W. Derksen

Erasmus Universiteit Rotterdam

en voormalig WRR-lid

Derksen noemt privatisering een onderwerp van alledag op allerlei deelterreinen - waterleiding, kabel, openbaar vervoer en zorg. Hij meent dat daarbij twee vormen van privatisering goed moeten worden onderscheiden. In het eerste geval trekt de overheid zich terug en heeft geen verantwoordelijkheden meer, zoals bij de post. In het tweede geval schakelt de overheid private partijen in bij het behartigen van de publieke belangen. Meestal gaat het bij privatisering om het laatste.

Wanneer de overheid private partijen inschakelt bij het behartigen van publieke belangen, dan ligt er nog nadrukkelijk een verantwoordelijkheid bij de overheid. De overheid probeert die verantwoordelijkheid 'slechts' op een andere manier vorm te geven. Bij (deze) privatisering moet het - in "WRR-termen" - gaan om twee vragen:

- Het WAT: voor welke belangen moet de overheid een eindverantwoordelijkheid dragen?
- Het HOE: in welke mate moeten private partijen worden ingeschakeld bij de behartiging van deze belangen?

In de jaren negentig sprak men in de politiek lange tijd vooral over de "hoe-vraag", de wat-vraag werd volgens Derksen ten onrechte verwaarloosd. Bovendien werd de ideologie juist bij de verkeerde vraag gelegd, namelijk bij het hoe. De ideologie werd soms verpakt in schijnzekerheid dat de markt altijd efficiënter is. Volgens Derksen is dit laatste geenszins het geval. Het hangt er maar vanaf. Is er voldoende concurrentie? Is er toezicht? Is er een goede marktmeester? De discussie of de markt efficiënter is, en of de overheid democratischer is, brengt ons hier niet veel verder. De vraag dient te zijn: welk belang wil de overheid veiligstellen? En het veiligstellen van deze belangen behoort het ijkpunt te zijn.

Bovendien is de tegenstelling tussen markt en overheid volgens Derksen vals, alsof binnen de overheid alleen hiërarchie zou bestaan en binnen de private sector alleen de markt als coördinatiemechanisme. Natuurlijk doet de markt vaak zijn werk, ook binnen professionele sectoren als de markt. Zo vindt Derksen het niet vreemd dat er onvoldoende verpleegkundigen te vinden zijn, gelet op het te lage salaris dat hun wacht - een HBO-verpleegkundige zit in een academisch ziekenhuis in schaal zes tot acht. Evenmin vindt hij het vreemd dat de “closed shop” van de specialisten samengaat met hoge salarissen. Maar er spelen ook zoveel andere motieven in de zorg. Zo werken professionals met hart voor hun patiënt buiten de officiële werktijd, zonder extra financiële vergoeding. *‘Je zou zelfs verder kunnen gaan en kunnen stellen dat de gezondheidszorg in Nederland in veel opzichten duurder zou zijn indien louter marktprykkels bepalend zouden zijn voor het gedrag van de professionals in de zorg.’*

Waar gaat het bij privatisering nu dus om? Hoe maakt de overheid haar verantwoordelijkheden waar? Dus: hoe moeten publieke belangen worden geborgd? Het borgen van een publiek belang is geen automatisme, noch in de private noch in de publieke sector. Te lang is het debat over de publieke belangen onvoldoende gevoerd. Bij de Spoorwegen leek het alleen te gaan om onrendabele lijnen. Inmiddels weten we dat het voor de Nederlandse Spoorwegen (NS) bedrijfseconomisch niet interessant is om in de spits met meer treinen te gaan rijden. Terwijl dit wel een publiek belang is. De politiek dient dan ook vóór het privatiseren van een sector de “wat-vraag” - wat willen we borgen - nadrukkelijk te beantwoorden. Bij het borgen dient niet vergeten te worden dat niet elk beleidsterrein hetzelfde is, verschillende technologische ontwikkelingen bieden immers verschillende mogelijkheden. Hierin dient een nuchtere afweging te worden gemaakt.

In het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) krijgt het publieke belang van de gezondheidszorg, volgens Derksen, onvoldoende aandacht. Indien het SER-advies wordt opgevolgd zou dat over vijf jaar wel eens tot een heftig politiek debat kunnen leiden over een tweedeling in de zorg die van het model van de SER het gevolg kan zijn. Het is volgens Derksen beter om dat debat nu te voeren, alvorens de echte (en zeer ingewikkelde) markt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het leven te roepen. Het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gaat daarentegen wel in op borging van de publieke belangen en de bijbehorende moeilijke vraagstukken en is Derksen om die reden duidelijk sympathieker.

Tegelijkertijd moeten we volgens Derksen vaststellen dat er momenteel een aantal objectieve redenen zijn voor meer privatisering in de zorg: zo zijn ambtenaren en burgers mondiger geworden. Daarnaast zijn managers handiger geworden in het naar de hand zetten van de regels. Tenslotte noemt Derksen het feit dat de overheid de gevangene is geworden van haar eigen structuren. Dit laatste betekent dat de aanbodgestuurde sectoren - het veld - feilloos weten hoe ze de geldpotten van de overheid moeten aanboren. Zo wachten medische faculteiten rustig af en vragen "hun prijs" voor extra opleidingsplaatsen als daarvoor een uitgesproken politieke wens is ontstaan.

Tot slot, de tekentafel is geduldig, maar de werkelijkheid is anders. Ten eerste zal het ideale model de belangenconflicten nooit ongeschonden overleven. Ten tweede zullen ook de nieuwe modellen nieuwe gedragseffecten met zich meebrengen, waardoor de uitkomsten uiteindelijk anders zijn dan was voorzien. Zo bieden de DBC's in de toekomst grote kansen voor managers om de werkelijkheid naar hun hand te zetten. Hoedt u dus voor het maakbaarheidsdenken. Denk niet in grote modellen, maar neem kleine stappen en denk in heldere filosofieën waarin de publieke belangen centraal staan.



Inleiding door prof. dr. S.J.G. van Wijnbergen

Universiteit van Amsterdam

Niemand gelooft nog in de extreme visies zoals dat de overheid, dan wel de markt alles kan regelen. ‘De vraagstelling is wat kan de markt het beste en wat kan de overheid het beste en hoe ga je deze verschillende organisatievormen aan elkaar lijmen zonder dat ze elkaar bijten.’ Met deze woorden opent Van Wijnbergen zijn inleiding. In zijn inleiding gaat hij in op de soort problemen die zich voordoen bij privatisering van sectoren, waarin de markt niet automatisch zorgt voor de legitieme publieke belangen.

Privatisering is inmiddels stevig gefundeerd. De overheid kan niet langer alles doen, alleen al door een tekort aan informatie. Er zijn echter vragen. Kan de markt de publieke taken wel waarborgen? En als de overheid zegt hoe marktpartijen moeten werken, gaan de voordelen van de markt dan niet verloren? Een tweede vraag is of wel aan de condities is voldaan waaronder markten efficiëntie opleveren. Volgens Van Wijnbergen zijn dit twee gescheiden vragen, die afzonderlijk beantwoord dienen te worden. Zo moeten de condities voor marktwerking en het omgaan met marktimperfecties los van de publieke belangen worden geanalyseerd. Het definiëren van de publieke belangen dient, volgens hem, te gebeuren aan de hand van twee vragen:

- Wat dient er te gebeuren wat bij een efficiënte markt niet zal gebeuren?
- Wat dient er te gebeuren omdat de markt niet efficiënt is?

Van Wijnbergen wijst erop dat we te maken hebben met een fundamenteel conflictpunt. Het waarborgen van een publieke taak vraagt om interventie van de politiek op de markt. Efficiëntievoordelen van de markt gaan dan mogelijk verloren.

Betekent dit efficiëntieverlies dat de overheid het dan zelf moet gaan doen? Volgens Van Wijnbergen is dit niet het geval. In *“Bureaucrats in Business”*, een publicatie van de Wereldbank, worden hiervoor meerdere redenen genoemd:

- Er is geen kapitaalmarkt discipline bij een overheidsbedrijf;
- Afscherming bedrijfsvoering van politieke interventie is moeilijk;
- Er zijn mededingingsproblemen als er ook (potentiële) private spelers zijn;
- Overheidsbedrijven zijn moeilijk aan te sturen;
- Er zijn conflicterende belangen: overheid is dikwijls aandeelhouder en toezichthouder.

Private uitvoering in de gezondheidszorg zal alleen efficiënt zijn als er dreiging is van concurrentie. Zonder die dreiging zijn er andere oplossingen nodig, zoals regulering en benchmarking. Het allerlaatste redmiddel is de overheid als uitvoerder. In alle gevallen dient de publieke taak helder gedefinieerd te zijn. Vervolgens dient dit publieke belang gewaarborgd te worden. De lichtste vorm van interventie is een algemene prikkel, zoals subsidies op groene stroom. Subsidies, zijn volgens Van Wijnbergen, volkomen legitiem als so-ciaal nut afwijkt van privaat nut. De zwaarste vorm van interventie is ingrijpen in de marktstructuur.

De gezondheidsmarkt is een schoolvoorbeeld van marktimperfecties. Zo is er sprake van monopolistische competitie, onvergelijkbare producten en aanbieders die adviseur en behandelaar ineen zijn, zoals dokters. “Managed care” is volgens hem dan een noodzakelijke oplossing. Dit betekent wel een inherent conflict tussen “managed care” en mededinging-wetgeving. Dit vraagt om een fundamenteel debat.

De huidige publieke belangen in de gezondheidszorg die Van Wijnbergen identificeert zijn toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing. Hij heeft vraagtekens bij de legitimiteit van kostenbeheersing als primair publiek belang. Waarom maken we ons niet druk over bijvoorbeeld een verdubbeling van de uitgaven aan vakantie en wel als dit de zorg betreft? Daarbij speelt nog eens dat de huidige macro-economische kostenplafonds, volgens hem, geen goede manier zijn om tot kostenbeheersing te komen. Hij concludeert: de enige legitieme redenen voor kostenbeheersing hebben te maken met marktimperfecties, zoals hoge administratieve kosten als er

meerdere marktspelers zijn, of de aanwezigheid van een monopolist zonder prikkels tot kostenbeperking. Maar met dat soort motivatie is een macro-economisch opgelegd plafond geen efficiënte interventie. Puur macro-economische redenen zijn niet legitiem, omdat gezondheidszorg niet inherent een publiek goed is. *'Want wat je daarmee tot nog toe hebt bereikt is dat waarschijnlijk de zorgkosten per eenheid zorg omhooggeschoten zijn terwijl de totale kosten toch lager zijn uitgevallen doordat zorg gewoon niet is geleverd.'* Met dit laatste punt doelt Van Wijnbergen op de wachtlijsten in de zorg.

Volgens Van Wijnbergen is toegankelijkheid wel een primair publiek belang dat bereikt kan worden door een verplichte verzekering met acceptatieplicht. Daarbij dient men oog te hebben voor de inkomensproblemen. Dit vraagt mogelijkwerwijs om herverdeling. Herverdeling via de belastingen is volgens hem niet effectief en leidt tot te complexe belastingstructuren. De herverdeling zal dan deels moeten plaatsvinden via het verzekeringssysteem, wat leidt tot restricties bij de stelsel discussie.

Discussie over ‘Publieke belangen: een algemeen kader’

Van Dam, de conferentievoorzitter, vraagt aan de inleiders: ‘Wat maakt nu iets tot een publiek belang?’ Volgens Derksen gaat het om een maatschappelijk belang dat politiek relevant is en niet automatisch voortkomt uit de samenleving. Van Wijnbergen vult aan, dat bijvoorbeeld voedselvoorziening wel een maatschappelijk belang is, maar geen publiek belang. Immers de markt doet dit naar tevredenheid. Marktwerking zorgt er dus voor dat er genoeg voedsel is. Een publiek belang kan zijn, dat iedereen het voedsel dat minimaal nodig is, kan kopen.

Van Dam oppert dat de huidige publieke belangen de uitkomsten zijn van keuzes uit het verleden, voortkomend uit een oud wereldbeeld zonder bijvoorbeeld technologische vooruitgang. Hij is pessimistisch over mogelijke doorbreking van deze keuzes. Van Wijnbergen sluit hierop aan: de Tweede Kamer dient actief te discussiëren over publieke belangen. Zij dient een afweging te maken tussen sociaal nut en privaat nut, waarbij de politiek het sociale nut definieert.

Uit de zaal komt de vraag of de vraagzijde niet veel verder is ontwikkeld dan de aanbodzijde. Mensen willen meer besteden aan zorg dan dat zij mogen. Bij het definiëren van het publieke belang moet daar toch rekening mee worden gehouden? Van Wijnbergen beaamt dit en wijst erop dat de politiek het debat over het zorgstelsel bij de burger weg houdt. Volgens Van Dam komt dit door twee conflicterende publieke belangen, een gezonde overheidsfinanciën en goede gezondheidszorg. Het laatste publieke belang is tegelijkertijd ook de makkelijkste want het is de meest zichtbare bezuinigingspost. De twee inleiders beamen dit.

Van Dam poneert de vraag: als wij het tot een publiek belang verklaren, dat mensen de gezondheidszorg krijgen die ze hebben willen, tot welke kostenstijging leidt dat dan? Iemand uit de zaal vraagt of dit wel een terechte vraag is. Mensen weten niet hoeveel ze momenteel uitgeven aan de zorg. Zodat het nogal eenvoudig is om te zeggen dat je meer wilt betalen, zonder te weten hoeveel je betaalt. Een zorgaanbieder mengt zich in de discussie

en vertelt dat mensen echt dagelijks bellen om te vragen of zuster Marianne niet exclusief voor hun moeder kan zorgen. Ze hebben hier dan één of zelfs twee ton extra voor over. Van Dam vraagt zich af hoe het vervolgens met de toegankelijkheid zit. Is het zo dat we de luxe aan de markt laten en de essentiële zorg voor iedereen toegankelijk?

Uit de zaal komt de vraag of de overheid zich niet moet beperken tot de kwaliteit en het overige moet loslaten? Derksen reageert hierop. Specialisten zijn enerzijds ondernemers en anderzijds professionals. Professionals met hart voor de zaak. Wanneer er nog slechts marktprikkels zijn, dan verdwijnt het hart. Hij verwacht dat dan de opstelling wordt; als het een markt is dan wil ik ook voor alles worden betaald.

Zijn de publieke belangen in de gezondheidszorg toegankelijkheid en solidariteit? Volgens Derksen is dat te vaag. Uit de zaal komt de aanvulling dat er een gegarandeerd kwaliteitsniveau komt voor de te verlenen gezondheidszorg. Als dat het geval is dan vindt een grote meerderheid in de zaal het acceptabel dat mensen uit verschillende inkomensklassen kiezen voor verschillende ziekenhuizen. Een specialist stelt dat er niet gesproken moet worden van minimumkwaliteit. Een specialist levert kwaliteitswerk en zal geen onderscheid maken naar het inkomen van degenen die hij behandelt. Van Dam wijst op kwaliteitsverschillen in de service, als het soort bed. Iemand anders voegt eraan toe, dat zorgverzekeraars dus niet zozeer goedkoop moeten inkopen, maar in de eerste plaats kwaliteit moeten kopen ongeacht het inkomen van hun verzekerden. Verzekeraars moeten geen contracten sluiten met ziekenhuizen die niet voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

Macrokostenbeheersing is geen publiek belang in de gezondheidszorg, volgens Van Dam. Uit de zaal wordt ingebracht dat dit te eenvoudig is. Er dient onderscheid te worden gemaakt naar essentiële zorg en aanvullende zorg. Uitgaven aan de aanvullende zorg is een vrije keuze van de burger. Hiervoor is geen macrokostenbeheersing nodig. Voor de essentiële zorg is de overheid verantwoordelijk en daar dient wel ruimte te zijn voor kostenbeheersing. Van Dam concludeert uit de discussie dat we iets tot een publiek belang verklaren, omdat we het zo belangrijk vinden en als het dan slecht gaat met Nederland, dan zoeken we daar de bezuinigingen. *'Dat is toch wel heel curieus? Denkt u daar maar over na in de pauze.'*



Ook in de pauze ging de discussie gewoon verder....



Inleiding door

drs. R.L.J.M. Scheerder

Voorzitter van het College Tarieven

Gezondheidszorg

Scheerder levert zijn bijdrage in de vorm van een gesproken column. Daarin stelt hij het publieke belang centraal. Het publiek belang is een overheid die garanties afgeeft over principes als gelijke kansen, gelijke toegang, gelijke rechten en solidariteit. Tot zijn spijt is het vaak onmogelijk om een echt debat te hebben over het publieke belang in de zorg. Dit zou komen omdat men twijfelt aan de integriteit van degene die daarvoor pleit. Deze persoon 'wordt afgeschilderd als een afstandse marxist, of, in mijn geval, als institutionele belangen-behanger van een versleten orgaan'.

Als Scheerder naar de omringende landen kijkt, dan hebben de Scandinavische landen een nationaal gezondheidszorgsysteem en Duitsland, Frankrijk en België een nationaal ziekenfondssysteem. *'Verdiene deze achtenswaardige lidstaten van de Europese Unie eveneens de reputatie van neo-marxistische landen geleid door een stalinistische zorgterreur?'* Daarbij, ook in de Verenigde Staten is sprake van veel regulering. *'Als je Amerikanen hun gang laat gaan, zijn ze nog veel erger dan Europeanen op het terrein van regeltjes en red tape.'*

De vraag is dus niet of de overheid een rol moet spelen, maar hoe de rol wordt ingevuld. Volgens Scheerder zijn er meerdere wegen die naar Rome leiden. Maar, zegt hij, *'ik heb echter grote moeite met de wijze waarop de marktwerking als instrument wordt gehanteerd om in feite de door de overheid bepaalde doeleinden op een andere, kennelijk meer verlichte wijze, te realiseren. Ik heb ook grote moeite met de huidige aanpak van verschillende dossiers waarin de ambtenarij en de politiek de marktwerking als het ware organiseren.'* Dit leidt tot onheldere concepten, waarbij niemand meer weet waar hij aan toe is. Zo gaan de 150 leden van het Nederlandse parlement volgens hem regelmatig op de stoel van de Raad van Bestuur van de NS zitten.

Het dossier gezondheidszorg. Zijn er nu wel problemen? Of is het zoals bij het plan Simons. Het moest tien jaar geleden worden uitgevoerd, maar al met al is de zaak nog steeds niet ingestort. Als er problemen zijn, wiens verantwoordelijkheid is het dan? Wanneer we op deze vragen de antwoorden weten, dan moeten we een oplossing zoeken, waarbij we de omvang van de oplossingen aanpassen aan de omvang van de problemen!

Bekend is dat de gezondheidszorg een reputatie heeft op het terrein van metaforen. Een bekende metafoor is die van het maatschappelijk ondernemerschap, een containerbegrip. Natuurlijk hebben we ideële opvattingen over het maatschappelijk ondernemerschap. *'De integere, not for his own profit, werkende man of vrouw met uitsluitend de belangen van cliënt en samenleving voor ogen. Kortom iemand waarbij je de tranen in de ogen krijgt. Moeilijk meer te vinden in een samenleving waarbij de lijfspreuk van bijna iedereen zich concentreert rond het feit dat men vooral geen dief wil zijn van de eigen portemonnee.'*

Scheerder vraagt zich af of dit nu gedachten zijn van een gefrustreerde voorzitter van een verouderd orgaan? Nee, is zijn antwoord. Wat hij doet is pleiten voor een heldere positionering van het publieke belang in de gezondheidszorg. Daarbij voelt hij zich gesteund door het uitgesproken vertrouwen van de burger in de overheid, zoals blijkt uit onderzoek naar de publieke opinie hierover. Dit betekent dat de overheid het vertrouwen moet gebruiken en niet beschamen. *'Dus heldere keuzen voor de rol (van de overheid), integriteit in de uitvoering van die rol en, uitermate belangrijk, zorgen dat die rol niet erodeert door ofwel eigen ambigue opstellingen, ofwel door wet en regelgeving die niet wordt gehandhaafd, of niet aan de eisen destijds worden aangepast.'* Dit heeft drie gevolgen. Ten eerste moet de overheid haar wet en regelgeving daarnaar inrichten. In de tweede plaats zal de regelgeving zich moeten beperken. Integriteit en vertrouwen tussen behandelaar en patiënt moeten voorop staan. Regeltjes die dat onder druk zetten moeten verdwijnen. Ten derde zal de regelgeving op het terrein van de verzekeringen en de aanbodsturing een grondige wasbeurt dienen te krijgen.

Scheerder sluit af met een pleidooi voor meer vrolijkheid in de gezondheidszorg. *'Er is alle reden toe. Als we een keer goed rondkijken in de rest van de wereld, dan mogen we heel tevreden zijn. Alleen even die wachtlijsten wegwerken. Dank u wel.'*



Inleiding door prof. dr. R.J. in 't Veld

Universiteit van Amsterdam
en Universiteit van Utrecht

In 't Veld begint zijn inleiding door te zeggen dat, hij enigszins verward is als hij naar de zorg kijkt. **Onze samenleving is bezig het paternalisme te ontgroeien, terwijl we het publieke belangen “zorg” in toom houden door volumebeheersing en macrokostenbeheersing. ‘Ik denk dat dat een achterhaald principe is, omdat het kennelijk een inferieur allocatiemechanisme is.’**

Publieke belangen zijn er, volgens hem, omdat er een bemoeizuchtige overheid is. Dat is ook de kern van de WRR-omschrijving. De bemoeizucht is gesteld in nobel paternalisme en zorg voor toegankelijkheid. Publieke belangen zijn daarmee niet objectief, maar onderworpen aan dynamiek. Het borgen van de publieke belangen kan dan ook op veel verschillende manieren gebeuren. Bijvoorbeeld door kwaliteitszorg van de kwaliteitszorg, die gebruikelijk is bij het wetenschappelijk onderzoek. Daarbij dienen we ons te realiseren dat overheid en markt geen tegenstellingen zijn, maar complementair aan elkaar. *‘Als we markten scheppen dan scheppen we tevens nieuwe overheidsorganen die iets met die markt uitrichten.’*

In 't Veld beschouwt het vraagstuk van “de waardenstructuur rond de verdelende rechtvaardigheid”, als de kern van het politieke debat over de gezondheidszorg. Rechtvaardigheid in een samenleving kan op uiteenlopende manier worden nagestreefd. Volgens Den Uyl lag de kern van rechtvaardigheid in een minimale bandbreedte tussen (voorzieningen voor) individuen. Maar levert dit in de samenleving van morgen nog wel verstandige arrangementen op? Misschien moeten we het meer zoeken in de theorie van Rawls. De politiek streeft krachtig naar een verbetering van het minimumniveau van een voorziening, maar laat de bovenkant los. Zoals is gebeurd bij de volkshuisvesting. Hierdoor ontstaan gemengde waarden in de samenleving.

In 't Veld noemt vijf aandachtspunten bij de verbetering van het zorgstelsel:

- Bij marktwerking in de zorg dient gedacht te worden aan een marktmeester. Een marktmeester, die marktcorrector en marktontwikkelaar is, zoals de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA);
- Toewijding moet naast de prikkel "wedijver" een plaats krijgen. Bijvoorbeeld in coöperaties en waarborgmaatschappijen;
- Verzekeraars moeten af van hun kille imago en verzekeren de nodige invloed toekennen in hun interne besturing;
- Gebruik de mechanismen die voor netwerksturing in ontwikkeling zijn en niet de instrumenten van quasi-marktwerking;
- De overheden moeten zich als aansturende instantie evenals het zorgsysteem onderwerpen aan de kwaliteitszorg.

Terugkomend op de theorie van Rawls, zegt In 't Veld, *'waarom is het nodig om een zo'n omvangrijk verzekeringsarrangement rondom gezondheidszorg te handhaven. Waarin het erop lijkt - naar analogie - dat huiseigenaren een verzekeringsarrangement met staatstoezicht tot stand hebben gebracht voor het onderhoud van hun huizen. Als je daar een minuut over nadenkt dan begrijp je waarom het er niet is. In de gezondheidszorg is het er wel. En alle plannen die ik ken, pleiten voor behoud van dat arrangement. Verzekeringen horen te gaan over dingen die onzeker zijn en een moeilijk draagbaar risico zouden opleveren, niet over onderhoudskwesties en niet over het eerste bezoek van de loodgieter.'* Volgens hem leidt een beknopter verzekeringsstelsel niet tot een vermindering van de Uyliaanse bandbreedte, maar het zou wel kunnen leiden tot een hoger minimumniveau en ruimte aan de bovenkant á la Rawls. Bovendien zal het vergroten van de verantwoordelijkheid van de cliënt voor eigen positie en consumptie alleen dan slagen indien de financiële betrokkenheid bij "het onderhoud" groter is en dus het verzekeringsarrangement beknopter. Het is niet te verwachten dat verzekeraars voor een beknopter arrangement zullen pleiten. Zij hebben enorme bureaucratische belangen bij het behoud van de breedte van het arrangement. Ook binnen zijn politieke partij - de PvdA - vindt hij weinig steun voor de Rawlsiaanse richting. *'Het onverbiddelijke oordeel van de beroepspolitici: dat willen we niet want dan verliezen wij onze greep op het stelsel.'* Hij sluit af met: *'Ik pleit voor ingewikkelde, moeilijke gedachtegangen over gemengde arrangementen, maar populair heb ik mij daarmee niet gemaakt.'*

Discussie over

‘Publieke belangen in de zorg’

Van Dam vraagt of we het accepteren als we meer financiële verantwoordelijkheid bij de burger leggen? Dat is namelijk het gevolg van aanbodsturing naar vraagsturing. De beroeps politici hebben het daar moeilijk mee zoals In 't Veld zei. Wat denkt u ervan? Mag er ongelijkheid zijn in de zorg? Uit de zaal komt de reactie dat het huidige pakket alle essentiële zorg bevat en dat daar dus geen ongelijkheid is. Van Dam reageert hierop met de stelling, dat het publieke belang dan de huidige zorgverlening is. De ongelijkheid gaat slechts om de luxe. Als het huidige pakket de basis is, dan is de luxe wel heel luxe, volgens Van Dam. Waarom is er dan een stelsel discussie nodig?

Uit de zaal komt de reactie dat het publieke belang in de gezondheidszorg gedefinieerd moet worden als voldoende beschikbaarheid. Van Dam neemt dit over en constateert dat dit momenteel niet het geval is. Er is sprake van schaarste. De markt kan haar werk doen, maar dat dan betekent een ongelijke toegang.

Een fysiotherapeut reageert met de stelling dat er geen verwijsbrief meer nodig zou moeten zijn van de huisarts naar de fysiotherapeut. De burger moet zelf mogen kiezen of hij wel of niet naar de fysiotherapeut gaat. Volgens Van Dam is deze keuzevrijheid ook nu reeds aanwezig indien de burger zelf betaalt. Volgens de fysiotherapeut is dat niet nodig want het gaat om keuzevrijheid en niet om het betalen. Van Dam geeft als tegenargument, dat met alleen keuzevrijheid de vraag onbepert is. Er moet één of andere natuurlijke rem zijn.

Van Dam constateert dat de consument meer verantwoordelijkheid kan krijgen, door meer keuzevrijheid te combineren met meer financiële verantwoordelijkheid. Volgens Scheerder is het niet nodig om hiervoor het stelsel te wijzigen. Ook nu kan een eigen bijdrage worden ingevoerd, alleen ligt dat politiek moeilijk. Waarom geen eigen bijdrage bij geneesmiddelen en de rest van de gezondheidszorg? Uit de zaal wordt gereageerd door erop te wijzen dat het van essentieel belang is om te weten wat het minimum is. Dat weet

je ook hoe je de tweedeling moet beoordelen. Volgens Van Dam is het momenteel zo, dat iedereen in de gezondheidszorg recht heeft op een villa en pas als je er twee wilt hebben, moet je betalen.





Inleiding door prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Erasmus Universiteit Rotterdam

Van der Grinten gaat in zijn inleiding in op de borging, de verantwoording van de publieke belangen én het toezicht. Het toezicht is in grote mate afhankelijk van de aard van het publieke belang en de maatschappelijke en bestuurlijke context. Ook in Nederland speelt de maatschappelijke context een belangrijke rol gezien de historische ontwikkeling van het “recht op zorg” binnen de Nederlandse samenleving.

Het “recht op zorg” is in de maatschappij verankerd door:

- “Interne kolonialisering”. Het gebruiken van reeds aanwezige organisaties en instituties;
- Beroep op de maatschappelijke verantwoordelijkheid;
- Gegarandeerde financiering;
- “Disciplineren” door een mix van regels, aanwijzingen en institutionele borging.

Bij de institutionele borging doen zich drie problemen voor: intern wantrouwen tussen de professionals en het bestuur van een instelling, extern wantrouwen tussen de instellingen en de overheid en maatschappelijk politieke legitimiteit, waarbij de burger naar de rechter gaat.

De beleidsreactie op deze problemen is dat er gezocht wordt naar een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders, verzekeraars en overheid. Door de typische complexiteit van de gezondheidszorg en de intense afhankelijkheid van private en publieke partijen ligt de oplossing in maatschappelijk ondernemerschap met de overheid als marktmeester.

Maatschappelijke ondernemers definieert Van der Grinten als private organisaties die mede een publieke doelstelling hebben met behulp van publieke middelen. Zij kunnen slechts functioneren als er een duidelijke taakverdeling

is tussen publiek en privaat. Private ondernemers dienen ruimte te krijgen om die taken uit te voeren. Van der Grinten waarschuwt de politiek om niet te snel te vervallen in de basisreflex van centraliseren, wanneer zich incidenten voordoen. Om dit te voorkomen dient de politiek vooraf de sturingsmogelijkheden en spelregels vast te leggen, waarbij er achteraf controle zal plaatsvinden. De maatschappelijke ondernemer zal zich immers wel moeten verantwoorden. Op basis van deze verantwoording moet de marktmeester de centrale vraag - krijgt de burger de zorg waar hij recht op heeft - kunnen beantwoorden.

Van der Grinten gaat dieper in op de *spiegelvoorwaarden* van verantwoording door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars (maatschappelijk ondernemers) enerzijds en het toezicht door de overheid anderzijds. De aanbieders en verzekeraars zullen zich moeten verantwoorden als elke private onderneming en als een onderneming die publieke middelen gebruikt. Dat betekent dat ze moeten ingaan op het gebruik, de kwaliteit en de kosten van zorg, de waargenomen effecten en prestaties en "corporate governance" (laten zien hoe de organisatie is vormgegeven en wat het beleid is). Verantwoording op deze wijze leidt tot openheid richting alle relevante stakeholders en de toezichthouders, waardoor volgens Van der Grinten, de eerder genoemde vormen van wantrouwen zou kunnen verdwijnen. De toezichthouder dient zich te beperken tot het verzamelen van informatie over prestaties, zo is de algemene opvatting. Dit zal niet eenvoudig zijn, mede omdat prestatieindicatoren nog niet altijd aanwezig zijn. Daarom dient de toezichthouder het toezicht op het proces - volgens de methode van de Kwaliteitswet- niet uit het oog te verliezen. Een grondige bezinning is nodig op waar de balans ligt tussen toezicht op *prestatie en proces*.

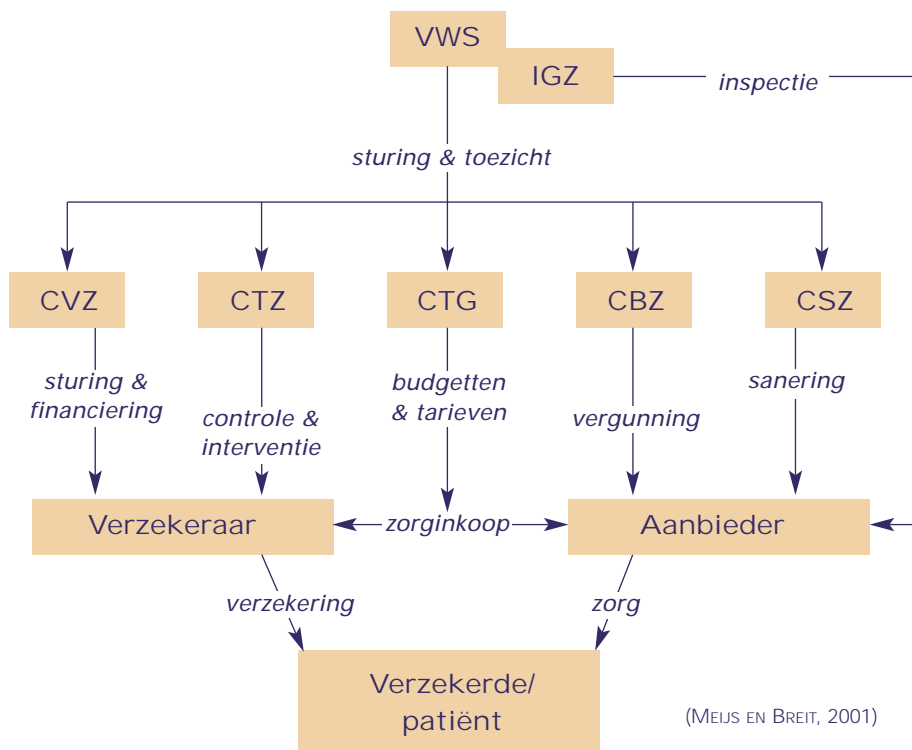
Wie is de toezichthouder in de zorg? Is dat het Rijk, een intermediair, zoals de verzekeraar of één van de Zelfstandige Bestuursorganen, zoals het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ), het CTG of de Nederlandse Mededingingautoriteit (NMa). Misschien moeten we, volgens Van der Grinten, helemaal niet uitgaan van het huidige historische complex van sturings- en toezichtrelaties in de zorg - figuur 1. Van der Grinten reikt enkele discussiepunten aan:

- Het CTZ let op recht- en doelmatigheid bij de zorgverzekeraar. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) let op kwaliteit en doelmatigheid bij de aanbieder. De praktijk is dat het CTZ zich vooral beperkt tot de recht-

matigheid en het IGZ tot mate van kwaliteit, waardoor er weinig aandacht is voor de doelmatigheid en de afstemming van het toezicht door deze twee; er is een 'gat' tussen CTZ en IGZ;

- Er ontbreekt toezicht op het overeenkomstenstelsel. Het is niet bekend of de gesloten overeenkomsten overeenkomen met de behoeften van de burger;
- De verzekeraar heeft een lastige dubbelrol, enerzijds als contractpartij en anderzijds als toezichthouder op de kwaliteit en naleving van het contract en de doelmatigheid;
- Het specifieke karakter van de zorg vraagt wellicht om een specifieke marktregulator á la de OPTA. Een generieke marktregulator, als de NMa heeft te weinig mogelijkheden. Fusies kunnen alleen vooraf worden getoetst, daarna zijn er geen mogelijkheden meer. Ze kunnen niet ingrijpen in de prijs en zijn gebonden aan de wet en regelgeving in de gezondheidszorg.

Figuur 1: sturing en toezichtsrelaties in de zorg





J.F. Buurmeijer

Voorzitter Landelijk instituut
sociale verzekeringen

Buurmeijer opent zijn inleiding met: *'Ik denk dat je een stukje lering kunt trekken uit de ervaringen die we in de sociale zekerheid opdoen met toezicht.'*

Publieke belangen vereisen publieke condities. Deze publieke condities bestaan uit de aanspraak van de burger, waar heeft hij recht op en als dat is gedefinieerd, hoe gaan we het dan uitvoeren. Hij constateert evenals Derksen dat de "wat-vraag" en de "hoe-vraag" nogal eens door elkaar heen lopen, terwijl dit niet het geval moet zijn. In de wet- en regelgeving wordt het geheel van publieke condities geregeld. Dit is het primaat van de politiek. Buurmeijer is van mening, dat de politiek daarbij onvoldoende spreekt over wat we voor de burger willen realiseren en onder welke condities we dat willen bereiken. Het vaststellen van de publieke condities vereist juist politieke helderheid, precisie en de bereidheid tot evaluatie, waarbij het toetsingskader vooraf dient te zijn bepaald. Dus geen incidenten politiek! Hij zegt hierover: *'Ik heb zelf iets te lang in de Kamer gezeten om te kunnen vaststellen dat het laatste punt in de politiek een heel zwak punt is.'*

Buurmeijer rekent zich zelf tot de stroming die overheid versus markt een valse tegenstelling vindt. Problemen worden niet opgelost door of de overheid of de markt. Het gaat om verhoudingen en niet om ideologie. Zo kijkend naar de zorg is hij van mening, dat er een publiek stelsel nodig is, waarin de aanspraken van de burger worden geregeld, met private uitvoering. Die private uitvoering in de zorg is reeds aanwezig. *'Er is eigenlijk niets dat de overheid zelf doet. Het is allemaal volstrekt geprivatiseerd in zijn uitvoering.'* Het gaat in de discussie dan ook om de vereisten aan de uitvoering.

Kortom, de overheid - minister van VWS - is de opdrachtgever en de zorgverzekeraar opdrachtnemer. In tegenstelling tot vorige sprekers vindt Buurmeijer dat niet de overheid de marktmeester moet zijn, omdat zij niet regulerend kan optreden. Over een marktregulator á la OPTA heeft Buurmeijer nog niet nagedacht. Het voordeel van de zorgverzekeraar als opdrachtnemer is dat deze in een goed spanningsveld terechtkomt met twee 'klanten' - figuur 2. Enerzijds zijn er de individuele verzekerden als klant en anderzijds is er de Minister als opdrachtgever. Daarbij tekent hij wel aan dat het zeer essentieel is dat de verzekerde meer macht en meer positie krijgt dan in het huidige stelsel.

Omdat de zorgverzekeraar in de regisseursrol komt tussen verzekerde en zorgaanbieder vereist dit een buitengewoon scherpe publieke verantwoording. De zorgverzekeraar legt verantwoording af aan de Minister. Dit gebeurt ondermeer door verslaglegging, waarbij Den Haag niet meer vraagt dan dat zij daadwerkelijk kan verwerken. Dit gebeurt daarnaast door het aanleveren van statistische informatie. Buurmeijers indruk is dat dit momenteel ondermaats is. De informatievoorziening in de gezondheidszorg loopt duidelijk achter bij die in andere sectoren, qua structuur en ordening. Ten slotte dient de zorgverzekeraar beleidsrelevante informatie aan te leveren.

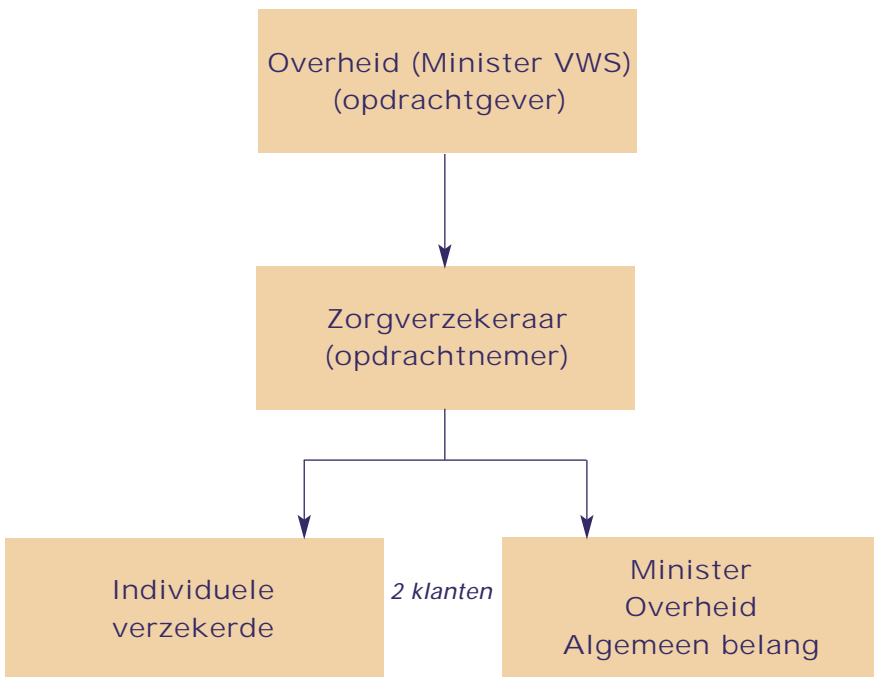
Is er met al deze informatie nog toezicht nodig? Ja, zegt Buurmeijer, toezicht is het sluitstuk, een toegevoegd instrument, zonder dominante positie. Het is niet bedoeld om systeemfouten binnen het zorgstelsel te corrigeren. Toezicht is om twee redenen van belang. Ten eerste kan het inzicht geven in de rechtmatigheid, het maakt duidelijk wat wel en niet goed gaat. Ten tweede levert het informatie over de kwaliteit, waarvoor, volgens Buurmeijer, afzonderlijk toezicht nodig is. Op doelmatigheid is dus geen specifiek toezicht nodig, wel is het van belang dat er daadwerkelijke concurrentie is tussen zorgverzekeraars. De concurrentie zal zichtbaar worden in de prijs en op de niet-medische service.

Het toezicht dient niet sturend, maar corrigerend en signalerend te zijn. Daarbij treedt de toezichthouder bij missers niet corrigerend op, maar rapporteert dit bij de Minister. De Minister dient mogelijkheden - aanwijzingsbevoegdheid - te hebben om corrigerend te kunnen optreden. Verder brengt de toezichthouder verslag uit aan zowel de Minister als aan de Tweede Kamer. Het nadeel van nieuwe toezichtorganen, is de toezichts- en verant-

woordingscumulatie, maar zegt Buurmeijer pragmatisch, dat is het mechanisme waarin we terecht zijn gekomen. Wel doet hij een oproep aan de Tweede Kamer om eerst na te denken over de toetsingscriteria en pas op de plaats te maken.

Hij sluit af door erop te wijzen, dat het onmogelijk is om een neutraal toezichtverhaal te bedenken als niet bekend is, hoe binnen het nieuwe stelsel de verantwoordelijkheden worden verdeeld. Pas als dat helder is, kan de meest gewenste toezichtfilosofie bedacht, geconstrueerd en neergezet worden.

Figuur 2: opdrachtgever en opdrachtnemer in een vernieuwd zorgstelsel



Met het oog op het verdere verloop van het programma wordt met algemene stemmen besloten, dat de derde discussieronde vervalt.



Slotwoord door prof. dr. P.A.H. van Lieshout Directeur-generaal Zorg van het Ministerie van VWS

Van Lieshout gaat in het slotwoord kort in op de bijdrage die deze conferentie heeft geleverd aan de stelsel­discussie.

Van Lieshout doet een tweetal constatering­en. De conferentie kende een politiek, normatieve lading, zoals zichtbaar werd in de levendige discussies. Daarnaast hadden de inleidingen vooral een bestuurlijke lading. Beide aspecten zijn volgens Van Lieshout van belang. Hij sprak daarbij de verwachting uit dat er in de toekomst meer ruimte komt voor het debat met de burger over het zorgstelsel. Hij merkte daarbij op dat een vernieuwd zorgstelsel in 2005 niet betekent dat er dan een heilstaat zal aanbreken en dat het tot die tijd behelpen is. Het vernieuwen van het zorgstelsel is een door­gaand proces. Evenals het debat.

Van Lieshout verwacht de komende tijd meer aandacht voor het debat. Zo komt het kabinet nog voor de zomer met een tekst aan de Tweede Kamer, waarin politieke en bestuurlijke lijnen van een vernieuwd zorgstelsel zichtbaar worden. Vragen als hoe wegen we de markt­imperfecties, wat is de kwaliteit van het borgingsinstrumentarium en hebben we nieuwe instrumen­ten nodig, zullen daarvoor worden gesteld en doordacht.

Naast de kabinetsnotitie over het gezondheidstelsel zullen de derde woensdag van mei, waar gesproken wordt over strategische informatie in de zorg, de tweede én openbare benchmarking in de thuiszorg en het verschijnen van de nota patiënten/consumentenbeleid een stimulans geven aan het maatschappelijke debat. Alle genoemde onderwerpen hebben te maken met de inrichting van het besturingsinstrumentarium redenerend vanuit de bor­ging van het publieke belang.

Van Lieshout bedankt de inleiders en de aanwezigen in de zaal voor hun inbreng.

'Ik wil iedereen nog uitnodigen om een drankje met ons te drinken. Voorzover daar geen tijd meer voor is: een prettige thuisreis en bedankt dat u de conferentie nog iets langer heeft willen laten duren dan gepland.'

Uitgave

Ministerie van

Volksgesondheid,

Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350

2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon 070 - 340 79 11

Publieksvoorlichting

Telefoon 070 - 340 78 90

Internetadres

www.minvws.nl

mei 2001

In het Regeerakkoord van Paars II uit 1998 staat een passage over de toekomst van de organisatie en financiering van de gezondheidszorg:

'Het kabinet zal bezien of, in het licht van vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het stelsel voor te bereiden.'

Hoewel de Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief goed presteert op het gebied van de totale kosten en de gezondheidsuitkomsten, zijn er knelpunten. Wachtlijsten zijn daarvan een voorbeeld. Verder zijn er ontwikkelingen die de druk op het huidige stelsel verder zullen vergroten: de vergrijzing bijvoorbeeld, maar ook de voortschrijdende technologie en de Europese regelgeving.

De minister van Volksgesondheid, Welzijn en Sport, dr. E. Borst-Eilers, wil de denkkracht van het totale zorgveld bundelen om zo veel mogelijk informatie, visies en argumenten te verzamelen als basis voor een notitie over de mogelijke aanpassingen in het zorgstelsel. Deze notitie wil zij voor de zomer van 2001 aan het parlement aanbieden. Diverse politieke partijen hebben al ideeën gelanceerd. De Minister heeft daarnaast onder meer aan de SER en aan de RVZ advies gevraagd. In december 2000 zijn het RVZ-advies *De rollen verdeeld* over schaarste en eigen verantwoordelijkheid en het SER-advies *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* over solidariteit verschenen. Eerder heeft de WRR al een toekomstig verzekeringsstelsel geschetst. Door debatten te organiseren worden ook allerlei andere organisaties bij deze fundamentele discussie betrokken.

Op 9 april 2001 heeft het ministerie van VWS in het Kurhaus te Scheveningen de conferentie *Met zorg verzekeren* georganiseerd. Sprekers van binnen en buiten de zorg zijn, onder voorzitterschap van Marcel van Dam, met elkaar in debat gegaan over wat de publieke belangen in de zorg nu precies zijn, welke rol verschillende partijen kunnen spelen bij de borging van die publieke belangen en hoe de overheid erop toe zou kunnen en moeten zien dat er geen ongewenste ontwikkelingen plaatsvinden.

De voorliggende publicatie geeft een impressie van de inleidingen en de discussies op die dag. Daarmee wordt aangesloten bij het in mei 2000 gepubliceerde verslag van de Kurhausconferentie van vorig jaar (*Met zorg veranderen*), de drie in september 2000 verschenen achtergrondstudies (*Beweging in de zorg*, *Grenze(n)loze zorg en Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*), alsmede bij het verslag van de in het najaar 2000 georganiseerde debatserie in De Balie te Amsterdam (*Het stelsel op de schop?*).

Ministerie van Volksgesondheid, Welzijn en Sport

