

# ZORG VOOR EEN GEZOND LEVEN

EEN SOCIAAL-DEMOCRATISCHE VISIE  
OP DE GEZONDHEID, ZORG EN  
ZIEKTEKOSTEN VAN BURGERS  
IN DE SAMENLEVING

Rapport van de PvdA-projectgroep Zorg  
April 2005



**PARTIJ VAN DE ARBEID**

Amsterdam, april 2005

Aan de leden van de Partij van de Arbeid.

Hierbij treft u het rapport *Zorg voor een gezond leven* aan van de PvdA-projectgroep 'Zorg' onder voorzitterschap van Steven de Waal.

Van dezelfde projectgroep werd in september vorig jaar reeds een eerste rapport gepubliceerd onder de titel 'De zorg als zorgkind', waarin een diagnose werd gegeven van de problemen in de gezondheidszorg. Mede op basis van dit eerste rapport is in de partij uitvoerig gediscussieerd over dit zo belangrijke thema.

De resultaten van die discussies heeft de projectgroep gebruikt bij de opstelling van dit tweede rapport, waarin voorstellen worden gedaan om de gesignaleerde problemen van een oplossing te voorzien.

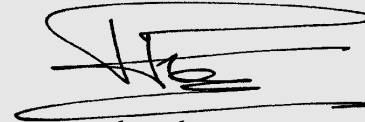
Het partijbestuur is van mening dat dit tweede rapport een goede basis biedt voor verdere discussie in de partij, die uiteindelijk moet leiden tot besluitvorming op het partijcongres in december 2005.

Het rapport legt de nadruk op behoud van solidariteit, is terughoudend ten aanzien van marktwerking, geeft een grotere rol aan gemeenten, komt op voor meer rechten voor patiënten en benoemt ook de verantwoordelijkheid van de mensen zelf.

Al deze thema's zullen de komende maanden in de partij nader worden besproken. De materie is ingewikkeld, dat laat dit rapport zien. Daarom zal de inhoud van dit rapport ook via toegankelijke samenvattingen of stellingen ter bespreking op partijbijeenkomsten worden aangeboden.

Voor ons als sociaal-democraten blijft voorop staan dat een stelsel van kwalitatief goede zorg betaalbaar en toegankelijk is voor iedereen.

Met vriendelijke groet,  
namens het partijbestuur

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ruud Koole', written over a horizontal line.

Ruud Koole  
(voorzitter)

# Inhoudsopgave

Inleiding	6		
Samenstelling projectgroep	8		
Samenvatting	9		
<b>1. Preventie: zorg voor een gezond leven</b>	<b>14</b>	<b>4. Sturingsfilosofie: dynamiek en publieke waarborgen</b>	<b>56</b>
1.1 Voorkomen in plaats van genezen	15	4.1 Marktwerking onder strikte voorwaarden	57
1.2 Burgers en professionals bevorderen goed gedrag	16	4.2 Kansen voor marktwerking in de electieve curatieve zorg: innovatie en heldere competitie	62
1.3 Preventiebeleid beter afstemmen	21	4.3 Kritiek op de implementatie door dit kabinet	67
1.4 Verzekeraars: meer preventie en meer verantwoording	22	4.4 De rol van verzekeraars	69
Samenvatting Hoofdstuk 1	23	4.5 Maatstafconcurrentie en maatschappelijk ondernemerschap in de WMZP	72
<b>2. Emancipatie: de patiënt centraal</b>	<b>26</b>	4.6 Maatschappelijke ondernemingen in de zorg: een alternatief model	75
2.1 Informatie geeft (tegen) macht	28	Samenvatting Hoofdstuk 4	77
2.2 Meer keus in aanbod	30	<b>5. Het pakket: keuzen in de zorg</b>	<b>79</b>
Samenvatting Hoofdstuk 2	33	5.1 Scherpe keuzen	80
<b>3. Geld: voor zorg solidair verzekerd</b>	<b>34</b>	5.2 Wie beslist over het pakket?	82
3.1 Overzichtelijkheid en rechtszekerheid: naar twee compartimenten	35	5.3 Keuzen in de cure	85
3.2 Wel inkomenssolidariteit in de premie	46	5.4 Keuzen in de care	87
3.3 Eigen bijdragen: verplicht en vrijwillig	48	Samenvatting Hoofdstuk 5	91
Samenvatting Hoofdstuk 3	54	<b>6. Werken en ondernemen: de professional aan zet</b>	<b>92</b>
		6.1 Werken in de zorg	92
		6.2 Ruimte voor resultaat	95
		Samenvatting Hoofdstuk 6	98
		Lijst van afkortingen	101
		Lijst van bronnen	103

# Inleiding

Voor u ligt het eindrapport van de PvdA-projectgroep Zorg: Zorg voor een gezond leven.

De projectgroep is eind 2003 ingesteld door het partijbestuur in samenwerking met de Tweede-Kamerfractie van de PvdA en is onderdeel van een reeks van projectgroepen die met aanbevelingen moeten komen over belangrijke koersbepalende kwesties. De opdracht luidde:

Het entameren en organiseren van debat. Dit moet uitlopen op zowel een onderscheidende en als sociaal-democratisch herkenbare fundamentele plaatsbepaling. Daarnaast moet het concrete voorstellen op het gebied van de inrichting van een nieuw zorgstelsel opleveren. Uitgangspunt daarbij is de wens te komen tot een betaalbaar en toegankelijk stelsel van kwalitatief goede zorg.

In de opdrachtformulering zijn verder nog aanvullende wensen meegegeven voor de aanpak, zoals een goede analyse van de huidige situatie en aandacht voor de relevante dilemma's uit eerdere rapporten, zoals het interne partijrapport van de commissie-De Boer. De projectgroep werd geacht te werken van eind 2003 tot voorjaar 2005, met de mogelijkheid van verlenging.

Wij hebben eerst ruim de tijd genomen om ons als projectgroep op de zorg te oriënteren, zowel binnen de partij als met deskundigen daarbuiten. Het gaat immers om een grote en complexe sector waarvan het belang moeilijk kan worden overschat. In 2003 waren er van de 8.3 miljoen werkenden, 1.1 miljoen werkzaam in de sector zorg en welzijn. De afgelopen twee jaar hebben zij circa 1.5 miljoen klinische opnamen (opnamen van een week of langer) en zo'n 730.000 dagopnamen verzorgd.<sup>1</sup>

De sector zorg en welzijn neemt ook een substantieel deel van de collectieve middelen voor zijn rekening met 42 miljard euro (vergelijk dit met zo'n 20 miljard voor onderwijs).<sup>2</sup>

Het resultaat van onze oriëntatie is onder andere terug te vinden in het eerder verschenen Dagboek Zorg, een verslag van onze bezoeken aan en gesprekken met het zorgveld.<sup>3</sup> Daarnaast hebben we grondig kennisgenomen van de vele rapporten van allerlei deskundigen en kennisinstututen waarin analyses, data en voorstellen voor stelselverandering zijn opgenomen. Uiteindelijk heeft dit erin geresulteerd dat we in september 2004 een 'diagnose' hebben gesteld in het rapport De zorg als zorgenkind: onze diagnose.<sup>4</sup> Dit rapport is in september en oktober binnen de partij bediscussieerd in regionale bijeenkomsten en op het Politiek Forum.

Hierna hebben wij ons geconcentreerd op het formuleren van een langetermijnvisie op gezondheid, zorg en het zorgstelsel in Nederland. Ook in die fase hebben we nog experts geraadpleegd en rapporten bestudeerd. Tevens kwamen in die periode belangrijke voorstellen van het kabinet voor stelselwijziging in de Tweede Kamer aan de orde. Goede afstemming en inspiratie tussen de gedachtenontwikkeling in de commissie en de actuele standpuntbepaling in de Tweede-Kamerfractie hebben daarbij plaatsgevonden.

Dit rapport bevat ons advies aan de partij voor een nieuw gezondheidszorgbeleid. Wij gaan hierover graag met de partij en andere betrokkenen in debat. Wij hopen de PvdA een krachtige bouwsteen

---

1 Ministerie van VWS (2004) Jaarbeeld zorg 2003, p. 32 en Ministerie van Ven W en VROM (2004) Nota Mobiliteit, p. 53.

2 CBS (2004) AZWinfo, Arbeidsrekeningen (werkgelegenheid in zorg en welzijn) Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-2005, Rijksbegroting 2005.

3 Röntgenfoto van de Zorg. Conclusies van het project Dagboek Zorg, Kenniscentrum PvdA 2004

4 De Zorg als zorgenkind: onze diagnose. PvdA september 2004

voor verdere visie- en standpuntbepaling te hebben meegegeven op een zeer cruciaal en complex terrein in onze samenleving.

Namens de projectgroep,

Steven de Waal  
Voorzitter

### **Samenstelling projectgroep**

- Frank Heemskerk, lid PvdA fractie in de Tweede Kamer der Staten-Generaal
- Hugo Keuzenkamp, hoogleraar verzekeringskunde aan de Universiteit van Amsterdam en directeur Zorg bij Delta Lloyd
- Peter van Lieshout, lid WRR met als bijzondere opdracht Verzorgingsstaat, adviseur van de projectgroep
- Kim Putters, lid PvdA fractie in de Eerste Kamer der Staten-Generaal, verbonden aan de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur van de Universiteit van Tilburg
- Teresa Cardoso Ribeiro, bestuurskundige verbonden aan de TSPB van de Universiteit van Tilburg, secretaris
- Erik Sloot, voorzitter van de raad van bestuur van het Flevoziekenhuis te Almere en voorzitter van de PvdA werkgroep 'Patiënt Centraal'
- Jose Smits, lid van de PvdA fractie in de Tweede Kamer der Staten-Generaal
- Steven de Waal, lid van het partijbestuur en senior associated partner voor Boer&Croon en bestuurder van de Public SPACE Foundation, voorzitter van de projectgroep

## **Samenvatting**

In veel opzichten heeft Nederland een goede gezondheidszorg met professionals die dagelijks een grote inzet plegen. Maar veel gaat ook niet goed. Deze zorgen zijn door de projectgroep geanalyseerd en verwoord in het rapport 'De zorg als zorgenkind: onze diagnose' (september 2004). We concludeerden daar dat de problemen zodanig zijn dat de PvdA moet blijven inzetten op een fundamentele stelselverandering. Niet alleen van de zorgverzekeringen maar ook van het zorgaanbod en de aansturing hiervan. Het zorgstelsel vertoont nu al stevige scheuren en is niet voldoende bestand tegen vergrijzing, medische innovatie, internationalisatie en kostenverhoging. Daar komt bij dat ook door anderen indringende en fundamentele plannen worden gepresenteerd om het zorgstelsel te veranderen. Ook daarom dient de PvdA een eigen heldere lijn te formuleren. De projectgroep heeft keuzen gemaakt, vanuit een lange termijn perspectief. In het rapport worden deze uitvoerig beschreven en onderbouwd. In deze samenvatting zijn de belangrijkste eruit gelicht.

### **Gerichte en krachtige aanpak gezondheidsverschillen tussen arm en rijk**

Nog steeds is degene die laagbetaald werk heeft of werkloos is en in achterstandswijken woont, eerder en meer ziek in zijn leven en gaat gemiddeld veel eerder dood. We willen hiervoor meer aandacht, middelen en vooral sterkere organisaties, zoals de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD), om deze gezondheidsverschillen te verkleinen.

### **Preventie: verbetering van leefstijl als individuele basis voor collectieve zorg**

Voorkomen is beter dan genezen. Er moet meer gedaan worden aan preventie. Soms helpt voorlichting. Soms dwang, zoals bij

anti-rookmaatregelen. Wij willen meer stimuleren dat mensen gezonder gaan eten en meer bewegen. De verplichte gym- en zwemlessen moeten terugkomen op school. Zorgverzekeraars gaan ten minste 1% van hun budget aan preventie besteden. Ook via beprijzen dient de overheid gezond eten te stimuleren en ongezond eten af te remmen.

### **Emancipatie: de patiënt centraal**

De patiënt heeft nog steeds niet genoeg te vertellen. We zijn in de zorg nog te veel afhankelijk van autoriteiten, die wel weten wat goed voor ons is. De PvdA wil de patiënt emanciperen. Dit betekent dat patiënten en verzekerden meer macht en kennis nodig hebben. Daarom willen wij een sterrensysteem (een soort Michelin-gids) voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast moeten instellingen ook meewerken aan een burgerhandvest. Hierin staat duidelijk wat een patiënt mag verwachten en waar je terecht kunt met klachten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijft cruciaal. Want niet iedere burger kan of wil keuzes maken. Strenge inspectie zorgt ervoor dat wat beschikbaar is, van fatsoenlijke kwaliteit moet zijn.

### **Eenvoud in verzekering: twee compartimenten.**

We willen kappen in het oerwoud van loketten en procedures. Alle zorg kan verzekerd worden via nog maar twee compartimenten: de basisverzekering voor de curatieve zorg (inclusief de daarmee samenhangende delen van de huidige AWBZ) en een (nieuwe) Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie voor de langdurige verpleging en verzorging (care), waarin de overige bestaande zorgwetten (restant AWBZ, WVG, Welzijnswet) zoveel mogelijk zullen opgaan.

### **Alleen echte zorg verzekerd**

Deze resterende twee nationale verzekeringen omvatten alleen de echte zorg, van cure tot care. Niet-directe zorg die nu met name nog in de AWBZ is opgenomen, zoals begeleiding, activering, aangepast wonen, aanvullende voeding, gaan er uit en wor-

den onderdeel van gemeentelijk beleid. Dergelijke voorzieningen dienen beschikbaar te zijn, maar de eisen, inrichting en mate van eigen bijdragen zijn lokaal beleid. Voor de lagere inkomens blijft financiële ondersteuning van kracht. Om dezelfde reden moet de basis-tandartszorg terug in het collectief pakket.

### **In de goede volgorde aandacht voor kostenbeheersing**

Eerst preventie, dan doelmatigheid en soberheid, dan consumentenprikkels, zoals verplichte vormen van eigen bijdragen en dan pas pakketkeuzen. Per saldo zijn collectieve arrangementen door de schaalgrootte soms ook goedkoper. We willen ook dat formele rechten sober worden toegewezen. Professionals en verzekeraars moeten hierin samenwerken. De belangrijke rol van de onafhankelijke huisarts als poortwachter en doorverwijzer in de zorg dient versterkt te worden.

### **Een publiekrechtelijke en inkomensafhankelijke basisverzekering**

We zijn voor een basisverzekering, waarin ziekenfonds en particuliere verzekering opgaan. Wij willen een inkomenssolidaire premie, voor de care zelfs een verbreding van de premie grondslag over het gehele inkomen. Wij kiezen voor Nederlandse regie en beheerste fasering door het geheel publiekrechtelijk te willen verankeren. Het kunstmatig uiteenrafelen van nominale premie en inkomens toeslag vinden we onnodig, kostbaar, fraudegevoelig en te onzeker voor de kwetsbaren in de samenleving.

### **Bijbetalen: alleen als het doelmatig, voorspelbaar en 'luxe' is**

Wij zien weinig in verplichte eigen bijdragen als middel om de vraag naar curatieve zorg te beheersen. Als eigen levenskeuzen (leefstijl) een grote rol spelen in de vraag naar zorg, dient de mogelijkheid, of soms zelfs verplichting, te bestaan om bij te betalen. Dit speelt vooral in de care. Tegelijkertijd dient er meer ruimte te komen voor vrijwillig bijbetalen voor 'luxer' wonen, eten en ontspanning binnen de zorg. Wij willen dat de basisvergoeding behouden blijft als dergelijke meerkosten voor eigen rekening zijn.

### **Sparen voor aanvullende zorg op de oude dag**

Wij willen het individuele vooruitzien voor de aanvullende voorzieningen van de oude dag stimuleren en pleiten daarom voor een spaarfaciliteit voor ouderdomszorg die fiscaal gunstig wordt ingericht.

### **Heldere keuzen in de uitvoering**

Ook de uitvoering moet glashelder zijn. In de basisverzekering zijn dat de zorgverzekeraars. Zij krijgen een zorgplicht en een plicht voldoende aanbod in een regio in stand te houden. Zij werken op een gereguleerde markt en voeren onderhandelingen met ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben een leverplicht. Voor de care zijn gemeenten eindverantwoordelijk. Zij krijgen ook toenemend budgetten en bevoegdheden. De huidige zorgkantoren en RIO's worden afgeschaft. Gemeenten voeren de regie uit zonder zelf zorg te gaan leveren, maar in partnerschap met maatschappelijke ondernemingen.

### **Minder mistige marktwerking**

Marktwerking heeft in de curatieve zorg met name kansen in de electieve zorg. Verdere stappen bovenop de huidige 10% marktwerking (of vrije prijsvorming) in curatieve zorg willen we alleen als er aan heldere voorwaarden is voldaan. Voor acute en topklinische zorg en opleidingen zien we geen ruimte voor deze vorm van marktwerking. Het publiek eigendom van cruciale infrastructuur moet gewaarborgd zijn. De ontwikkeling ervan mag wel meer via publiek private constructies. Winstuitkering aan derden is in een beperkt aantal gevallen toegestaan. Voor de care denken we dat onderdelen van de thuiszorg en de chronische zorg zich voor marktwerking zouden kunnen lenen. Daar dient het instrument van de PGB behouden te blijven.

### **Omwenteling in de care; de instellingen de wijk in en lokale samenhang**

We willen de gehele verpleging en verzorging veel meer stimuleren te integreren in de samenleving. Dat vergt lokaal maatwerk.

Daarnaast is er veel samenhang met wonen, vervoer, welzijn. Dat zijn redenen dat gemeenten meer te zeggen moeten krijgen over deze vorm van gezondheidszorg.

### **Zorgprestaties verbeteren door moderne aanbodsturing en maatschappelijk ondernemen**

Marktwerking is niet de enige manier om instellingen beter te laten presteren. Nederland beschikt over volwassen non-profit organisaties waarmee de overheid goede partnerschappen kan aangaan, mits verankerd in een stelsel dat dynamiek bevordert en kwaliteit bewaakt. Presteert een innovatieve zorginstelling beter dan de norm, dan mag die een deel van het geld houden. Instellingen die minder presteren moeten voortdurend aangepakt worden. Met flexibele contracten kan falend management naar huis gestuurd worden. Raden van Toezicht kunnen onder curatele worden gesteld.

### **Professionals centraal**

Werken in de zorgsector dient aantrekkelijk te zijn. De professionals, van verpleegkundigen tot medisch specialisten, moeten meer ruimte en vertrouwen krijgen, in aansluiting op de instellingen. Wij willen de status en relatieve beloning voor de 'handen aan het bed' verhogen. Regels ten aanzien van doorstroming, taakverschuiving en flexibiliteit tussen verschillende beroepen moeten worden afgeschaft of verruimd.

### **Toezicht moet zich ook bewijzen**

Toezicht en verantwoording van resultaten achteraf worden belangrijker. Ook de toezichthouders worden gehouden aan strenge prestatie-eisen en het aantal toezichthouders wordt verminderd.

Ten slotte introduceren wij een nieuwe toezichtregel: bij conflicterend toezicht gaat toezicht op kwaliteit altijd voor.

# 1. Preventie: zorg voor een gezond leven

Mensen verdienen kansen. Kansen om het beste uit zichzelf naar boven te halen. Maar uitgangsposities zijn ongelijk en de risico's zijn voor veel burgers te groot om individueel te dragen. Naast kansen hebben mensen daarom ook recht op zekerheid. Bijvoorbeeld op de zekerheid dat essentiële voorzieningen voor iedereen beschikbaar en toegankelijk zijn.

Dit zijn de uitgangspunten van het nieuwe beginselprogramma van de PvdA<sup>5</sup> en van onze visie op gezondheidszorg. In deze visie gaan we in op de kansen op een gezond bestaan. Die kansen zijn niet gelijk verdeeld. En niet alle burgers zijn even goed in staat om het beste voor hun eigen gezondheid naar boven te halen. Zorg voor een gezond leven – dat is de zorg van de PvdA.

Waarom is gezondheid zo belangrijk? Een haast overbodige vraag. Een goede gezondheid wordt immers gezien als de belangrijkste bron van levensgeluk en welzijn. Verlies ervan wordt door een substantieel deel van de bevolking als een bron van zorgen ervaren. Zo is het aandeel in de bevolking dat zich over het behoud van zijn gezondheid zorgen maakt gestegen van 35% in 1991 tot 47,5% in 2002.<sup>6</sup> Een gezonde bevolking is in staat grootse prestaties te verrichten. 'Health creates wealth', zeggen ze overzee. Bovendien is de gezondheid van de ene burger goed voor de gezondheid van de ander. Omgekeerd: ongezondheid is besmettelijk. Investeren in gezondheid is daarom ook een maatschappelijk belang.

Waarom is gezondheid zo belangrijk? Overbodig als de vraag klinken mag, toch is er nog een andere reden waarom het goed is deze te stellen. Want al zeggen burgers massaal dat er niets boven een goede gezondheid gaat, toch gedragen velen zich zo dat diezelfde zo gekoesterde gezondheid in het gedrang komt.

Verslavingen, slecht eten, weinig bewegen, blijkbaar zijn er belemmeringen voor veel mensen om te doen wat ze eigenlijk willen doen of om na te laten wat eigenlijk slecht is.

## 1.1 Voorkomen in plaats van genezen

Het debat over onze gezondheidszorg gaat al snel over dokteren en verzorgen. Het zou beter zijn wanneer dokters en verzorgers helemaal niet aan onze gezondheid te pas hoeven te komen. Voorkomen is beter dan genezen.

Preventie levert een doorslaggevende bijdrage aan een gezond leven. Maar preventie is lastig te promoten. Zo zijn de kosten van preventie helaas veel beter zichtbaar dan de baten. En ook heeft preventief beleid vaak een bemoeizuchtig trekje. Vaccinatie doen we niet alleen voor onszelf, maar ook om te voorkomen dat personen een risico voor de omgeving vormen.

In de negentiende en twintigste eeuw was preventiebeleid vooral gericht op collectieve voorzieningen. Denk aan de komst van rio-lering en schoon drinkwater; de belangrijkste bronnen van betere gezondheid rond 1900. En denk aan het grootschalige vaccinatiebeleid, waardoor een aantal ziekten bij ons vandaag geen rol meer speelt. Deze maatschappelijke verbeteringen zijn vooral door gemeenschapsdenken en wettelijke maatregelen tot stand gekomen. Preventie komt er dus niet vanzelf en ook niet via de markt. De PvdA en haar voorlopers hadden daarin een grote rol.

Het grote verschil tussen nu en de vorige preventiegolf is dat preventie toen veel meer een gemeenschapszaak was. Vandaag moet preventief beleid veel meer op het leefgedrag van individuen gericht worden. Ongezond leven wordt helaas steeds meer het kenmerk van een moderne leefstijl. Deze leefstijl staat niet los van

<sup>5</sup> Beginselmanifest januari 2005, p.1.

<sup>6</sup> SCP (2003) De sociale staat van Nederland, p. 301.



de manier waarop we over de samenleving denken. Leefstijl is geen individuele keuze waarmee politiek en gemeenschap niks te maken hebben, want het is zeker ook een maatschappelijk verschijnsel. Ongezond leven is een groeiend maatschappelijk probleem. Slecht eten, roken, veel drinken en weinig bewegen, dit gedrag draagt bij aan een slechte gezondheid. En juist bij sociaal zwakkere groepen komt dit relatief meer voor. De consumptie-maatschappij is van grote invloed. Het bevorderen van een gezonde leefstijl heeft voor de emancipatiepartij die de PvdA is dan ook de hoogste prioriteit.

Het nut van preventie wordt breed met de mond beleden. In de praktijk komt er echter veel minder van terecht dan we willen of pretenderen.<sup>7</sup> Het wordt tijd om de vrijblijvende waardering voor beter preventief beleid om te zetten in daden die passen bij de moderne samenleving. Er dient dus een nieuwe, krachtige wind te waaien. Meer geld levert de oplossing niet. Om van preventiebeleid weer prioriteit te maken, zijn verschillende vernieuwingen nodig. Die vernieuwingen raken burgers en professionals, de (lokale) overheid en zorgverzekeraars.

## 1.2 Burgers en professionals bevorderen goed gedrag

Burgers en professionals (dokters) kunnen op drie manieren beter met preventie omgaan. Ten eerste door gezond gedrag te bevorderen. Ten tweede door diagnostiek sneller en gemakkelijker te maken en burgers meer bij hun eigen gezondheidsbeeld te betrekken. En ten derde door zelfredzaamheid te vergroten. Daarnaast is preventie gebaat bij zorgvoorzieningen die zo dicht mogelijk bij de burger staan.

<sup>7</sup> Zie ook ons eerder verschenen rapport "De zorg als zorgkind: onze diagnose."

### Enkele preventiecijfers

Het aantal astmagevallen is van alle ziekten het sterkst gestegen. Vooral het aantal kinderen met astma neemt toe. Deze stijging wordt wereldwijd waargenomen, vooral in welvarende landen. Er zijn sterke aanwijzingen dat de oorzaken van de stijging gezocht moeten worden in de westerse leefstijl: moeders die roken tijdens de zwangerschap, vaccinatie van kinderen, toegenomen antibioticagebruik, veranderende voedingsgewoontes en toegenomen overgewicht. Meer onderzoek is nodig om preventief te kunnen ingrijpen.

Naast de noodzaak om meer inzicht te krijgen in achtergronden van ziektepatronen, zijn op verschillende terreinen al concreet effecten van preventief ingrijpen waarneembaar. Enkele voorbeelden:

- Een daling van de amputaties onder diabetespatiënten: zo blijkt uit een recent Nederlands onderzoek naar complicaties aan de voeten dat het aantal nieuwe gevallen van amputaties onder diabetespatiënten in de periode 1991-2000 met 36 tot 38% is afgenomen.
- Succes bij voorkomen van griep. Influenzavaccinatie is kosteneffectief: de grieprik voorkomt tijdens een griepperiode bij volwassenen gemiddeld 53% van alle sterfte en 48% van de ziekenhuisopnames vanwege griep, longontsteking, acute long- en hartziekten en beroertes. De medische kosten per gewonnen levensjaar liggen tussen de 592 euro voor volwassenen van 18 tot 64 jaar met een hoog risico, tot 1.427 euro voor de groep ouderen met hoog risico. Wanneer een interventie per gewonnen levensjaar minder dan 20.000 euro per gewonnen levensjaar kost, geldt een interventie als kosteneffectief.
- Bestrijding van hypothyreoïdie (traagwerkende schildklier). Verrijking van (brood)zout met jodium: dit heeft ertoe geleid dat hypothyreoïdie door jodiumgebrek in Nederland verleden tijd is. Dit is vooral onderzocht onder schoolkinderen. Aangenomen mag worden dat daarmee ook de aangeboren vorm van hypothyreoïdie door jodiumgebrek niet meer voorkomt.

## Gezond gedrag

Standaard voorlichtingsprogramma's, zoals Postbus 51, hebben weinig effect op slecht leefgedrag – zelfs de heftige tekst op pakjes sigaretten is niet afschrikwekkend genoeg. Er zijn andere methoden om mensen bewuster van hun leefstijl te maken en het gevolg ervan voor hun gezondheid. Sommige maatregelen maken ongezond leven bijvoorbeeld onbereikbaar of onplezierig, zoals heffingen op alcohol en tabak die de individuele vraag naar deze ongezonde producten remmen. Zeker zo belangrijk is het verkoopverbod van schadelijke zaken aan minderjarigen. Ook het rookverbod in openbare ruimten en op werkplekken blijkt zeer effectief. Deze maatregelen maken duidelijk dat individuele leefstijl ook een gemeenschapszaak is. Daarvoor blijken mensen gevoeliger dan voor waarschuwingen op pakjes sigaretten. Dat patat en zoetwaren vanzelfsprekend geworden zijn in sportruimtes, zwembaden en zelfs schoolkantines, is een kwalijke (maar logische) maatschappelijke ontwikkeling. Sportclubs zijn zelfs vaak financieel afhankelijk van de consumptie van ongezonde zaken. Dat moet veranderen. Wij pleiten ervoor om sport toegankelijk te houden voor iedereen, waar nodig met subsidies en niet via de winstmarge op de frituur. In dat kader willen we ook weer de verplichte gym- en zwemlessen terug op school. Gezonde consumptie moet in het maatschappelijke leven weer de norm worden. In navolging van het tabaksbeleid zouden we willen pleiten voor een opeenvolgende reeks maatregelen: duidelijke waarschuwingen op verkeerd voedsel, convenanten met de voedselindustrie, meer zichtbare en toegankelijke (lichte) sportfaciliteiten, vooral in achterstandswijken (trap-, basket- en tennisveldjes). Ook via beprijzen dient de overheid gezond eten te stimuleren en ongezond eten af te remmen.

## Snelle diagnostiek

Van heel andere orde in de preventie zijn vroegdiagnostiek en zelfdiagnostiek, op basis van moderne medische inzichten. Dit zijn belangrijke instrumenten die ook goed kunnen passen bij de hedendaagse burger die bezorgd is over zijn/haar gezondheid, maar (nog) geen patiënt is. Bij vroegdiagnostiek vult een burger

een vragenlijst over leefstijl en persoonskenmerken in, die wordt gevolgd door een bloed- en urinetest. Op basis hiervan wordt een risicoprofiel opgesteld, waardoor het op een zinvolle manier mogelijk wordt in een heel vroeg stadium (niet pas als er klachten zijn) gericht onderzoek naar bijvoorbeeld kanker of diabetes (suikerziekte) uit te voeren. Bij zelfdiagnostiek voert iemand zelf (onderdelen) van een diagnose uit, bijvoorbeeld door met een handig apparaatje periodiek de bloedwaarden te testen en deze gegevens in een computer (verbonden aan Internet) in te voeren. Hierdoor kan bijvoorbeeld de gang naar de trombosediens sterk teruglopen.

Door gebruik te maken van moderne informatietechnologieën, krijgen zowel burger als huisarts een goed beeld van de relatie tussen leefstijl en gezondheidstoestand. Dit (letterlijke) beeld dat uit elektronische medische dossiers gehaald kan worden, maakt mensen bewuster en meer betrokken. Mensen zien de veranderingen in gedrag, en het effect op gezondheidsrisico's of zelfs levensverwachting. Dokters kunnen energie steken in preventie en gezondheids promotie, en zelfs op leefstijlbegeleiding beoordeeld worden.

### Over het gezondheidsprofiel van de patiënt

*'Met deze vragenlijsten bereik je meer: naast het gezondheidsprofiel van de patiënt brengen ze ook zijn risicofactoren boven water, iets waar een arts in een paar minuten spreekuur niet aan toe komt om te vragen. Artsen zullen dan misschien geen pillen voorschrijven maar de patiënt adviseren een maand een dagboek bij te houden, driemaal daags fruit te eten, een anti-rookvideo te kijken en een uur te fitnesssen. De dokter kan dan aan de hand van de grafiek op het computerscherm beoordelen of de patiënt zich daadwerkelijk aan dit recept heeft gehouden, wat helpt en in welke mate. En de patiënt kan meekijken: elke verbetering of verslechtering wordt zichtbaar, evenals de oorzaken ervan. De patiënt ziet hoe hij zijn gezondheid door eigen gedrag kan sturen. Dat maakt meer indruk dan alle waarschuwingen van de arts (Eddie Price, arts te Australië, aangehaald in Zorgaanzet).*

## Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid is de derde manier waarmee in een nieuw samenspel tussen dokter en patiënt, gezond gedrag bevorderd kan worden. Hier bestaan al verschillende initiatieven, vooral bij chronische aandoeningen zoals diabetes en trombose. Veel mensen zijn bij zulke aandoeningen nu afhankelijk van (zeer) regelmatig doktersbezoek. Het is echter mogelijk om patiënten zelf het heft in handen te geven, dankzij nieuwe technische middelen. Dit vergroot het welzijn van burgers aanzienlijk, leidt tot een beter inzicht in de therapie (en daardoor tot grotere trouw daaraan) en voorkomt latere gezondheidsschade. In veel gevallen stuit zelfredzaamheid op weerstand van zorgaanbieders. Om zulke initiatieven te laten werken, moet de cultuur bij professionals dus veranderen. In opleiding en nascholing moeten dokters niet alleen geleerd worden om te dokteren, maar juist ook om medische taken aan anderen over te laten - waar mogelijk aan burgers zelf. Medische problemen hoeven zeker niet altijd in een medisch circuit te blijven. Patiëntengroepen kunnen hierin een goede stimulerende rol vervullen: emancipatie van de zorgvrager draagt bij aan demedicalisering.

## Dokters en wijkverpleging

Om preventie bij de burger te brengen, moeten zorgvoorzieningen worden gebruikt die zo dicht mogelijk bij de burger staan en laagdrempelig zijn, nog voordat de huisarts er aan te pas komt en iemand officieel patiënt is. Dan komen we vanzelf bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en de consultatiebureau. Ook hier pleiten we voor een vernieuwende en krachtige aanpak voor preventie. Organisatorisch moet de verantwoordelijkheidsverdeling helder zijn. De regie over preventie en volksgezondheid moet we leggen bij de GGD. Belangrijk is dat deze regie gevoerd kan worden met organisatorische bevoegdheden. Een mogelijkheid daarbij is het om consultatiebureaus als voorpost in vroegtijdige onderkenning bij de GGD onder te brengen. GGD-en moeten verder gerichte campagnes via huisartsen en thuiszorg kunnen organiseren, en informatie vergaren - desnoods met ver-

plichtingen om informatie over ziekten (anoniem) aan te leveren. Het netwerk van de GGD op het gebied van schoolartsen en vaccinaties is hierbij cruciaal. Om beter te zien wat GGD-en op het gebied van preventie doen, worden ze dan met regelmaat met elkaar vergeleken. Jaarlijks wordt een GGD met het beste preventiebeleid uitgekozen, en deze GGD krijgt een extra budget waarmee andere GGD-en ondersteund kunnen worden in het ontwikkelen van hun preventietaak. Er bestaan al specifieke preventiemogelijkheden, zoals het project Slimkids van GGD Heerlen bewijst. Dergelijke succesvolle initiatieven zouden sneller overgenomen dienen te worden in andere regio's.

Als het gaat om de verplichte na- en bijscholing van huisartsen, zou preventie meer tekst moeten krijgen dan nu het geval is. In de signalering zou de wijkzuster belangrijk kunnen zijn in het bereiken van moeilijke doelgroepen.<sup>8</sup> Een grote rol is tot slot weggelegd voor het netwerk van patiëntengroepen, die vaak ook lokaal georganiseerd zijn. Daarmee komen we bij de lokale omgeving.

## 1.3 Preventiebeleid beter afstemmen

Preventie is niet alleen een zaak van medici. Vaak heeft de sociale omgeving van mensen effect op het voorkomen (in de beide betekenissen van het woord) van ziekte. Daarom is er ook een rol voor scholen (het gaat hier ten slotte ook om educatie en gedragsverandering), sport- en fitnessclubs, welzijnswerk, maatschappelijke opvang, thuiszorg, en soms zelfs het huurdercontact vanuit woningcorporaties. Lokale overheden hebben invloed, want een betere leefomgeving levert een betere gezondheid op; soms door het voorkomen van ongelukken (een rotonde), soms door het verbeteren van de luchtkwaliteit (snelheids-

<sup>8</sup> De PvdA pleitte hier eerder voor. Tweede Kamer Handelingen 2004-2005, Behandeling van het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaat van het ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2005 (29800 XVI), nr. 13, p. 730-766.

beperking van een snelweg door de stad of door de aanleg van stadsgroen). De kern van beleid en verantwoordelijkheid van gemeenten moet echter liggen in het krachtiger maken van de netwerkpositie van de nieuwe GGD. Verbreding van optiek mag volgens ons niet leiden tot een machteloos gevoel dat ‘alles met alles samenhangt’.

De rijksoverheid voert geen consistent preventiebeleid. Het ministerie van VWS dient een departementoverschrijdende taak te hebben ten aanzien van preventie. Veel preventie van ziekte of zorgkosten is immers gerelateerd aan zaken buiten de zorg, zoals wonen, verkeer, en (veiligheid op het) werk. Binnen de rijksoverheid zou op deze terreinen een veel krachtiger aansturing moeten plaatsvinden.

#### 1.4 Verzekeraars: meer preventie en meer verantwoording

Verzekeraars zouden een geormerkt budget voor preventie-maatregelen moeten ontvangen. Er zijn vele voorbeelden in de zorg waar een centrale regie sterk preventief kan helpen, bijvoorbeeld bij diabetes. Zowel door vroegdiagnostiek (brede ‘prik’-campagnes) als door adequate opvolging in de keten valt veel ellende voor de mensen te besparen. Op dit moment worden soms zelfs amputaties verricht die niet nodig waren geweest bij vroegtijdige onderkenning van suikerziekte. Dit budget, vastgesteld op 1 % van de uitgaven aan curatieve zorg<sup>9</sup>, zou afkomstig kunnen zijn uit een nieuw te vormen ‘preventiefonds’. Dit fonds wordt dan gevoed uit de algemene middelen, bijdragen van de zorgverzekeraars en heffingen op ongezonde zaken, zoals al bestaande (alcohol en tabak). De besteding van verzekeraars aan preventie wordt vervolgens apart verantwoord. Omdat sturen op output in dit geval lastig is, wordt in overleg met wetenschap en

<sup>9</sup> Dat wil zeggen het budget voor de zorgverzekeringwet.

beroepsgroepen een nieuw systeem van maatstaven ontwikkeld. Doet een verzekeraar op grond van de maatstaven onvoldoende aan preventie, dan wordt zijn preventiebudget verminderd. Verder kunnen verzekeraars signaleren dat bepaalde preventieprogramma’s wel of niet werken. Periodieke rapportage over kosten en baten van specifieke preventie-maatregelen worden niet als bedrijfsgeheim binnenshuis gehouden, maar openbaar gemaakt.

### Samenvatting Hoofdstuk 1 Preventie: Zorg voor een gezond leven

**De PvdA geeft prioriteit aan preventie in de zorg. De sociaal-economische verschillen in de zorg willen we aanpakken.**

**Wij doen dat door:**

- a. **Burgers** bewuster te maken van leefstijl en ongezond leven van een individuele naar een maatschappelijke kwestie op te tillen door:
  - een verbod of ontmoediging van ongezonde waar in school- en bedrijfskantine en sportgelegenheden in te stellen (‘uit het zicht’- beleid);
  - convenanten met de voedselindustrie tot vermindering van de ongezondheid van bepaald voedsel, zoals snacks e.d.;
  - een beleid te voeren waardoor sportgelegenheden niet te afhankelijk zijn van inkomsten uit ongezonde waar;
  - invoering van een reeks maatregelen zoals bij tabak: waarschuwingen en vermindering van de verleiding;
  - stimuleren van zichtbare laagdrempelige sportfaciliteiten (trap-, basket- en tennisveldjes), vooral in achterstandswijken;
  - terug naar de verplichte zwem- en gymlessen op school;
  - onderzoek te doen naar vormen van beprijzen van voedsel;

- stimulering van vroegdiagnostiek en zelfhulp, ook door dokters en verpleging;
  - signalering van ongezond gedrag: vroegtijdiger, professioneler;
  - vergroting van zelfredzaamheid en daarmee betrokkenheid van burgers (gesteund door patiëntenverenigingen) bij hun eigen gezondheid.
- b. **Professionals** in opleiding en nascholing veel meer aandacht laten geven aan preventie en de zelfredzaamheid van burgers te versterken.
- c. De **overheid** op verschillende niveaus weer een regierol op het gebied van preventie te geven:
- gemeenten registreren, in het bijzonder met de GGD, preventieve activiteiten van huisartsen, wijkzusters, thuiszorgers, en monitoren zaken waar de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt vooral ook inzake kwetsbare wijken en kwetsbare doelgroepen; juist ook als overheidsdienst kan hier beter met de gevoeligheden voor privacy worden omgegaan;
  - als organisatorische maatregelen nodig zijn, zoals de invoering van consultatiebureaus in de GGD, dan mag dit niet langer een taboe zijn. Preventie moet dwars door verkokering heen gaan. Die bredere blik op preventie wordt van alle partijen gevraagd, ook buiten de klassieke zorgsector, zoals scholen en woningcorporaties;
  - op rijksniveau kijkt het ministerie van VWS over de eigen schutting en toetst beleid van andere departementen op de gevolgen voor volksgezondheid;
  - een nader onderzoek naar de beste fiscale maatregelen rond gezond voedsel en bewegen.
- d. **Verzekeraars** actiever te maken voor preventie door:
- de vorming van een preventiefonds: 1 % van het zorgverzekeringbudget wordt geoormerkt voor preventieve maatregelen. Verzekeraars moeten verantwoording afleggen over de besteding van dit budget;

- monitoren en publiekelijke rapportage en waardering (preventie prijs) van preventieactiviteiten.
- e. Resultaatsverplichtingen afspreken; monitoren en toetsing; GGD-en met elkaar vergelijken en de beste voorbeelden belonen.

## 2. Emancipatie: de patiënt centraal

De PvdA is van oudsher een emancipatiebeweging. Op veel fronten hebben we daarmee grote successen geboekt. In de zorg is emancipatie nog een onderbelicht verschijnsel. De zorg voor een gezond leven is nog te veel een zaak van autoriteiten. Dat moet veranderen, want gezondheid is te belangrijk om alleen aan zorgverleners en overheid over te laten. De gezondheid van de bevolking is afgelopen eeuw weliswaar spectaculair verbeterd, maar blijft toch nog structureel sociaal-economisch scheef verdeeld.

Wij stellen het ideaal van emancipatie voorop. Tegelijk beseffen we dat in de gezondheid lang niet iedereen dat ideaal al heeft bereikt. De 'mondige patiënt' wordt steeds zichtbaarder en hoorbaarder, maar niet iedereen is dat. Sterker nog, juist in de zorg zijn er tal van situaties waar afhankelijkheid, zelfs hulpeloos ontzag, het wint van mondigheid. Zorgaanbieders moeten ruimte krijgen om goed met de verschillen tussen patiënten om te kunnen gaan. Emancipatie van de zorgvrager vraagt om een andere cultuur van zorgaanbieders. Zij moeten meer verantwoordelijkheid krijgen – en tevens een betere verantwoording afleggen. Ook dat is emancipatie.

Voor zorgaanbieders moet meer ruimte voor handelen komen. Tegelijkertijd moet de koesterende warme deken van overheidsbescherming worden weggetrokken. Machtige belangengroepen houden de zorg in een wurggreep. Regelgeving, ooit met de beste bedoelingen geïntroduceerd, krijgt een eigen dynamiek en wordt vaak door deelbelangen in stand gehouden. Weinig sectoren zijn zo goed in koepelorganisaties georganiseerd als de zorg. Regelgeving en gevestigde belangen maken de zorg star en het werk in de sector onaantrekkelijk. De PvdA is er echter niet om zieltoegende instellingen en hinderende belangenorganisaties te

dienen, maar kiest partij voor de zorgvragers, verzekerden, patiënten of hun naasten.

Macht vraagt om tegenmacht, stelt ons beginselprogramma. In de gezondheidszorg, waar afhankelijkheid onvermijdelijk is, is dat bij uitstek aan de orde. De macht van zorgaanbieders, de macht van zorgbemiddelaars, verzekeraars en regelgevers, dit alles vraagt om tegenmacht van burgers. En dat zijn soms patiënten, dan weer consumenten of verzekerden. Tegenmacht is noodzakelijk om de kansen op een gezond bestaan voor een bredere groep burgers te vergroten. Gebrek aan geld, kennis of goede relaties mogen geen reden zijn voor een slechtere toegang tot gezondheid.

Een belangrijk instrument dat hiervoor nodig is, is de introductie van een elektronisch patiëntendossier, dat ook is in te zien en aan te vullen is door de patiënt zelf. Het minste dat toch transparant mag zijn voor de patiënt is de informatie die 'het zorgsysteem' opslaat over hem of haar. Tevens kan dit voorkomen dat dubbelmedicaties optreden. Het kan er ook voor zorgen dat nog niet vermelde behandelingen tijdig door de patiënt gesignaleerd kunnen worden. Wij denken dat dit in enkele jaren gerealiseerd moet zijn en de prioriteit van het ICT beleid in de zorg zou moeten zijn.

Toch ontkomen we er niet aan: in het complexe en professionele veld van de zorg en zorgverzekeringen heeft iedere burger en patiënt behoefte aan partijen die zijn of haar belang mee behartigen, ook voor de langere termijn. Er zijn veel 'zaakwaarnemers' actief, zich opwerpend voor 'het belang van de patiënt'. Dat geldt voor patiëntenverenigingen uiteraard, maar ook voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast roepen beroepsgroepen en politiek om het hardst dat ze namens de patiënt willen optreden en diens belangen willen behartigen. Ook de PvdA ontkomt er niet aan zich sterk te maken voor een of andere vorm van zaakwaarnemerschap. Want de patiënt is vaak kwetsbaar, niet of slecht geïnformeerd, onbekend met het systeem, en daardoor onzeker. Deze

patiënt moet dus geholpen en bijgestaan worden in moeilijke keuzen. Er wordt als mogelijkheid geopperd de onzekerheid van de patiënt dan maar weg te nemen door diens keuzevrijheid en invloed te verminderen. Dat riekt teveel naar overheidsbetsutelling, dus dat vinden wij niet het juiste sociaal-democratische antwoord.

In concrete kwesties, zowel zorgverzekering als zorgaanbod, is er nog steeds een groeiende behoefte aan goed geïnformeerde en duidelijk gestructureerde keuzen. Niet als plicht tot kiezen en participeren, maar als recht op een volwassen omgang en relatie. De burger wil vooral betrokkenheid kunnen tonen en invloed op de dagelijkse gang van zaken in de care (verpleging en verzorging), ook omdat daar vaak een permanent verblijf aan de orde is. En de burger wil vooral eerlijke en duidelijke antwoorden op vragen in de cure (behandeling en genezing). Vanuit de zekerheid dat als dat antwoord niet bevredigend is, er vanuit het eigen 'klantenbelang' ook daadwerkelijk kan worden gehandeld, desnoods door naar een ander te gaan (bijvoorbeeld: recht op second opinion). Op verschillende plaatsen kiezen wij hierna daarom ook voor bepaalde zaakwaarnemers, met vertrouwen waar het bewezen democratische constructies zijn (gemeenten) of waar het historisch bewijs en de non-profitconstructie dit waarborgen (maatschappelijke ondernemingen in de care). Op andere plaatsen kan marktconcurrentie met streng toezicht voor voldoende tegenmacht zorgen bij bijvoorbeeld zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Binnen het zorgaanbod houden we een pleidooi voor versterking van de positie van de zorgprofessional, als de ultieme vorm van bewezen zaakwaarnemerschap en waarbij iedere patiënt uiteindelijk het meeste baat heeft, voldoende geëmancipeerd of niet.

## 2.1 Informatie geeft (tegen)macht

Tegenmacht begint met informatie. De warrige en onvolledige kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen, verzorging- en verpleeg-

huizen wordt binnen drie jaar vervangen door een publiek toegankelijk en begrijpelijk sterrenstelsel zoals de Michelingids voor restaurants, zo stellen wij ons voor. Voor ziekenhuizen komt prestatie informatie op behandelgroepniveau (maatschappen van dokters) beschikbaar. Op groepsniveau om tegemoet te komen aan het terechte bezwaar van individuele beroepsbeoefenaren dat ze enige privacy en vrijheid van handelen nodig hebben. Inspectierapporten worden openbaar (in principe ook op groepsniveau). Schriftelijke klachten worden (geanonimiseerd) verplicht volgens een vast format op de website van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gepubliceerd. Informatie over geleverde kwaliteit en service van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet inzichtelijk zijn, zodat patiënten op geïnformeerde wijze kunnen wisselen van verzekeraar.

De informatie van zorgaanbieders willen we onder meer tot recht laten komen in een verplicht burgerhandvest waarin aanbieders in de vorm van patiëntenbeloften of leveringsvoorwaarden precies aangeven wat, op welke manier en in welk tijdsverloop geleverd wordt. Geen instrument van een hele branche of een vaag papier dat een koepelorganisatie heeft opgesteld, maar een door de directie vastgelegde weergave van de concrete beloften tot levering van deze concrete zorgaanbieder waarmee deze individuele patiënt nu te maken heeft en waarop hij of zij recht kan laten gelden. Op grond daarvan kan de cliënt klagen of zelfs naar de rechter stappen om deze omschreven leveringsrechten te krijgen.

In Engeland is zo'n burgerhandvest (citizen's charter) goed ontwikkeld. Het komt erop neer dat iedere zorgaanbieder een duidelijke en leesbare brochure uitgeeft waarin wordt aangegeven welke diensten worden geleverd, welke prestatieafspraken men bereid is aan te gaan met de burger of toekomstige patiënt of bewoner (bijvoorbeeld wachttijden, mogelijkheden van e-mailverkeer, mogelijkheid in een keer alle diagnoses te doorlopen, snelheid waarmee de intake antwoord geeft en andere beslisprocedures) en hoe de werkwijze is als de patiënt constateert dat het

beloofde niet geleverd is. Hierbij wordt natuurlijk aangesloten bij de normale en wettelijk voorgeschreven klachtenprocedure.

De voornaamste reden om dit te bepleiten, is dat hierdoor de instellingsleiding zelf een verklaring afgeeft over wat ze belooft en wat niet, en zich niet kan verschuilen achter algemeen wettelijke of macrofinanciële problemen. Voor de betrokken patiënt, bewoner of gebruiker wordt het veel inzichtelijker of een klacht indienen zin heeft of niet. Het is mogelijk dit instrument juridisch te verankeren door in klachten- en andere procedures uit te gaan van de aanwezigheid van een dergelijk burgerhandvest. Indien dit ontbreekt, wordt de bewijslast dat toch zorgvuldig gehandeld zou zijn voor de betrokken instelling automatisch veel moeilijker.

Dit alles behoeft zeker geen verzwaring van procedures en regeldruk te zijn, aangezien het heel goed in de plaats kan komen van vagere pogingen van dit moment en van verplicht intensief informatieverkeer met allerlei toezichthouders. In plaats van bureaucratisch en 'verticaal' verantwoord, gaan we hiermee naar bevolkingsgericht en 'horizontaal' verantwoord.

## 2.2 Meer keuze in aanbod

Wie geïnformeerd is, kan kiezen. Daarvoor zijn wel keuzemogelijkheden nodig. Er moet dus verscheidenheid in aanbod zijn. En voor degenen die zelf niet goed kunnen of willen kiezen, zijn waarborgen nodig. Om te kiezen, zijn er dus verschillende aanbieders nodig. De enorme concentratie van zorgaanbieders, niet alleen van ziekenhuizen maar ook in de verpleging en thuiszorg, maakt kiezen moeilijk - zo niet onmogelijk. Bij emancipatie past kleinschaligheid. Moderne technieken maken zorg met een menselijke maat ook mogelijk.

Schaalvergroting was de dominante trend. Zo heeft bijna de helft van de Nederlanders (47,1%) in de afgelopen 5 jaar te maken

gehad met een ziekenhuisfusie in de eigen regio. De toelating van zorginstellingen is geliberaliseerd - terecht. Dit leidt ertoe dat kleine nieuwe aanbieders bestaande concentraties kunnen doorbreken. Recentelijk werd nog door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) een onderzoek ingesteld naar de fusieaanvraag van de ziekenhuizen van Hilversum en Gooi-Noord, omdat een fusie een gevaar zou kunnen opleveren van een economische machtspositie.<sup>10</sup> Nieuwe en kleinere aanbieders kunnen pas echt bestaande concentraties doorbreken wanneer de financiering van toetreders niet op een grote achterstand staat ten opzichte van die van bestaande conglomeraten. Zorgfinanciering dient op een eerlijke wijze ('een gelijk speelveld') te worden vormgegeven. Nieuwkomers mogen niet bij aanvang al op een achterstand gezet worden.

Waar grote zorgaanbieders desondanks de markt dichthouden en zorgvragers geen keuze laten, kan zo nodig ruimte voor nieuw aanbod gemaakt worden door een opnamestop op te leggen aan een bestaande dominante zorginstelling. Wij pleiten voor normen die een minimale keuze in thuiszorg en verpleging laat, door per GGD-regio een minimum aantal aanbieders te vereisen. Waar het minimum nog niet gerealiseerd wordt, moet bekeken worden of er via opnamestops of desnoods afgedwongen opsplitsing, keuzemogelijkheden geforceerd moeten worden.

Niet iedere voorziening hoeft lokaal in veelvoud aanwezig te zijn. Het bestaan van twee academische ziekenhuizen in Amsterdam is wat veel. Veel kortdurende (planbare) zorg kan uitstekend op enige afstand van huis worden verkregen. Het huidige ziekenhuisaanbod is wat dit betreft te star: de ruwweg 100 ziekenhuizen in ons land hebben een sterke neiging om ieder van alle markten thuis te willen zijn. Dat leidt tot ondoelmatige zorg en versnippering. Een ziekenhuis waar te sporadisch een bepaalde ingreep

<sup>10</sup> Nivel (2002) Enquête de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een samenwerkingsverband tussen de Consumentenbond en Nivel.



wordt verricht, zou het aanbod moeten verleggen naar behandelingen waar wel medische routine (en dus kwaliteit) opgebouwd kan worden. Het bieden van keuzemogelijkheden betekent dus niet dat alle zorg overal en altijd tot het maximum beschikbaar moet zijn.

Concluderend kan gesteld dat het dus belangrijk is dat de tegenmacht van patiënten en verzekerden wordt georganiseerd. Het begint allemaal met duidelijk omschreven wettelijke rechten op zorg in een helder en verantwoord basispakket. Vervolgens is het van groot belang dat deze rechten ook waargemaakt kunnen worden (beschikbaarheid en objectieve medische procedures) en dat er opgetreden kan worden wanneer dit niet het geval is (burgerhandvest en klachtrecht). Vervolgens bestaat ook nog de belangrijke mogelijkheid dat het stemmen met de voeten (ofwel weglopen naar een andere zorgaanbieder) voor patiënten en verzekerden gemakkelijker en krachtiger wordt. Dit betekent dat verzekerden eenvoudiger van verzekeraar kunnen veranderen. Persoonsgebonden budgetten (PGB's) geven bovendien ook - met name in de care - daadwerkelijk macht aan de zorgvrager.

Als dit allemaal gerealiseerd wordt, is er veel verbeterd in de tegenmacht en de volwassen omgang tussen zorgorganisaties en patiënt en verzekerde. We hebben twijfels of daar bovenop dan nog een standaardvoorschrift moet bestaan voor cliënteninspraak in de vorm van cliëntenraden. Met een pluriformer zorgaanbod is het niet goed een 'one-size-fits-all'-model van cliënteninspraak wettelijk op te leggen. Dat geldt evenzo voor zorgverzekeraars. Wij denken dat dit flexibeler kan en moet. Dit past eveneens binnen ons eigen pleidooi voor vermindering van bureaucratie en regelgeving. Wij stellen dan ook voor deze wettelijke standaard te vervangen door een meer flexibele variant, waarbij de meeste bescherming en dus de hardste voorschriften moeten gelden voor de intramurale carevoorzieningen.

## Samenvatting Hoofdstuk 2

### Emancipatie: de patiënt centraal

**De PvdA kiest voor emancipatie in de zorg. Meer rechten en keuzen voor de (mondige) patient.**

**We doen dat door:**

- a. Informatie voor burgers beschikbaar en wettelijk verplicht te maken. Informatie over:
  - de eigen gezondheid en behandeling. Een gestandaardiseerd elektronisch patiëntendossier wordt binnen vijf jaar landelijk ingevoerd;
  - prestaties en profiel van zorgaanbieders in de vorm van leveringsvoorwaarden;
  - prestaties en profiel van zorgverzekeraars, onder meer door een sterrensysteem zoals de Michelingids voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid neemt de taak op zich dit binnen drie jaar te realiseren.
- b. Burgers recht op keuzen te geven als ultieme vorm van echte tegenmacht. Hiervoor worden verschillende instrumenten versterkt:
  - het persoonsgebonden budget (PGB);
  - de verplichting aan verzekeraars om per zorgfunctie een minimaal aantal aanbieders in een regio te contracteren;
  - normen te hanteren voor de hoeveelheid aanbieders per regio en deze ook af te dwingen daar waar de schaalvergroting nu te ver is doorgevoerd;
  - Indien deze maatregelen allemaal zijn gerealiseerd, kan de wetgeving op het terrein van cliënteninspraak in veel zorgsectoren worden geflexibiliseerd, met als meest strenge de intramurale verpleging en verzorging.
- c. Vast te houden aan welomschreven individuele rechten op zorg.
- d. Een burgerhandvest met daarin opgenomen de leveringsvoorwaarden voor zorgaanbieders verplicht in te voeren en juridische status te geven.

### 3. Geld: voor zorg solidair verzekerd

De PvdA kiest voor solidariteit in de gezondheidszorg. Solidariteit met kwetsbare groepen. Zowel degenen met minder kansen op een lang gezond leven als degenen met weinig financiële mogelijkheden. Iedere burger dient gelijke rechten en dezelfde toegang tot belangrijke medisch noodzakelijke zorg te hebben. Draagvlak voor solidariteit wordt ook sterk bevorderd door duidelijke rechten en de verwachting dat deze uitgeoefend kunnen worden als het nodig is. Door een rechtvaardige aanpak van gezondheidsverschillen. Door de zekerheid dat het stelsel op lange termijn betaalbaar is. Door mogelijkheden op eigen wijze gebruik te kunnen maken van voorzieningen, die daartoe ook op individuele maat toegesneden kunnen worden. Dit betekent tegelijkertijd dat de sociaal-democratie altijd een streng oog dient te hebben voor al datgene dat deze solidariteit dreigt te ondermijnen - van fraude tot ondoelmatigheid, van al te gemakkelijk gebruik tot te hoge beloningen.

Een belangrijke opgave is het verkleinen van de onrechtvaardige verschillen in levensverwachting, gebaseerd op sociaal-economische status. Deze moeten actiever en anders aangepakt worden. De kansen op een gezond leven zijn scheef verdeeld. Er zijn biologische (soms genetische) oorzaken voor deze ongelijkheid, maar ook sociaal-economische, regionale en culturele redenen. De scheefheid in kansen op een gezond leven wordt in ons gezondheidsstelsel nog steeds onvoldoende gecorrigeerd.

De verschillen in levensverwachting zijn nog steeds ook duidelijk te relateren aan de sociaal-economische achtergrond van mensen. Laagopgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld 5 respectievelijk bijna 3 jaar korter dan hoogopgeleiden. Het aantal jaren dat door deze groep in minder goede gezondheid wordt

doorgebracht, is gemiddeld zelfs 12 jaar.<sup>11</sup> En deze verschillen nemen bovendien niet af in de tijd.<sup>12</sup>

Een andere belangrijke verklaring voor deze sociaal-economische gezondheidsverschillen ligt in de individuele leefstijl. Mensen met een lagere opleiding roken en drinken meer, bewegen minder en eten ongezonder. Ze maken ook minder gebruik van preventieve voorzieningen (zoals bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker) en zijn minder goed bereikbaar met voorlichtingscampagnes. Dat sociaal zwakkere groepen een groter beroep zouden doen op zorgvoorzieningen, blijkt een misvatting. Het (relatief goedkope) huisartsbezoek is iets groter, het (dure) specialistenbezoek ligt lager.

Ten slotte speelt ook de leefomgeving (wonen en werken) een belangrijke rol als verklaring voor de gezondheidsverschillen. Welzijn heeft een positieve invloed op gezondheid. Niet alle gezondheidsproblemen vragen dus om een medische oplossing. Gezondheid is daarmee een maatschappelijke kwestie die een maatschappelijke benadering vergt. In het vorige hoofdstuk hebben we daarom al gewezen op het grote belang van preventie, gericht op bevolkingsgroepen die nu nog steeds moeilijk bereikbaar blijken. Maar ook om financiële redenen ligt hier natuurlijk een belangrijke opgave. Er is alle reden kortom, om de solidariteit in de gezondheidszorg te versterken.

#### 3.1 Overzichtelijkheid en rechtszekerheid: naar twee compartimenten

Van zorg verzekerd zijn, vraagt uiteraard om een goed verzekeringsstelsel.

De PvdA heeft al lang gepleit voor de integratie van ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen, met een acceptatie-

<sup>11</sup> Algemene Rekenkamer (2003) Preventieve gezondheidszorg.

<sup>12</sup> RIVM/F. van der Lucht (2002) Sociaal-economische gezondheidsverschillen, in: Nationaal Kompas Volksgezondheid.

plicht en verzekeringsplicht voor alle burgers. Onze belangrijkste argumenten daarvoor zijn stabiel door de jaren heen. We willen af van het ouderwetse onderscheid in ziekenfonds en particulier. We zien grote voordelen door het introduceren van een bredere solidariteit in de premiestelling over de gehele bevolking en werkgevers. Het zal kunnen zorgen voor gemakkelijker mogelijkheden en rechten tot switchen van verzekeraar (met name ook door de acceptatieplicht en de transparante premiestelling van het basispakket). Tenslotte zal het ook kunnen leiden tot meer helderheid qua aansturing en rolverdeling over de gehele sector en het gehele land, ook richting zorgaanbieders. Dat er een basisverzekering voor de gezondheidszorg komt, juichen we dan ook toe. Daarbij is het essentieel dat deze verzekering betaalbaar en breed genoeg is om voor alle burgers toegankelijk en beschikbaar te zijn.

Wij zien echter veel problemen ontstaan bij de manier waarop het kabinet de basisverzekering gaat vormgeven, zowel in de aansturing van het stelsel als in de uitvoering. Een groot nadeel is bovendien dat een aantal maatregelen niet goed te evalueren is, noch terug te draaien, mocht het onverhoopt verkeerd uitpakken. De projectgroep zegt kortom ja tegen de weg naar een basisverzekering, maar nee tegen de huidige invoeringsplannen van dit kabinet.

Wij hebben ook kritiek op het feit dat in de huidige stelselplannen de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) onderbelicht blijft. Dit is onterecht, omdat juist bij AWBZ-zorg de kosten het hardst stijgen en de meest kwetsbare groepen van zorg verzekerd zijn. Door de vergrijzing zal het beroep op de care immers alleen maar verder toenemen. De AWBZ-verzekering dekt nu allerlei vormen van zorg, ondersteuning en hulpmiddelen voor mensen die langdurig op die zorg zijn aangewezen om een menswaardig bestaan te behouden. Het gaat om dure én goedkope vormen van zorg, om intensieve zorg voor demente ouderen in een verpleeghuis, maar ook thuiszorg voor ouderen en ondersteuning in vele variaties voor mensen met verstandelijke handi-

cap. Daarnaast is ook de zorg voor mensen met psychiatrische problemen tot ondersteuning en begeleiding van chronisch zieke patiënten, bijvoorbeeld diabetici, via de AWBZ gefinancierd. Vergeleken met andere Europese landen is de huidige AWBZ-verzekering uniek. Vele vormen van AWBZ-zorg worden in andere Europese landen uit de basisverzekering betaald. De meeste AWBZ-zorg voor bijvoorbeeld ouderen en verstandelijk gehandicapten wordt in andere landen door de lokale overheden georganiseerd en betaald. Ook hierop zal dus een duidelijke en consistente visie moeten worden ontwikkeld.

### **De kabinetsplannen: naar drie onduidelijke compartimenten (basisverzekering, (restant) AWBZ en WMO)**

Het huidige kabinetsbeleid stuurt aan op een stelsel waarin enerzijds een basisverzekering wordt opgebouwd, met name voor de curatieve zorg, anderzijds een decentraal systeem van voorzieningen (en minder van verzekerde rechten) in een Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze zou dan worden uitgevoerd door gemeenten. Op dit moment is de invulling van deze WMO nog slechts zeer beperkt. Tussen deze twee uiterste in resteert dan nog een (uitgeklede) AWBZ waarvan de toekomst tussen die twee bewegingen in nu nog zeer onduidelijk is. Het 'uitkleden' van de AWBZ bestaat uit het verschuiven van curatieve zorg naar de basisverzekering en van ondersteunende zorg die vaak ook meer een welzijns karakter heeft naar de WMO. Per saldo resteert dan een AWBZ voor de zware verpleging en verzorging in tehuizen (intramurale care).

De beweging om AWBZ-zorg die als een zelfstandige behandeling kan worden beschouwd of aansluit bij een behandeling (zoals kortdurende revalidatie, thuiszorg na een operatie en begeleiding van diabetici) onderdeel te maken van de basiszorgverzekering ondersteunen wij. Ook wij vinden het een goede zaak om dergelijke zorg te ontschotten en in een verzekering onder te brengen met andere aanpalende curatieve zorg. Verzekeraars hebben hierdoor immers meer mogelijkheden om samenhang in de geboden

zorg te creëren. Of negatief geformuleerd: kosten die bij behandeling horen, kunnen niet langer makkelijk afgeschoven worden op de AWBZ. De (relatief kostbare) ligduur in ziekenhuizen kan bijvoorbeeld verder worden bekort als er goede opvolgende thuiszorg of verpleeghuiszorg is. Chronische patiënten, bijvoorbeeld diabetespatiënten, krijgen minder complicaties bij goede begeleiding. Zulke begeleidingszorg hoort dus thuis in de gewone ziektekostenverzekering. Thuiszorg en begeleiding die aansluit op curatieve behandelingen moeten ook wat ons betreft eveneens worden ondergebracht in de basiszorgverzekering.

Vervolgens is er de andere beweging, waarbij AWBZ-zorg die niet chronisch en niet intensief is en ook niet gericht op behandeling, overgeheveld moeten worden naar de gemeenten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De achterliggende filosofie van het kabinet luidt dat de WMO op lokaal niveau tot een betere samenhang leidt voor ondersteuning van mensen die lichtere zorg nodig hebben. Gemeenten voeren immers al de Wet Voorzieningen Gehandicapten uit (WVG) voor speciaal vervoer, hulpmiddelen en woningaanpassingen, als ook de Welzijnswet die mogelijkheden geeft voor ondersteuning en voor het tegengaan van vereenzaming van mensen die zichzelf zonder hulp minder goed kunnen redden. Ook op het gebied van vervoer, maaltijdvoorziening en bouwen en wonen hebben gemeenten al allerlei taken en bevoegdheden die een grote invloed hebben op welzijn en benodigde zorg van burgers.

Wij hanteren in onze benadering dezelfde basisfilosofie. Ook wij zien de noodzaak van veel samenhang op lokaal niveau tussen lichtere vormen van ondersteuning en zorg, waaronder delen van de huidige AWBZ-zorg. Ook wij willen inzetten op versterking van de lokale regie en de transparantie voor de burger vergroten door de regie toe te wijzen naar een democratisch gelegitimeerd niveau, de gemeenteraad. Tenslotte past het ook goed in ons betoog voor versterking van de preventie en een beter oog voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger, zowel individueel

(levensstijl) als collectief (civil society) dat zaken ook dichterbij de burger worden georganiseerd.

Wij hebben echter drie grote kritiekpunten op de voorliggende plannen van de WMO.

Ten eerste vervalt het wettelijk recht op zorg. De nieuwe wet is een voorzieningwet, geen verzekering.

Ten tweede worden gemeenten slecht begeleid. Zij krijgen onvoldoende financiële ruimte om de uitvoering van de WMO te organiseren, terwijl kwaliteitsnormen ontbreken en het nog onduidelijk is wat er wel of niet onder de WMO valt. Het kabinet draagt delen over van de AWBZ naar de WMO, maar doet dat niet consequent en met een slechte vastlegging van rechten voor zowel gemeenten als individuele zorgvragers.

Ten derde houdt het kabinet een sterk uitgekledde AWBZ over die zorg verzekert voor mensen met langdurige ernstige handicaps en intensieve zorgbehoefte. Dat restdeel is voor mensen die voor 'verblijf' zijn geïndiceerd. Zij dienen in principe opgenomen te kunnen worden in een verpleeghuis of andere intramurale instelling voor mensen met handicap of psychiatrische instellingen voor lang verblijf. Dit is zonder meer de zwakke steen in de huidige plannen. We houden drie compartimenten in plaats van twee. De toekomst van deze rest-AWBZ wordt in het vage gelaten. De inrichting en organisatie (met zorgkantoren en regionale indicatieorganen) is bureaucratisch, weinig transparant en weinig kostenbewust en een lange termijn aanpak ontbreekt. En tenslotte: we sluiten mensen op in ouderwetse intramurale voorzieningen die in zichzelf juist bezig zijn een enorme slag naar extramuralisering en de samenleving te maken, hetgeen een zeer gewenste ontwikkeling is en blijft. Er komt een knip waar deze ongewenst is, namelijk tussen zorg binnen de muren en zorg buiten de muren. Dit leidt tot een extra schot in regelingen en tot het bijbehorende afschuifgedrag. Met drie compartimenten bestaat een groot risico dat burgers nog vaker van het kastje naar de muur worden gestuurd. Een oudere die bijvoorbeeld thuiszorg nodig heeft, zou naar de gemeente moeten voor hulp binnen de WMO.

Een oudere die meer intensieve zorg nodig heeft, komt eerst weer bij de huisarts terecht (basisverzekering). De huisarts verwijst echter weer door naar het Regionale Indicatie Orgaan (RIO) en daarna het Zorgkantoor (als uitvoerder van de AWBZ). Een onduidelijke situatie. En ongewenst, want instanties kunnen een extra druk op mensen leggen om toch naar een intramurale instelling te verhuizen wanneer de betreffende gemeente weinig thuiszorg of andere noodzakelijke ondersteuning aan huis biedt.

### **Onze lijn: twee heldere compartimenten met rechtszekerheid**

Wij vinden de overheveling van curatieve delen van de AWBZ naar de basisverzekering logisch als het gaat om zorg die tot behandeling kan worden gerekend of daar direct op aansluit. Deze vormen van zorg lenen zich ook goed voor beïnvloeding door zorgverzekeraars. Zij kunnen immers een passender ketenzorg regelen (thuiszorg die aansluit op ziekenhuisbehandeling) en zo voor elkaar krijgen dat de kwaliteit verbetert en/of de prijzen dalen. Daarnaast steunen wij de argumenten voor overheveling van zorg naar de lokale overheid. Wij willen de strategische keuzen op het gebied van de compartimenten echter consequenter doorvoeren dan het kabinet en kiezen daarom voor twee compartimenten in de zorgverzekering.

Allereerst pleiten ook wij dus voor een brede basisverzekering in de curatieve zorg. Deze basisverzekering wordt voornamelijk vormgegeven op grond van gereguleerde concurrentie tussen de verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 4 gaan we verder in op deze onderliggende sturingsfilosofie en de randvoorwaarden en overwegingen daarbij. Om de schotten te verminderen, afschuifgedrag te voorkomen en samenhang te krijgen in de langdurige zorg, pleiten wij echter daarnaast voor een Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie (WMZP). Deze WMZP wordt dan het tweede compartiment in de Nederlandse gezondheidszorg, naast de basisverzekering op curatieve zorg. De Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie is een werktitel

voor een volksverzekering, maar met uitvoeringsregie op gemeentelijk niveau. Deze WMZP omvat de huidige AWBZ, maar exclusief het hiervoor omschreven curatieve deel (dat gaat naar de basisverzekering) en exclusief die delen die niet-zorg zijn maar nu wel via de AWBZ zijn verzekerd. Het gaat hier om zaken als aangepast wonen, welzijnsactiviteiten, begeleiding, huishoudelijke hulp e.d. Op de exacte omschrijving van deze pakketkeuzen gaan we hierna in. De redenen voor deze laatste keuze is dat wij uitgaan van een echte nationale solidaire verzekering op het gebied van verpleging en verzorging. Niet-zorg onderdelen die veel meer een voorzieningenkarakter hebben en sterk met de lokale situatie en met leefstijl te maken hebben, horen daar niet in thuis. Deze horen onderdeel te zijn van gemeentelijk beleid dat daarvoor ook de ruimte en (aanvullende) middelen zal moeten krijgen.

Samenvattend maken wij dus wezenlijk andere keuzen dan dit kabinet, met name in het care deel. Dat komt omdat wij meer inzetten op eenvoud (twee zorgverzekeringscompartimenten die samen de gehele echte zorg afdekken), op het nationaal verzekerd recht via solidaire premieheffing (WMZP), op stimulansen om ook de intramurale zorg en haar bewoners in samenhang te houden met extramurale zorg en met de lokale samenleving en daarom ook op een versterking en verbreding van de rol van (gezamenlijke) gemeenten in de gehele care, intramuraal en extramuraal. Aangezien deze WMZP een belangrijk onderdeel is van de rest van ons betoog werken wij hieronder onze basisgedachten alvast wat verder uit.

### **Ons voorstel: de Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie (WMZP)(werktitel)**

Grote delen van de huidige AWBZ-zorg lenen zich niet voor een zorgaanbod dat gebaseerd is op concurrentie. Als mensen eenmaal langdurig afhankelijk zijn geworden van intensieve zorg, zal niet meer van tehuis of van zorgverzekeraar worden gewisseld om een betere kwaliteit af te dwingen. Stemmen met de voeten is dan niet of nauwelijks een optie. Dit soort zorg heeft een grote verwe-

venheid met het aanbod aan onderwijs, wonen, openbaar vervoer en dergelijke; taken waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Gezien die afhankelijkheid en de verwevenheid met gemeentelijk beleid zijn zorgverzekeraars niet de logische uitvoerders van deze AWBZ-zorg. Zorgverzekeraars voeren de AWBZ-zorg momenteel nog uit via zorgkantoren, maar zouden in de toekomst deze functie dus niet langer moeten behouden.

Lokaal dient immers de samenhang tussen langdurige zorg en ondersteuning zeker te worden gesteld voor mensen met handicap en chronische ziekte. De WMZP stelt gemeenten (kleinere gemeenten in samenwerking met elkaar) verantwoordelijk voor deze zorg en bepaalt dat zij de verantwoordelijkheid krijgen voor de functie van het zorgkantoor. Gemeenten werken samen met de huidige of nieuwe AWBZ-instellingen op het gebied van langdurige care. Zij gaan niet zélf zorg leveren.

Gemeenten krijgen het huidige AWBZ-budget overgeheveld. Investerings in aangepaste woningbouw, toegankelijk openbaar vervoer en een fatsoenlijke ondersteuning en begeleiding van gehandicapten op scholen en in werk, kosten een gemeente geld, maar zorgen ook voor een lager beroep op AWBZ-zorg. Een gemeente die erin slaagt mensen lang zelfstandig te laten wonen door een samenhangend sociaal netwerk in buurten te creëren, hoeft namelijk minder te investeren in grootschalige intramurale instellingen. Zo gezien kan de overdracht van AWBZ naar gemeenten leiden tot preventie en lagere uitgaven. Hier kan een parallel getrokken met de Wet Werk en Bijstand (WWB) waarbij gemeenten ook meer bevoegdheden hebben gekregen om in samenhang het gehele veld van arbeidsmarkt en uitkeringspolitiek te kunnen vormgeven. Dit kan tot een ondernemender en bedrijfsmatiger werkwijze van gemeenten leiden en zeker ook tot goede effecten op de kosten.

Er is ook in de gemeente een verband tussen vervoer en zorg. Wie zorgt dat het openbaar vervoer is aangepast, hoeft minder aange-

past vervoer te organiseren en te betalen. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen onderwijs en zorg: hoe meer scholen onderwijs bieden aan kinderen met een handicap, hoe minder er nodig is aan speciale dagverblijven en aangepast vervoer voor kinderen. Op dezelfde manier is er samenhang tussen werk en welzijn. Hoe meer de lokale samenleving organiseert aan voorzieningen voor mensen met een handicap, des te minder wordt een beroep gedaan op een verzekering die compenserende voorzieningen moet regelen. Ouderen of gehandicapten die overdag participeren in een lokaal activiteitencentrum, zullen minder vaak thuiszorg nodig hebben.

Opname in een dure intramurale instelling (zoals een verzorgingshuis of verpleeghuis) kan vaker dan nu, worden voorkomen door mensen behalve persoonlijke verzorging ook maaltijden te geven en hulp die het sociale isolement doorbreekt. In succesvolle experimenten waarin ouderen en gehandicapten langer zelfstandig wonen, blijkt het essentieel voor de kwaliteit van hun bestaan dat bewoners naast puur medische zorg of persoonlijke verzorging deelnemen aan sociale netwerken. Zorg voor mensen met handicap of chronische ziekte is kortom meer dan het aanbieden van professionele contacten van puur medische aard.

Ook nu hebben zorgkantoren die de AWBZ uitvoeren, belang bij goede geïntegreerde voorzieningen in de lokale samenleving. In het huidige verkokerde systeem kunnen zij daarop echter nauwelijks invloed uitoefenen. Gemeenten kunnen dat wel, maar zij hebben weer niet de beschikking over AWBZ-budgetten en geen greep op de ketens die daar gevormd worden. Goed geïntegreerd beleid levert gemeenten nu wel kosten op, maar nog geen baten in de vorm van lagere zorguitgaven. De conclusie is dat het voor een betere kwaliteit van bestaan voor alle burgers nodig is schotten op te heffen, zodat kosten en baten beter bij elkaar aansluiten en de geleverde zorg meer past bij de draagkracht van persoon en lokale samenleving.

In een dergelijke volledige overdracht van de regie moeten de rechten van zorgafhankelijke burgers goed worden vastgelegd. Niet in een landelijk gelijk pakket aan gedetailleerde aanspraken, maar in de vorm van een wettelijk recht op verpleging, ondersteuning, zelfstandig wonen en een volwaardige deelname aan de samenleving. Een deel van de huidige AWBZ verzekerde zorg, namelijk niet-directe-zorgzaken, zoals 'gewoon' wonen, voeding, mobiliteit, ondersteuning bij dagelijkse activiteiten en dergelijke, zouden buiten het verzekerd recht kunnen blijven en meer onderdeel uitmaken van eigen beleidsvrijheid van gemeenten. De premiestelling voor de volksverzekering zal collectief en solidair van karakter moeten zijn, anders leidt dat tot onrechtvaardige verschillen tussen gemeenten onderling in financiële mogelijkheden en in hun verplichtingen rond het leveren van zorg.

Niet alle gemeenten kunnen gezien hun omvang deze lokale zorg op eigen kracht organiseren. Daarom zal er samenwerking tussen gemeenten nodig zijn. Dat is niet nieuw: we kennen de gemeentegrensoverschrijdende GGD-regio's. Een groot voordeel van gemeentelijke verantwoordelijkheid is dat binnen de lokale democratie keuzen worden gemaakt over hoe de ondersteuning van ouderen en mensen met handicap of chronische ziekte vorm krijgt. Via de lokale democratie zijn bestuurders rechtstreeks aanspreekbaar op hun beleid en worden ze in positieve en negatieve zin afgerekend op resultaten.

Voor de verzekering is het hier van groot belang dat de rechten (en premies van individuele burgers) nationaal goed worden vastgelegd. Gemeenten en instellingen moeten tegelijkertijd voluit de kans krijgen in de toepassing maatwerk te leveren. Organisatie en vormgeving van langdurige zorg op lokaal niveau versterkt in onze ogen de emancipatie van de hulpvrager. De huidige zorgkantoren en Regionale Indicatie Organen (RIO's) staan nu immers op grote afstand van zorgvragers. Wanneer de verantwoordelijkheid verlegd wordt naar het lokale (en democratisch gelegitimeerde) niveau, ontstaat een rechtstreekse wisselwerking tussen verantwoordelijke

bestuurders en zorgvragers met professionele ondersteuning vanuit de zorginstellingen. Juist in deze categorie patiënten en hun naasten zitten veel personen met goede inzichten in hun eigen medische klachten en de mogelijkheden tot hulp en ondersteuning. Ook wij zien dat er een zekere spanning zit tussen het inrichten van een nationale verzekering met duidelijke rechten aan de ene kant en het bieden van beleidsvrijheid voor een politiek gelegitimeerde op-maat-aanpak door gemeenten aan de andere kant. In dat laatste past ook het afschaffen van de verplichte 'onafhankelijke' indicatieorganen. Deze werken nu per saldo erg bureaucratiserend en vertragend. Onafhankelijkheid is hier vaak doorgeslagen naar isolement. Ook de aanwezige expertise bij de zorginstellingen wordt onvoldoende benut. Een sterkere delegatie van taken en meer een toetsing achteraf zijn ook nu al aan te raden. De medische beslissing dat iemand uit het ziekenhuis naar huis kan en de pragmatische inrichting van de zorg thuis waarop dat ook goed gaat, wordt nu vaak onnodig gehinderd en vertraagd door de tussenkomst van dergelijke instanties. Dit is aan patiënten ook niet uit te leggen. In ons voorstel is het aan iedere gemeente zelf om procedures en loketten in te richten waarin transparante en rechtvaardige beslissingen genomen worden over te leveren zorg en waarin ook beroep mogelijk gemaakt wordt. Doordat dit echter dichterbij de burger en met gebruikmaking van de expertise van de zorgverlener zal gebeuren, verwachten wij dat zowel snelheid als maatwerk verbeteren.

In de AWBZ wordt al jaren gewerkt met persoonsgebonden budgetten (PGB's). Die blijken een sterke steun, die veel onnodige hospitalisering en afhankelijk gedrag tegengaat. Niet elke zorgvrager kan of wil een PGB beheren. Die groep die het wel kan, zet aan tot vernieuwende vormen van zorg die goedkoper zijn en de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen versterkt. Deze innovatie komt ook de minder mondige burgers ten goede. Ook blijkt het PGB te leiden tot meer maatschappelijke integratie van mensen met handicap. De mogelijkheid van een PGB moet dus ook behouden blijven binnen de WMZP.

Veel zal hierin nog op een zeer zorgvuldige wijze nader gedetailleerd moeten worden. Dit hele bouwwerk van de WMZP moet daarom geleidelijk en gefaseerd opgebouwd worden, zodat patiënten en zorginstellingen vertrouwen houden in de loop van het proces en de daadkracht van (samenwerkende) gemeenten. Verzekerde rechten kunnen daarbij pas omgebouwd worden naar lokale inrichting van voorzieningen als aantoonbaar daarbij de kwaliteit gehandhaafd blijft.

### 3.2 Wel inkomenssolidariteit in de premie

Een sociaal en houdbaar verzekeringsstelsel definieert niet alleen verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in de gezondheidszorg, maar ook betaalbaarheid en wijze van premieheffing. Uit alle studies blijkt dat de Nederlandse bevolking zeer bereid is tot solidariteit voor zorg voor zieken en dat ook volstrekt normaal en beschaafd acht. Wij kiezen voor een premie die overwegend inkomensafhankelijk is. Ook tijdens de debatten over de nieuwe Zorgverzekeringswet bleek dat een overwegend inkomensafhankelijke premie eerlijker uitpakt en eenvoudiger uit te voeren is. In de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt echter gekozen voor een hoge (vaste) nominale premie voor elke burger en fiscale compensatie via de zorgtoeslag. De betaalbaarheid van de basisverzekering is problematischer naarmate de nominale premie hoger is. Fiscale compensatie via de zorgtoeslag vinden wij omslachtig. Het vergt een extra bureaucratie van enkele honderden ambtenaren die de verschillende formulieren moeten opstellen en controleren. Bovendien worden in de huidige opzet van de zorgtoeslag veel mensen gecompenseerd die geen inkomensachteruitgang kennen. Nominalisering is dus kostbaar en vergt veel extra kosten die weer niet ten goede komen aan de zorg zelf.

Met de systematiek van de zorgtoeslag sluipt, juist voor financieel en qua gezondheid kwetsbare groepen, willekeur in het systeem. Zij worden nog afhankelijker van de politieke en economische

conjunctuur. Premiestelling en inkomenscompensatie worden onderdeel van een jaarlijkse politieke afweging ten opzichte van totale koopkrachtplaatjes, valutaontwikkelingen, Europese begrotingsnormen en andere belastingmaatregelen en niet te vergeten, naderende verkiezingen. Juist bij de zwakkere groeperingen in onze samenleving wordt extra financiële onzekerheid gecreëerd over hun zorgvoorzieningen.

De huidige AWBZ-voorzieningen worden wél voornamelijk inkomensafhankelijk gefinancierd. Indien op basis van medisch-organisatorische redenen een belangrijk deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar de basisverzekering, zoals hiervoor omschreven, kan een dergelijke pakketverschuiving als ongewenst neveneffect een verdere verstoring van de inkomensverhoudingen tot gevolg hebben. Wij willen geen sluipende verdere nominalisering van de verzekeringspremie. Naarmate een groter deel van de AWBZ in de basisverzekering zou komen, dient de premie dus voor een groter deel inkomensafhankelijk te worden. Als vastgehouden wordt aan nominalisering van de premie, dient in onze ogen wettelijk vastgelegd te worden volgens welke criteria en met welke garanties inkomenscompensatie wordt uitgevoerd om de onzekerheid te verminderen.

In ons eerdere Diagnoserapport hebben we al aangetoond dat de huidige inkomenssolidariteit in de huidige premiestelling niet zo groot is als vaak wordt aangenomen. Daarom pleiten wij ervoor – dit is ook in eerdere alternatieve begrotingen doorgerekend - dat de AWBZ-premie van 12,55% voortaan wordt geheven over alle inkomensniveaus. Momenteel wordt de AWBZ-premieheffing beperkt tot de eerste twee belastingschijven ofwel tot een inkomensgrens van 30.000 euro per jaar. Deze brede grondslag zou dus zeker ook moeten gelden voor de door ons voorgestelde WMZP.



### 3.3 Eigen bijdragen: verplicht en vrijwillig

Wij stellen ook vraagtekens bij de manier waarop eigen risico's en eigen bijdragen nu geregeld gaan worden.

#### **Curatieve zorg: weinig effect en zelfs gevaarlijk**

Stevige eigen risico's aan de voet van de verzekering, zoals de no-claimgrens van 250 euro, belemmeren de toegang tot basiszorg. De no-claimregeling is bovendien vooral een gekunstelde constructie om een stuk van de zorgkosten buiten de collectieve lasten te brengen. Het is een bezuiniging in de Haagse boekhouding die als groot risico heeft dat de totale maatschappelijke kosten voor de gezondheidszorg alleen maar verder stijgen. Wij bepleiten een beter doordacht stelsel van eigen bijdragen, dat op basis van een aantal beleidsexperimenten wordt vormgegeven. Eén denkbare variant is volledige vergoeding van de eerste zorgkosten, tot zeg 300 euro, een nader te bepalen eigen bijdrage in de volgende 500 euro en volledige vergoeding van wat daarna mocht komen. Dit houdt de eerste toegangsdrempel tot bijvoorbeeld huisartsenzorg laag, maar maakt burgers wel duidelijk dat er aan zorggebruik kosten verbonden zijn.

Naast een eigen risico wordt vaak over verplichte eigen bijdragen gesproken als vorm van 'remgeld' op zorgconsumptie. Het effect hiervan is in de curatieve zorg in onze ogen zeer twijfelachtig. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben samen een grotere invloed op het verbruik in de zorg. In de curatieve zorg zijn de gezondheidseffecten en –risico's voor de patiënt dusdanig hoog dat daar meer rem van uitgaat dan van welk financieel instrument dan ook. Niemand laat voor zijn lol een operatie uitvoeren of ondergaat zomaar een misselijkmakende diagnose. Het aanbod (de beschikbaarheid) schept in veel situaties de vraag. De eigen inbreng van patiënten is in curatieve zorg vaak klein en eigen betalingen voor acute levensreddende ingrepen hebben per definitie weinig remmende werking. Bij niet-acute curatieve zorg laten mensen zich vaak leiden door adviezen van de professionals en

door de technische mogelijkheden, omdat zij hun gezondheid belangrijk vinden en een groot vertrouwen hebben in de raad van artsen. Eigen bijdragen zullen op grond hiervan nauwelijks effect hebben op de vraag naar curatieve zorg. Als de arts zegt dat een bepaalde behandeling beter is, zal de patiënt die altijd willen en er dus desnoods voor willen bijbetalen.

Verplichte eigen bijdragen zijn wel acceptabel voor mensen als het om zorg gaat die meer met leefstijl te maken kan hebben dan met medische noodzakelijkheid. In het huidige ziekenfondspakket zit echter nauwelijks meer zuiver op leefstijl gerichte zorg. Iets anders is dat ziekten wel degelijk het gevolg kunnen zijn van een bepaalde leefstijl. Maar kanker is niet uitsluitend een gevolg van roken. Diabetes is niet alleen een gevolg van slecht eten en weinig bewegen. Verplichte eigen bijdragen zijn in deze gevallen dus ongericht. Het is beter om de verbetering van leefstijl zelf tot beleidsdoel te maken, zoals we hiervoor al bepleit hebben. Accijns op sigaretten en een streng anti-rookbeleid zijn doelmatiger dan een hogere verzekeringspremie voor rokers, of een verplichte bijbetaling van rokers bij een behandeling voor longkanker.

Concluderend verwachten wij in de curatieve basisverzekering dat kostenbewustzijn en doelmatigheidswinst dus vooral te realiseren zijn door een betere preventie, en door scherpere onderhandelingen en afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in plaats van verplicht bijbetalen door patiënten.

#### **De care: leefstijlgerelateerd, verplicht en vrijwillig, acceptabel**

De vraag is vervolgens hoe bijbetalen uitpakt bij de langdurige en intensieve verzorging (ons tweede compartiment). Hier zitten we dicht bij een relatie met leefstijl. Hoe komen we dan tot een zinnige afbakening die recht doet aan wat mensen nodig hebben in een moderne samenleving en tegelijk de kosten beheersbaar maakt door mogelijk met eigen bijdragen te werken? In elk geval door onderscheid te maken naar doelgroepen, leeftijd en inkomen.

Mensen met ernstige handicaps (verstandelijk, lichamelijk of psychisch) die zich zonder behoorlijke hulp niet kunnen handhaven, moeten worden ondersteund. De noodzaak om dit te organiseren en financieren, is onomstreden. Het doet er daarbij niet toe waar de zorg wordt ontvangen: in een instelling, woongroep of thuis. Deze groepen zijn benoembaar op hun ziektebeelden (zoals schizofrenie, syndroom van Down), en op basis van objectieve meetmethoden voor zelfredzaamheid en invloed van problematisch gedrag (bijvoorbeeld autisme). Eigen bijdragen voor deze zorg hebben geen remmend effect en leveren ook geen besparing op collectieve lasten. De inkomenspositie van mensen die op jonge leeftijd zo'n handicap hebben of krijgen is minder dan minimaal: doorgaans een uitkering waar ook nog eigen bijdragen van af gaan.

Een andere grote groep in dit compartiment zijn de ouderen die vanwege ouderdom en de daarbij optredende ziekten en handicaps, een steeds groter beroep doen op thuiszorg en hulpmiddelen, uitmondend in langdurige, intensieve verpleging wanneer bijvoorbeeld sprake is van dementie. De noodzaak van zulke zorg is ook onomstreden.

Voordat deze fase van intensieve verpleging aanbreekt, is echter sprake van een overgangsfase waarin mensen vanwege toenemende ouderdom wel hulp en hulpmiddelen nodig hebben, maar waarbij leefstijl, inkomen, samenstelling huishouden en persoonlijke voorkeuren een grote rol spelen. Het is voor ouderen individueel en voor de samenleving als geheel een goede zaak wanneer deze hulp collectief georganiseerd beschikbaar komt. Voor deze zorg kan heel goed een eigen bijdrage worden gevraagd. Er kan zelfs worden gevergd dat mensen dat helemaal zelf betalen als het inkomen of vermogen daarvoor toereikend is (een vorm van inkomensstoets). Gebreken als gevolg van ouderdom zijn te voorzien. Van mensen kan worden gevraagd daarvoor geld te reserveren. Het enkele feit dat het lichaam gebreken gaat vertonen, kan geen automatisch recht geven op collectief gefinancierde zorg. Het criterium 'kan niet voor eigen rekening komen', zoals de commissie

Dunning dat formuleerde, is bruikbaar in dit verband.<sup>13</sup> Een rollator, scootmobiel, of aanpassing van de badkamer als gevolg van ouderdom, dit soort kosten kan in veel gevallen door de mensen zelf opgebracht. Net zoals een fiets, auto of het verbouwen van de keuken door jongere mensen zelf worden betaald. In de huidige AWBZ is sprake van een scheefgroei, zoals gesteld. Veel mensen met een behoorlijk inkomen en een baan, nemen een werkster die ze zelf betalen. Iemand die altijd een werkster had, kan als gevolg van ouderdom wat gaan mankeren. Volgens de huidige objectieve AWBZ-indicatie-normen kan deze persoon recht krijgen op thuis-hulp. In feite worden dan de kosten van de werkster overgenomen door de gemeenschap - dankzij de huidige vormgeving van de AWBZ.

Er bestaan ook andere voorbeelden waarmee duidelijk kan worden gemaakt dat ziekte of gebrek alleen geen rechtvaardiging is voor het recht op collectief betaalde zorg. Mensen verbouwen hun huis graag als het nodig is en ze de financiële ruimte hebben. Anderen verhuizen als ze daarmee meer gemak en woongenot kunnen krijgen. Waarom zouden mensen dus ook niet op eigen kosten de badkamer aanpassen als ze wat gaan mankeren en hun inkomen toereikend is? Waarom zouden mensen niet zelf op eigen rekening verhuizen naar een huis zonder trappen in plaats van een beroep te doen op woningaanpassingen die collectief worden betaald?

Wij zijn van mening dat er met een dergelijke grotere inkomensafhankelijkheid op basis van leefstijl tegelijkertijd ook meer ruimte mag komen voor vrijwillig zelf bijbetalen voor 'luxe', mits de basiszorg voor iedereen goed verzekerd en georganiseerd is. Wie recht heeft op verpleging, moet ook mogen kiezen voor duurdere vormen, met name rond aanpalende kwesties als luxer wonen, eten en vermaak. De meerkosten in het geval van zorg mogen voor eigen rekening zijn, terwijl de basisvergoeding behouden

---

<sup>13</sup> Zie voor de criteria van Dunning hoofdstuk 5.

blijft. Dit is nu vaak niet het geval. Ons bestel van verzekerde voorzieningen, die in natura geleverd worden door erkende instellingen, leidt in de praktijk vaak bij afwijkingen op grond van eigen voorkeuren tot het verlies van de basisrechten. Het huidig bestel functioneert daardoor niet volgens het motto: 'Iedereen heeft recht op minimaal een Ford', maar volgens het motto: 'U kunt een Ford krijgen en anders niets'. (De beroemde quote van Henry Ford uit begin vorige eeuw klinkt hierin door: 'U kunt elke kleur Ford krijgen, als het maar zwart is'.)

### **Sparen voor voorzieningen en aanvullende zorg voor de oude dag**

Ouderdom is een voorspelbare en zelfs wenselijke uitkomst van een moderne levensloop. We worden met elkaar ouder en we worden fitter ouder. Toch geldt nog steeds het oude gezegde dat ouderdom met gebreken komt. We sparen via pensioenvoorzieningen voor het vervallen van inkomen na pensionering. We zouden ook vooruit kunnen zien door individueel te sparen voor het moment waarop we fysiek minder kunnen.

Veel ouderdomskwalen zijn niet levensbedreigend en vaak niet alleen maar medisch van aard. Soms zijn aanpassingen aan gedrag nodig (minder intensief sporten), soms zijn woningaanpassingen nodig (trapliften, aangepaste keuken), soms moet op hulp van buiten een beroep worden gedaan (tafeltje-dek-je, tuinonderhoud, thuishulp) en soms moet worden verhuisd. Dit hele palet aan aanvullende en ondersteunende diensten is te voorzien als ooit behorend tot de oude dag. Net als de kosten van begraven (begravenisverzekering) of het maken van een testament, moeten burgers het sparen voor een deel van deze voorspelbare ouderdomskosten als normale, particuliere verantwoordelijkheid gaan beschouwen.

Collectief is vooral van belang dat er ondersteunende organisaties zijn voor zorg en welzijn. Om de beschikbaarheid hiervan te garanderen, kan gedeeltelijke financiering met gemeenschapsgel-

den nodig zijn, maar eigen bijdragen mogen hier gevraagd worden. Van publiek en dus collectief belang is ook dat cruciale onderdelen van ouderenzorg en welzijn onderdeel zijn van een systeem van landelijk gelijke verzekerde rechten, rechten op financiële ondersteuning en te leveren zorg. Dit geldt uiteraard voor medisch noodzakelijke verrichtingen tot op hoge leeftijd, dus ook de nieuwe heup. Dit valt onder het collectief verzekerde curatieve basispakket, evenals langdurige intramurale en intensieve extramurale zorg, zoals verpleeghuis- en verzorgingshuis- en thuiszorg. Die vallen in ons voorstel onder de WMZP. Maatschappelijk is eveneens van belang dat degenen die op objectieve gronden niet of niet voldoende hebben kunnen sparen, hierbij terug kunnen vallen op een wettelijk recht op financiële ondersteuning.

Wij willen het individuele vooruitzien voor de aanvullende voorzieningen van de oude dag stimuleren, en pleiten daarom voor een spaarfaciliteit voor ouderdomszorg die fiscaal gunstig wordt ingericht. Deze faciliteit komt dan in aanvulling op AOW en aanvullende pensioenen, en op de zorgverzekering, zowel basisverzekering als WMZP. Uitgangspunten van deze speciale spaarfaciliteit voor ouderdomszorg: een nader te bepalen maximumbedrag wordt tijdens iemands werkzame leven vrijgesteld van inkomstenbelasting en bij een latere aanwending voor zorgvoorzieningen gebruik vervolgens ook niet belast als inkomen waardoor een dubbel belastingvoordeel ontstaat. De gelden zijn bij de successierechten wel gewoon onderdeel van de erfenis, zodat er een prikkel is om het gespaarde bedrag ook echt aan ouderdomszorg te besteden. Omdat de vergrijzing en de toenemende behoeften aan ouderdomszorg bekend en voorspelbaar zijn, zou de overheid er goed aan doen burgers meer te laten anticiperen op hun aanvullende voorzieningen van de oude dag. Dit past ook in ons pleidooi om vormen van eigen bijdragen wel los te laten op die zorggerelateerde zaken die veel met levensstijl en levensgewoonten te maken hebben. De individuele burger moet hierop natuurlijk wel tijdig kunnen anticiperen.

## Samenvatting Hoofdstuk 3

### **Geld: Voor zorg solidair verzekerd. Transparantie en rechtszekerheid.**

De PvdA kiest voor solidariteit in de gezondheidszorg. Wij doen dit door:

- a. Uit te gaan van een stelsel met twee compartimenten:
  - een brede basisverzekering voor de gehele curatieve zorg, inclusief de gerelateerde delen uit de huidige AWBZ. Deze basisverzekering wordt uitgevoerd door concurrerende verzekeraars. Solidariteit door inkomensafhankelijke premies, niet door een zorgtoeslag;
  - de Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie (werktitel), een volksverzekering met uitvoeringsregie op gemeentelijk niveau. Deze wet richt zich vooral op verpleging en verzorging en zal de werkelijke zorgrechten van de (resterende) AWBZ, WVG en dergelijke vervangen. Dit soort zorg wordt een verzekerd recht, uitgevoerd onder regie van gemeenten. De premies voor deze verzekering dienen maximaal inkomenssolidair te zijn. Vergeleken met de huidige AWBZ bepleiten wij hier een verbreding van de premiegrondslag naar het hele inkomen;
  - ook dringen wij aan op de instandhouding van het PGB in de WMZP, maar uitdrukkelijk als keuzemogelijkheid.
- b. De organisatie van de care toegankelijker, aanspreekbaarder en democratischer te maken voor de burger:
  - de zorgkantoorfunctie verdwijnt bij de zorgverzekeraars, die rol wordt overgenomen door de gemeenten;
  - de indicatieorganen worden niet langer wettelijk voorgeschreven, indicatiestelling zal meer lokaal maatwerk worden. Het oordeel en de expertise van de zorgaanbieders (zoals de wijkzuster en huisarts) moeten daarbij veel meer worden benut.
- c. Eigen risico's in de zorgverzekering beter te doordenken op

basis van beleidsexperimenten en zeker niet drempelverhogend te laten zijn.

- d. Verplichte eigen bijdragen in de WMZP op te nemen als het gaat om levensstijl gerelateerde zaken. Vrijwillige eigen bijdragen mogelijk te maken voor 'extra' zorg, met behoud van een basisvergoeding vanuit collectieve aanspraken.
- e. Een fiscaal ondersteunde spaarregeling te introduceren voor de financiering van de ondersteunende zorgvraag bij individuen door ouderdom.

## 4. Sturingsfilosofie: dynamiek en publieke waarborgen

Veel mensen realiseren zich pas écht de onschatbare waarde van een goede gezondheid als zij zelf - of hun directe omgeving - getroffen worden door een ziekte. Zolang we gezond zijn, hebben we wat anders aan ons hoofd dan de permanente beschikbaarheid van een goed ziekenhuis of een complexe premievergelijking tussen zorgverzekeraars. Gezondheidszorg is in vele opzichten een kostbaar goed. Hoe krijgt iedere burger de beste en meest adequate zorg, terwijl aan de andere kant de doelmatigheid, kosten en kwaliteit van diezelfde zorg bewaakt worden? Wie zorgt voor de juiste en tijdige investeringen in bereikbaarheid en beschikbaarheid: van ambulances, gebouwen, opleidingen, nieuwe medische technieken? Voor de 'onzichtbare hand' ofwel perfecte marktwerking is de gezondheidszorg niet goed geschikt. Zieke patiënten zijn geen rationele consumenten, ziektebehandelingen zijn geen 'homogene goederen', en ook bestaat er vaak schaarste van aanbod, gebrek aan transparantie en een grote informatie-asymmetrie. Een heldere afweging van publieke belangen, de formulering van stevige randvoorwaarden en een duidelijke sturing, dit alles moet dus van de wetgever en partijen namens deze komen.

Natuurlijk zijn er vele dilemma's. Veel van deze dilemma's komen ook neer op de vraag naar vertrouwen. Wie durven we deze afwegingen in praktijk te laten maken? Wie grijpt in als het fout gaat? Wie stelt bij falen de diagnose? Ligt het aan te weinig geld, aan slecht management, aan verkeerde normen of aan slap toezicht? Wie belooft de goede prestaties, patiënt, dokter, verzekeraar, gemeente of zorginstelling? Dit zijn geen academische kwesties, zoals de recente speurtocht naar de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit in de verpleeghuiszorg ons leert.

Ons uitgangspunt is dat we toe willen naar een dynamische sector waar onderling veel wordt opgepakt en opgelost, met handhaving van een goede en geloofwaardige toetsing op publieke randvoorwaarden. Ons mensbeeld houdt overigens niet in dat we denken dat alleen winstprikkel dit soort dynamiek kunnen bewerkstelligen. Wij zien in intrinsieke zorgmotivatie, solidariteit met de medemens en 'public spirit' ook drijfveren waardoor mensen kunnen worden aangesproken.

Juist zorg vraagt om veel zekerheid. Burgers moeten weten waar ze recht op hebben en waar ze dat recht desnoods kunnen halen. Vanuit individueel perspectief moet er dus wettelijk en feitelijk veel zekerheid zijn. De dynamiek tussen de instituties kan worden aangewakkerd, maar voor de individuele burgers moeten er duidelijke kaders en garanties komen. Daarmee wordt ook aan alle partijen de verantwoordelijkheid gegeven om hiermee rekening te houden. Ondernemen waar het kan, zorgen waar het moet.

### 4.1 Marktwerking onder strikte voorwaarden

Bij een grootschalig veranderingsproces zoals in de gezondheidszorg moeten natuurlijk wel de lessen uit voorgaande ervaringen, ook uit andere sectoren, getrokken worden. Overigens zal het dan nog anders gaan dan verwacht. Majeure stelselwijzigingen zijn niet blauwdrukachtig te plannen en de overheid heeft lang niet altijd voldoende macht, gezag en vaardigheden om het geheel te kunnen sturen. Een van de meest spraakmakende onderdelen, ook in debatten in de PvdA, is natuurlijk de introductie van marktwerking in de basisverzekering: concurrerende, en ten dele commerciële, private zorgverzekeraars en concurrerende, en ten dele commerciële, private ziekenhuizen gaan de uitvoering ter hand nemen. Dit trekt sterk de aandacht in het publieke debat. Ook al menen wij dat er belangrijke andere stelselvragen zijn (meer aandacht voor preventie, de inkomenssolidariteit in de premie, de zorgvuldige aanpak van de steeds groter wordende care, keuzen

inzake de omgang met mondige patiënten zoals in de chronische zorg), toch zullen ook wij hier uitvoerig bij stilstaan. Allereerst aan de hand van onze lessen uit de toepassing van dit instrument voor de zorg.

### **Lessen ten aanzien van marktwerking**

Ten eerste leidt het vrijgeven van markten waar geen concurrentie bestaat of waar schaarste is, niet tot meer doelmatigheid maar juist tot ongewenste prijsstijgingen. Het klassieke voorbeeld is hier de liberalisering van het loodswezen. Als prijzen op een deelmarkt in de zorg dus worden vrijgegeven, dient er vooraf een zorgvuldige inschatting gemaakt te zijn van het aanbod en de transparantie op deze markt.

Ten tweede dient een stelselverandering geen langstlepend traject te zijn. De kans op mislukkingen is alleen al door de overgangstijd groot. Voor zorgverzekeraars geldt dat we al lang de nadelen kennen van de twee systemen van ziekenfonds en particuliere verzekeringen. De huidige private zorgverzekeraars worden steeds groter en machtiger en ook deze markt zal gereguleerd moeten worden. Te lang wachten met de keuze voor heldere aansturing en een uniforme basisverzekering leidt nu al tot een fait accompli strategie in het veld: vergaande monopolies en verstoringen van transparantie en keuzemogelijkheden.

Ten derde kan onzorgvuldig terugtreden van de overheid ten gunste van meer dynamiek voor burgers en professionals tot zeer ongewenste resultaten leiden, namelijk de situatie waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars noch de tucht van de markt voelen noch zich aangestuurd weten door de overheid. Dit is de harde les van de verzelfstandiging van de woningbouwcorporaties en talloze ZBO's. Het slechtste van twee werelden wordt dan met elkaar verenigd. De politiek verliest haar greep en de organisaties zelf ondervinden niet of nauwelijks concurrentie. De overheid moet dus kraakhelder een zorgplicht van zorgverzekeraars en leverzekerheid van zorgaanbieders omschrijven: waarop kunnen

ze afgerekend worden? Ditzelfde geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de voorwaarden waaronder een zorginstelling door de overheid tot de markt wordt toegelaten en er mogelijk weer vanaf wordt gehaald of onder curatele gesteld.

Ten vierde dient er meer aandacht te zijn voor kwaliteitsborging. Deze ontstaat niet automatisch op de markt en zeker niet op een onvolwassen markt. Dit kunnen we leren van de liberalisering van de taxibranche: nieuwe taxibedrijven die ongereguleerd mochten toetreden, hebben niet geleid tot een algemene kwaliteitsverhoging, maar eerder de indruk gevestigd dat het voor de klant toeval is welke kwaliteit hij/zij aantreft. Er lijkt zelfs geen minimum kwaliteitsgarantie te zijn. Dat het ook anders kan, leert de luchtvaartbranche, waar zeer strenge kwaliteitseisen bestaan, die ten dele privaat, ten dele publiek worden bewaakt. De enige reden dat passagiers met vertrouwen voor € 40 menen te kunnen vliegen naar exotische bestemmingen is het geloof in de kwaliteitswaarborgen in de branche. In de zorg waar leven en dood ook aan de orde van de dag zijn, dient dit even streng te worden aangepakt.

Ten vijfde onderkennen wij dat burgers niet alleen eindeloze keuzevrijheid willen, maar soms ook zekerheden. Een ambulance is op tijd en een huisarts kan goed doorverwijzen. Niet iedereen wil de hele tijd aangesproken worden op het uitgebreid zoeken naar de ideale prijs-kwaliteitverhouding. Veel klachten over het gebrek aan keuzevrijheid zijn eigenlijk klachten over gebrek aan kwaliteit en vooral een gebrek aan een volwassen antwoord op klachten. Weg kunnen lopen zal vaak de boel niet oplossen, noch voor de patient (die alleen maar vertraging oploopt in zijn behandeling), noch voor de instelling (die van een lastige klant is verlost). En veel consumenten kunnen prima leven met het inleveren van enige keuzevrijheid ten gunste van een grotere mate van zekerheid over wat voor kwaliteit ze bij wie kunnen verwachten en ook hier weer mogelijkheden meer dwingend daarin te kunnen optreden als er reële klachten zijn. Niet iedereen zit op de mogelijkheid te wachten om te kiezen uit honderden varianten van zorgpolis-

sen. In elk geval dient de overheid ervoor te zorgen dat de informatie hierover begrijpelijk en adequaat is en dat voor kwetsbare groepen er al een soort polisselectie heeft plaatsgevonden.

Een zesde les is dat het aansturen van marktpartijen door middel van publieke randvoorwaarden en toezichthouders minstens zo moeilijk is als het aansturen van klassieke publieke organisaties. De belangrijkste oorzaak is dat de overheid altijd een informatieachterstand heeft ten opzichte van private partijen die de markt veel beter kennen. Toezichthouders kunnen bovendien pas veelal achteraf ingrijpen en het onheil is dan vaak al geschied. In een kwetsbaar gebied als de gezondheidszorg betekent dit dat vaak voorzorg en 'early warning'-systemen in het toezicht verankerd moeten zitten, omdat we ons niet kunnen permitteren te wachten op sancties door de markt zelf, zoals krimp of faillissement. Vaak is de kwaliteit van zorg en management namelijk al veel eerder in gevaar.

Ten zevende leert elke vorm van marktwerking en regulering dat er een onvermijdelijke ruil is tussen doelmatigheid en inkomenssolidariteit. De efficiëntie van markten komt vooral tot stand als partijen consumenten op koopkracht mogen selecteren en hen een zo adequaat mogelijk producten- of dienstenpakket naar koopkracht kunnen bieden. Wanneer marktwerking plaatsvindt in een sector waarin toegankelijkheid voor alle inkomens gegarandeerd moet worden, zullen de doelmatigheidsvoordelen dus geringer zijn. Er dient ook een behoorlijk kostbare bureaucratie opgetuigd te worden om dit te controleren en om risico's en kosten weer te verevenen. Ook zullen belangrijke voordelen van marktwerking mogelijk niet worden bereikt, omdat de zorgverzekeraars onvoldoende bevoegdheden zullen krijgen om werkelijk te sturen of te selecteren in het curatieve zorgaanbod.

Dan heeft de zorg natuurlijk nog een aantal specifieke kenmerken die marktwerking hier tot een moeilijker instrument kunnen maken dan in andere sectoren. De beschikbaarheid en betaal-

baarheid van gezondheidszorg zijn verankerd in de Grondwet en krijgen veel maatschappelijke en dus politieke aandacht. Het is een sector met kwetsbare klanten, die vaak weinig inzicht in de dienstverlening hebben en dus zonder macht en met veel afhankelijkheid tegenover professional en verzekeraar staan. De collectieve kosten zijn een belangrijk politiek en economisch onderwerp door de relatie met koopkracht en 'koopkrachtplaatjes', de hoogte van de collectief verplichte premie en de concurrentiepositie van het bedrijfsleven.

Redenen om voorzichtig te zijn met marktwerking in de zorg, maar nog geen argument om er principieel tegen te zijn. Er zijn allerlei randvoorwaarden en beperkingen te formuleren die de grootste te verwachten problemen en onzekerheden aanpakken. We zien ook ontwikkelingen in de samenleving en in Europees verband die niet goed met aanbodplanning alleen te keren zijn. Daarbij leidt de ook door ons gewenste brede basisverzekering hoe dan ook tot grote vragen over de samenkomst van bestaande verschillende systemen in ziekenfonds, particuliere verzekering en collectieve contracten. De discussie wordt niet meer blanco gevoerd.

### **Deelmarktbenadering**

De hele optelsom van deze lessen uit marktwerking toegepast op de zorgsector geeft al aan dat het daar een zeer kwetsbaar instrument is dat niet gemakkelijk de voordelen zal brengen waar theoretisch op wordt gerekend. Wij pleiten hierna daarom voor een zeer scherpe focus, een stevige regie en een hele duidelijke volgorde in stappen. In de kern menen wij dat veel specifiekere gekeken moet worden naar de deelmarkten binnen de zorg waar dit instrument wel goed werkzaam kan zijn, in plaats van te spreken van de marktwerking in de zorg en in plaats van een algemeen heilsgeloof in dit instrument over de volle breedte van de zorg.

Alles overziende menen wij dat marktwerking feitelijk vooral een goed instrument is in de electieve curatieve zorg en delen van de

chronische zorg (waar per definitie goed ingevoerde mondige patiënten voorkomen). Dit werken we hierna uit. De hele rest van de zorg, dat zijn dus de andere onderdelen van de curatieve zorg, zoals acute en urgente zorg, maar ook opleidingen, en andere grote delen van de zorg, zoals preventie en forse delen van de care (met uitzondering wellicht van de thuis- en kraamzorg), lenen zich hier veel minder voor. Op dit moment wordt geëxperimenteerd met marktwerking in 10% van de ziekenhuiszorg, dit is dus nog geen 3% van het totale zorgaanbod! Voor die andere onderdelen die dus verreweg het grootste deel van onze gezondheidszorg zijn, kiezen wij hierna voor systemen van 'slimme aanbodsturing' oftewel (maatschappelijk) ondernemen binnen de publieke sector in plaats van marktwerking.

#### **4.2 Kansen voor marktwerking in de electieve curatieve zorg: innovatie en heldere competitie**

De toegenomen koopkracht, de gegroeide mondigheid bij burgers, de grotere aanwezigheid van privaat kapitaal, de snelle technologische ontwikkelingen en het openbreken van internationale markten voor zorg en dienstverlening, zijn de hoofdaanleidingen om bij de uitvoering van de basisverzekering te kiezen voor gereuleerde marktwerking. Zowel in het nieuwe beginselprogramma als in vele politieke keuzen heeft de PvdA het standpunt ingenomen dat er geen principiële bezwaren zijn tegen (vormen van) marktwerking. Zeer belangrijke en tegelijk kwetsbare sectoren als voedselvoorziening, benzinedistributie of luchtvaart zijn allen onderhevig aan het pure marktmechanisme binnen blijkbaar afdoende wettelijke kaders. Ook in de gezondheidszorg, vooral de curatieve zorg, kan marktwerking een goed middel zijn om publieke dienstverlening te dynamiseren of betaalbaar te houden.

Voor de curatieve, op behandeling gerichte sector, ondergebracht in de basisverzekering, zien wij kansen voor een sturing via gereuleerde marktwerking. Dat geldt zowel voor de basisverzekering

als voor het zorgaanbod. Aan de aanbodzijde geldt immers dat van alle zorg de curatieve zorg het meest met internationale verhoudingen te maken heeft. Dit betreft zowel de verspreiding van innovaties en wetenschappelijke kennis, de mogelijke vestigingskeuze van gediplomeerde professionals als ook de speurtocht door de patiënt naar het beste aanbod. Dit laatste geldt vooral voor de electieve zorg. Bij electieve zorg is de diagnose gesteld, maar kan een patiënt nog redelijk goed functioneren en de tijd nemen om optimaal te kiezen. Op deze keuzemogelijkheden en verdergaande internationalisering zal moeten worden ingespeeld. Europa bereidt zich daar ook al op voor. Meer dynamiek en ondernemerschap horen daarbij. Recente commerciële initiatieven illustreren dat innovatie, concurrentie en lagere prijzen goed samen kunnen gaan in het electieve segment.

Wij kiezen bij de uitvoering van de basisverzekering op dit onderdeel voor gereuleerde marktwerking omdat dit nieuwe impulsen kan geven. De positie van medische professionals is in de curatieve zorg erg beschermd op een wijze die terecht hybride mag heten. Zowel binnen de ziekenhuisorganisatie als op nationaal niveau zijn er allerlei traditionele beschermingsmechanismen die onduidelijkheden genereren. Wie bewaakt en sanctioneert kwaliteit: management of professional? Wie draait op voor schadeclaims: organisatie of dokter? Wie bepaalt groei en aard van medische specialisaties: beroepsgroep of markt? Wie bepaalt en sluit het contract met de medisch specialist: maatschap of ziekenhuis? Wie bepaalt de beloning: minister, management of honorariumcommissie? Commercie en concurrentie kunnen prikkels geven om hierin meer over te gaan op de normale spelregels van private professionele organisaties, zoals accountancyfirma's of advocatenkantoren. Het kan ook prikkelen tot innovatief ondernemen buiten de ziekenhuismuren, zoals diverse zelfstandig behandelcentra (ZBC) laten zien. In diverse klinieken voert men heup- of staaroperaties snel en vakkundig uit. Wachtlijsten worden weggevoerd. Dit soort private en commerciële initiatieven moeten we niet blokkeren, maar als aanvullend zien. Vooral tussen de



bestaande zorgaanbieders en zorgverzekeraars dient de competitie op prijs en kwaliteit verder toe te nemen.

Ten slotte vinden wij politieke consistentie en zorgvuldigheid van handelen bij grootschalige veranderingsprocessen belangrijk. Een SER-advies over ziektekostenverzekeringen van enige jaren terug was unaniem en koos voor gereguleerde marktwerking<sup>14</sup>. Dit SER-advies staat ook uitvoerig stil bij de vele randvoorwaarden die nodig zijn om tot een evenwichtig bestel te komen. Het advies is overgenomen door opeenvolgende kabinetten en de voorbereidingen hiervoor zijn in volle gang. De gehele zorg bevindt zich nu al jaren in een mistig soort overgangsfase. Het is geen 'totalitaire' overheidsplanning meer en het is nog lang geen markt. De kans op mislukkingen is alleen al door die overgangstijd groot. Om al deze redenen ondersteunen wij nog steeds de principiële keuze voor meer marktwerking in delen van de gezondheidszorg.

### **Winstuitkering in sommige gevallen toelaten en publiek eigendom waarborgen**

Een apart punt van aandacht is de vraag hoe we aankijken tegen de winstprikkel in het zorgaanbod. Mogen externe aandeelhouders via dividenduitkering profiteren van de activiteiten van beursgenoteerde zorgconsortia? Is dat nodig? Voegt het wat toe? Allereerst dient een vaakvoorkomend misverstand rechtgezet te worden. Binnen de curatieve zorg wordt reeds op allerlei manieren winst gemaakt of goed geld verdiend aan de gezondheidszorg: via salarissen, via professionele inkomsten gebaseerd op tarieven en verrichtingen, via de declaraties van interim-managers, via farmaceuten die medicijnen leveren en ontwikkelen, via leveranciers zoals ICT-bedrijven en aannemers, via zelfstandig ondernemerschap van zorgverleners zoals apothekers en fysiotherapeuten. Er bestaan al commerciële initiatieven binnen de electieve zorg, variërend van rugklachten tot staaroperaties en gespecialiseerde diagnose-units. Ook recente private initiatieven

<sup>14</sup> SER-advies (2000) Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen.

in de vorm van zelfstandige behandelcentra, die officieel onder stichtingsvlag opereren, kennen natuurlijk vormen van winstdeling via de honorering van de professionals. Linksom of rechtsom: in de zorg wordt geld verdiend. Soms gebeurt dat in de vorm van winst, ook al wordt die niet altijd als dividend uitgekeerd, maar in andere vormen zoals honorarium of verwerkt in een opslag op de kostprijs van leveranciers.

Het gaat dus uiteindelijk over de afweging of we willen dat zorgorganisaties winst kunnen uitkeren aan derden, hetzij personen (bijvoorbeeld een maatschap van dokters), hetzij organisaties (bijvoorbeeld pensioenfondsen of internationale concerns). Daarmee krijgen die zorgorganisaties immers officieel een winstdoelstelling waardoor zij niet langer uitsluitend non-profit zijn met de mogelijkheid op onderdelen for-profit te werken. Vervolgens leidt de positie van externe aandeelhouders niet alleen tot vragen over hun rechten op zeggenschap, eigendom en winst, maar ook over hun plichten en hun aansprakelijkheid voor slecht beheer. Via deze discussie over winst hebben we dus feitelijk een discussie over verdergaande privatisering in de vorm van het overdragen van zeggenschap en eigendomsrechten van ziekenhuizen! Als aanvulling op het huidige landschap van non-profitorganisaties zijn we er niet tegen dat een enkele instelling ook op commerciële basis opereert. Immers, hiervoor hebben we aangegeven dat 'winstuitkering aan derden' niet zo ver afligt van andere vormen van inkomen en winst in de zorg. We houden wél bezwaren wanneer het commerciële curatieve zorgmodel het dominante model zou zijn. Het toestaan van vormen van winstuitkering dwingt de professionele beroepsgroepen een heldere keuze te maken tussen de rol van 'werknemer' of die van 'ondernemer'. Voor maatschapachtige constructies, waarbij wel voor eigen rekening en risico wordt ondernomen door medisch specialisten, zou op deze manier immers meer de weg vrijgemaakt kunnen worden. Beschermingsconstructies via de overheid die tussen werknemerschap en ondernemerschap in zitten en ook een heldere management structuur verhinderen, kunnen dan vervallen.

Indien toegestaan wordt dat extern aandeelhouderschap vergroot wordt, dan is het wél essentieel dat regelgeving garandeert dat cruciale zorgvoorzieningen niet in verkeerde handen vallen of de kwaliteit van zorg onder de maat raakt, maar gegarandeerd blijft via waarborging van publiek eigendom. Met andere woorden: voor sommige cruciale bouwlocaties, dure apparatuur en opleidingsinfrastructuur zou juridisch gezien 'bruikleen' of 'vruchtgebruik' door dergelijke externe aandeelhouders de beste oplossing zijn.

### Voorwaarden voor vervolgstappen

In een beperkt gedeelte (10%) van deze electieve ziekenhuiszorg is momenteel sprake van de eerste stappen naar marktwerking en vrije prijsonderhandelingen. Wij houden vast aan een dergelijke voorzichtige start.

Zolang de mededingingstoezichthouder (de Zorgautoriteit) nog niet operationeel is, wensen wij geen verdere stappen. De uitkomsten van de huidige onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars moet bovendien ook eerst grondig geanalyseerd worden. Uitbreiding van de marktwerking kan alleen plaatsvinden als de kwaliteit is verbeterd. Het afnemen van wachttijden en behoud van pluriformiteit zijn bijvoorbeeld goede kwaliteitscriteria. Lagere prijzen met een verschaald zorgaanbod vormt natuurlijk een ongewenste uitkomst. Tevens willen we erg goed kijken of er toch geen neiging tot risicoselectie plaatsvindt bij (sommige) zorgverzekeraars en dat het betreffende vereveningssysteem goed functioneert.

Als in deze meer algemene voorwaarden voorzien is, leren onze lessen uit marktwerking voor de zorg dat wij pas verder willen met het systeem van marktwerking in de curatieve sector als voldaan is aan de volgende eisen:

- er zijn *normen* vastgesteld voor kwaliteit, minimum aantal aanbieders en hun productiecapaciteit (geen grote schaarste!) per relevante regio, evenals het minimum aantal verzekeraars en het toezicht hierop;

- de *rollen* zijn goed verdeeld wat betreft sturende bevoegdheden van zorgverzekeraars, interventiemogelijkheden van overheidstoezicht zoals de inspectie en de mededingingsautoriteit, maar ook het toezicht op het functioneren van de top van de ziekenhuizen (governance) en de keuze- en klachtmogelijkheden voor de individuele burger; tevens willen we dat de ketenverantwoordelijkheid goed voorzien is, dit kan bijvoorbeeld door een leveringsplicht voor regionaal geschakelde zorgaanbieders en een zorgplicht voor zorgverzekeraars;
- de *zeggenschap* is goed geregeld over eigendom, opleidingen en infrastructuur, maar ook binnen instellingen terzake van de relatie met de betrokken professionals en hun vergoeding, contract e.d.;
- de *tarieven* zijn helder, vooral de maximum tarieven, mede in relatie tot de gewenste premiehoogte van de basisverzekeringsspolis (te dure prijzen leiden immers uiteindelijk tot druk op de premiehoogte en daarmee de zorgtoeslag!);
- eventuele oneigenlijke *constructies* rond het grensvlak van geliberaliseerde en niet geliberaliseerde zorg zijn opgespoord en aangepakt;
- tenslotte dient het maatschappelijk vertrouwen te bestaan dat partijen daadwerkelijk invulling zullen geven aan hun rol.

### 4.3 Kritiek op de implementatie door dit kabinet

Ook het kabinet Balkenende 2 kiest voor een basisverzekering met meer dynamiek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van gereguleerde marktwerking.

Dit neemt niet weg dat we vele vragen hebben bij de huidige concrete aanpak tot implementatie hiervan. Allereerst hebben we, zoals al gezegd, principiële bezwaren tegen de keuze voor een systeem van hoge nominale premies en een onzekere inkomens-toeslag. Tevens gaven we al aan dat het niet juist is dat er een onvoldoende heldere visie op de toekomst van de AWBZ is. Maar rond de gekozen invulling van marktwerking als sturingsbenade-

ring ontbreekt nog meer als we ons kader zoals we dat hiervoor weergaven, volgen.

Veel randvoorwaarden zoals we die aangaven, zijn ook nu nog onvoldoende ingevuld. Het gaat hier toch om inzichten die inmiddels na vele jaren van ‘experimenteren’ met marktwerking in vele sectoren van publieke dienstverlening gemeengoed hadden moeten zijn. Zonder de navolging van deze inzichten, worden de doelen van marktwerking niet gehaald (samen te vatten als: meer innovatie, meer keuzevrijheid en prijsdruk). Daarnaast dreigt het gevaar van (soms onherstelbaar) verlies van voorzieningen, kwaliteit en vertrouwen.

Wij pleiten er eveneens voor dat het veranderingsproces plaatsvindt onder duidelijke regie van de Nederlandse overheid en dat wij niet overvallen worden door Europese rechtspraak. Wij kiezen voor een publiekrechtelijk bestel, ook omdat daarin beter afdwingbare aanvullende eisen aan zorgverzekeraars gesteld kunnen worden. De privaatrechtelijke vormgeving van het nieuwe verzekeringsstelsel die door het kabinet Balkende 2 is gekozen, leent zich daarvoor slecht. Die vormgeving is bovendien te veel ondergeschikt en kwetsbaar voor Europese richtlijnen en rechtspraak. De keuze voor een privaatrechtelijk stelsel levert extra grote onzekerheid op over de vraag of publieke belangen bij private partijen mogen worden afgedwongen. Een zaak die onvermijdelijk bij het Europese Hof zal worden aangebracht. Dit levert grote financiële risico's op. Als de Nederlandse staat wordt teruggefloten, hebben private partijen tegen grote kosten een plek op de markt verworven. Zij zullen dan ongetwijfeld met stevige schadeclaims reageren.

### **Een publiekrechtelijk bestel als alternatief**

Per saldo staan wij dus zeer afwijzend tegenover de aanpak van de introductie van marktwerking in de basisverzekering door het huidige kabinet. Kort gezegd: er worden fouten gemaakt in de kaderstelling en fasering en de regie wordt onnodig uit handen gegeven. De contouren van ons eigen alternatief zijn daarmee wel

aangegeven. Wij zouden veel meer investeren in toezicht en normering vooraf en kiezen voor een publiekrechtelijk verzekeringsstelsel om meer grip op het proces te houden. Wij zouden net als dit kabinet ook inzetten op transparantie van kostprijzen, maar dit minder complex vormgeven, en de belangrijkste schaarstefactor, namelijk die in opleidingen en vestigingseisen van professionals, eerder aanpakken. Wij zouden de rechten én plichten van verzekeraars scherper omschrijven. Ten slotte dient de (bestuurlijke) aandacht beter verdeeld te worden. Nu gaat veel aandacht uit naar de circa 10% van de vooral electieve curatieve zorg die via onderhandelingen vrij en op basis van transparante prijzen worden gecontracteerd. Juist bij de overige 90% valt echter het meest te winnen. Het zou beter zijn geweest om elementen van competitie en transparantie binnen het publieke domein te versterken. Daar kan nog heel veel gebeuren. Via dynamische benchmarking kan bijvoorbeeld duidelijk worden welke instellingen beter presteren. Ieder jaar moeten prijzen en prestaties vergeleken en bijgesteld worden. De goede instellingen worden beloond en de inefficiënte aangepakt. Wij werken dit type sturing op het aanbod binnen het publieke domein verder uit bij de maatschappelijke ondernemingen in de care.

Kortom: ook voor de PvdA is er in de gezondheidszorg een stelselverandering nodig. Deze dient nog steeds uit te gaan van de introductie van (gereguleerde) marktwerking, maar de aanpak zou fundamenteel anders moeten zijn dan nu is voorgenomen. Tevens mag de aandacht voor het introduceren van marktwerking in 10% van de curatieve zorg er niet toe leiden dat de overige 90% niet worden geprikkeld tot meer innovatie en doelmatigheid door de introductie van slimme aanbodsturing.

## **4.4 De rol van verzekeraars**

Juist in de zorg is er evenwicht, of samenspel nodig tussen de drie signalen: ‘weglopen’ (naar een andere partij), ‘de stem verheffen’

(inspraak via cliënten- of verzekerdenraden) of 'loyaal blijven' aan een bestaande zorgaanbieder. Stemmen met de voeten is als voornaamste sturingsprincipe in de gezondheidszorg niet functioneel. Wanneer iedereen jaarlijks van verzekeraar wisselt, kunnen verzekeraars ook geen duurzame relatie met zorgaanbieders ontwikkelen. Van langetermijnafspraken over kwaliteit en preventie zal dan weinig terecht komen. Met andere woorden: de zorg kan het niet alleen van concurrentie hebben. Daarom zijn juist de twee andere mogelijkheden waardevol: de stem verheffen en het opbouwen van een relatie op basis van loyaliteit. Deze mechanismen moeten niet vrijblijvend voorgesteld worden, maar dwingend ingebed.

Zorgverzekeraars concurreren met collectief bepaalde en verplichte premies. De betaalbaarheid van ziektekostenpremies zou door concurrentie dus gegarandeerd moeten worden. Maar de voorwaarde hiervoor is dat verzekeraars ook echt met elkaar rivaliseren. Als dit niet gebeurt, en er in plaats daarvan een verzameling van regionale verzekeringsmonopolies ontstaat in combinatie met regionale monopolies van zorgaanbieders, dan komt van betaalbare premies helemaal niets terecht. Daarom vinden wij dat regionale marktaandeelen van verzekeraars die uitkomen boven de (toch al royale) 40%, moeten worden bestreden. Daarvoor zijn verschillende maatregelen denkbaar, variërend van een gedwongen acceptatiestop tot de opsplitsing van regionaal dominante verzekeraars.

### **Beschikbaarheid van aanbod**

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij voldoende aanbod in de diverse regio's garanderen. Maar aan beschikbaarheid (en noodzakelijke overcapaciteit voor piekbelastingen) hangt een prijskaartje dat niet altijd door feitelijk gebruik gedekt zal worden. Hier faalt de markt. Marktpartijen hebben immers het liefst dat anderen de prijs voor beschikbaarheid betalen. Hier leidt zogenaamde regie door heftig met elkaar concurrerende verzekeraars tot een warboel. Met de groeiende marktwerking in de zorg kan de

beschikbaarheid van de eerstelijns (huisarts, fysiotherapeut en tandarts) en de acute zorgverlening in gevaar komen. De beschikbaarheid (en instandhouding) van een goed zorgaanbod wringt dus met een volledige marktwerking op sommige marktsegmenten.

In de curatieve zorg, te starten met de electieve zorg, denken we dat via concurrentie en inkoopgedrag van verzekeraars een volwaardig en goed gespreid zorgaanbod tot stand kan komen, mits aan de voorwaarden van een doorzichtige en concurrerende markt wordt voldaan. Er zal wel een zwaar vangnet nodig zijn bij een aantal publieke randvoorwaarden, zoals het tegengaan van risicoselectie, de borging van toegankelijkheid en de bewaking van kwaliteit. Maar dan nog zijn er functies in de zorgketen die bij onverwachte grillen van de markt in het gedrang kunnen worden, zoals de acute zorg in een streekziekenhuis.

Wij pleiten er in dit verband echter niet voor om de gebouwde infrastructuur geheel in publieke handen te brengen, wel moet duidelijk het uiteindelijk eigendom goed geregeld zijn. Voor sommige bouw zal dit betekenen dat deze in publieke handen moeten blijven, met overigens mogelijkheden om dit innovatiever, bouwkundig en financieel, in te vullen. Bouwfaciliteiten moeten veel flexibeler de innovatieve zorg volgen dan nu het geval is. We moeten bovendien af van de vanzelfsprekendheid dat dit met publiek geld wordt bekostigd en op deze manier toe groeien naar meer zakelijke ondernemende afwegingen. De verspilling van steen en technologie is op sommige plaatsen groot; betere marktprikkels kunnen daar goed werk doen om beschikbaarheid ook doelmatig te laten worden. De nu opkomende experimenten met publiek-private samenwerking - analoog aan de experimenten in ziekenhuis- en scholenbouw in Engeland ('private finance initiative') - juichen we toe.

## 4.5 Maatstafconcurrentie en maatschappelijk ondernemerschap in de WMZP

Er dient een heldere visie op de toekomst van de AWBZ te worden geformuleerd is. Dit is veelal een gebied van zorg voor de zeer kwetsbaren. Verpleging en verzorging worden soms binnen de muren van instellingen geleverd, maar steeds vaker daarbuiten. Als er binnen de muren (intramuraal) zorg geleverd wordt, betreft het meestal (heel) langdurig verblijf van patiënten die zeer afhankelijk en minder mondig zijn. Aangezien 'stemmen met de voeten' dan niet aan de orde is, zal marktwerking niet effectief zijn. Dergelijke langdurig verplegende zorg (binnen of buiten de muren van instellingen) is bovendien zeer verweven met het aanbod aan wonen, openbaar vervoer en onderwijs. Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor deze taken. Hier pleiten we daarom voor gemeentelijke regie, waar nodig regionaal georganiseerd. Dynamiek en doelmatigheid ontstaan, omdat gemeenten de uitvoering kunnen overlaten aan maatschappelijke ondernemingen binnen een helder systeem van eisen. Het gaat hier om een alternatief model voor de huidige dominantie van het marktdenken. Hierbij staat veel meer solidariteit tussen burgers centraal. Tevens is het een echt Nederlands model, omdat we maximaal profiteren van het feit dat de Nederlandse zorg nu (nog) gedomineerd wordt door private non-profitorganisaties. Dus partnership met duidelijke spelregels.

Gemeenten kunnen dit goed combineren met hun bestaande rollen rond bijstand, voorzieningen voor gehandicapten, wonen en stedelijke herstructurering en dan ook doelmatigheidswinst behalen. Een groot voordeel van gemeentelijke verantwoordelijkheid is dat binnen de lokale democratie keuzen worden gemaakt over de manier waarop de ondersteuning van ouderen en mensen met handicap of chronische ziekte vorm krijgt. Via de lokale democratie zijn bestuurders rechtstreeks aanspreekbaar op hun beleid en worden ze afgerekend op de resultaten. Via benchmarking of maatstafconcurrentie kunnen burgers inzicht en invloed krijgen,

óók op de gemeentelijke prestaties. In aanvulling hierop pleiten we voor de mogelijkheid om patiënten een budget te geven waarmee ze, al dan niet met hulp van een zaakwaarnemer (zoals een familielid), zelf de zorgverlener kunnen uitzoeken. Zorgverleners moeten ook in dit geval duidelijk maken waarop de gebruiker kan rekenen: het handvest geeft aan wat de gebruiker mag verwachten (de leveringsvoorwaarden). Het gaat hier om een grote omslag en een complexe operatie voor alle betrokken partijen. Alleen met zorgvuldige fasering en een duidelijke regie kunnen de voordelen van kleinschaligheid en lokale organisatie behaald worden.

Als dit goed wordt uitgevoerd, is er geen noodzaak en waarschijnlijk ook weinig ruimte voor (meer) puur commerciële partijen. Deze hoeven echter niet geweerd te worden, mits zij zich onderwerpen aan hetzelfde toezicht- en sanctieregime als alle andere (maatschappelijke) ondernemingen. Bij een dergelijk systeem hoort een vergunningstelsel op publiekrechtelijke grondslag.

Er zijn nu ook commerciële aanbodpartijen in de care, zoals sommige thuis- en kraamzorgorganisaties en een aantal concerns die actief zijn in de ouderenzorg. Daarnaast wordt het de bestaande organisaties toegestaan profitgerichte activiteiten te vervullen, maar binnen een non-profitmissie en binnen duidelijke randvoorwaarden. Wij denken dat dit geheel, gevoegd bij een uitgesproken regie bij de lokale overheid en met duidelijke sancties, voldoende waarborgen biedt om een zekere dynamiek en innovatie ook werkelijk te bereiken.

De WMZP is een verzekering die maximaal inkomenssolidair is en waarin grote delen van de huidige AWBZ, WVG en Welzijnswet opgaan. De sturing op de uitvoering zien wij in een democratisch gelegitimeerde en bestuurd regie op lokaal of regionaal niveau. Alleen regie, want de werkelijke uitvoering van zorg blijft ondergebracht bij maatschappelijke ondernemingen. Gemeenten en regio's hebben keten- en inkoopregie, onder andere in de keuze tussen verschillende maatschappelijke ondernemingen. Op den

duur zal zich dit in onze ogen ook vertalen naar een verdere extramuralisering van deze instellingen, nog dichterbij de burger, zoals de laatste jaren al in gang is gezet.

Met dit alles hopen we te bereiken dat er een duidelijke rechtszekerheid is die gebaseerd is op nationale solidariteit, dat er regie ontstaat die democratisch gelegitimeerd is en zich lokaal verbindt met processen van woningbouw, mobiliteit en welzijn, en dat de dynamiek binnen het geheel van betrokken maatschappelijke ondernemingen gericht wordt op professionaliteit, ondernemerschap en een betrokkenheid dicht op het lokale niveau.

Dit betekent een grote omslag, zowel voor gemeenten als voor de huidige zorginstellingen. Maar die is ook weer niet zo groot als wel gedacht wordt. Er is toch al veel gaande aan extramurale initiatieven en ketenbenaderingen van zorgaanbieders. Er gebeurt al veel aan verandering van woningbouw naar bepaalde zorgdoelgroepen in samenwerking tussen gemeenten, corporaties en zorginstellingen. Er is al veel meer oog voor de samenhang tussen volksgezondheid en 'gewone' gezondheidszorg. Niettemin zal deze overgang zorgvuldig en gefaseerd uitgevoerd moeten worden, met een goed oog voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Het gaat uiteindelijk om een grote en ingrijpende operatie in een zeer kwetsbaar publiek goed. Gemeenten zullen fors moeten investeren in kennis en regiekwaliteiten in een veld waar dit tot nu toe maar beperkt gevraagd wordt. De betrokken zorgorganisaties zullen een forse (verdere) heroriëntatie naar kleinschaligheid en lokaal niveau moeten plegen. Het eindresultaat hiervan kan heel goed zijn, maar de weg ernaar toe is niet gemakkelijk voor de betrokken gemeenten en zorginstellingen. Dit betekent ook een duidelijke krachtige nationale regie op dit proces. Voor een heldere fasering is daarbij van belang dat beleidsmatige instrumenten (geld, zorgdomein, contracteerbevoegdheden etc.) die lokaal worden toebedeeld vervolgens pas na bewezen kwaliteit en doeltreffendheid, nationaal worden afgebouwd.

#### 4.6 Maatschappelijke ondernemingen in de zorg: een alternatief model

De Nederlandse gezondheidszorg kent een groot aantal particuliere instellingen, verzekeraars en professionals die niet in de eerste plaats gericht zijn op winst maken. Zij verlenen publieke diensten en dragen bij aan de kwaliteit en beschikbaarheid van goede gezondheidszorg. Het zijn maatschappelijke ondernemingen die steeds vaker gebruik maken van principes uit het bedrijfsleven, zoals klantgerichtheid, bedrijfsmatigheid, innovatie en competitie. Deze instellingen hebben behoefte aan een ruime mate van autonomie in hun bedrijfsvoering. Veel beleidsinspanningen van de afgelopen jaren hadden echter de neiging om de zorg te bureaucratiseren vanuit een afrekencultuur en verkeerd begrepen contractmanagement.<sup>15</sup> In feite werd de autonomie van zorginstellingen ontkend. Natuurlijk is er in de zorg sprake van regulering. Ter vermijding van werkelijk marktfalen (een faillissement) grijpt de overheid vroegtijdig in. De gezondheidszorg zou echter een modernere aansturing moeten kennen van deze maatschappelijke ondernemingen.

Moderne en strenge aansturing van maatschappelijke ondernemingen op de wijze zoals we die hiervoor hebben geschetst, is vooral nodig bij de uitvoering van de langdurige verpleging en verzorging, preventie en de ondersteunende welzijndiensten. Juist in die sectoren gaat marktwerking met mondige patiënten die stemmen met de voeten vaak niet op.

Hieronder schetsen wij een aantal contouren van een aansturingssysteem dat overigens ook toegepast kan worden in andere sectoren. Omgekeerd zijn wij ook schatplichtig aan de ervaringen uit andere sectoren.

Dus: hoe ziet die aansturing van maatschappelijke ondernemingen in de zorg eruit?

---

<sup>15</sup> zie ook recente WRR-rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening'.

Allereerst moet er sprake zijn van een sterk publiekrechtelijk kader met een vergunningensystematiek (bijvoorbeeld op vijfjaarsbasis) met eisen aan de organisaties die worden toegelaten tot de sector.

Ten tweede stellen wij als eis aan het bestuursmodel (de governance) vooral dat er sprake is van een not-for-profit-doelstelling (hetgeen het hebben van for-profitactiviteiten niet verbiedt!). In de organisatie moet er ook sprake zijn van maatschappelijke belangenhouders, waaronder het recht op publiekelijk ter verantwoording roepen van de Raad van Toezicht (RvT). Hier hoort bij dat we ook eisen stellen ten aanzien van de invloed van cliënten en patiënten. Als voorschriften voor het management (RvB) zien wij het eindige en flexibele managementcontract (waardoor falend management naar huis wordt gestuurd vóór de gehele instellingen in gevaar komt, ook wel een managementlicentie genoemd), een screening van het te benoemen management, een verbod op herintreden in de sector bij eerder falen en als laatste een maximering van de beloning. Wanneer de RvT in een bepaalde periode (vier jaar?) ondermaats presteert ten opzichte van de benchmark, moet de RvT extern (bijvoorbeeld door een agentschap) onder curatele gesteld worden.

Ten derde kunnen ook aan de 'economie' van dergelijke organisaties eisen gesteld worden, bijvoorbeeld de maximering van het percentage overheadkosten en de maximering van het percentage vermogensreservering, beide ten opzichte van het totale jaarbudget. Daarnaast moeten overwinsten terug naar de centrale kas. Overwinst wordt naar rato verdeeld onder de beste performers op een aantal kengetallen (maatstafconcurrentie belegd met echt geld). Een laatste eis aan de economie van deze organisaties: ieder jaar wordt de onderste 5 procent van de sector aangepakt. Tenslotte, kijkend naar de hele sector, moeten er normen gesteld worden voor het minimaal aantal aanbieders per deelmarkt en daarmee de keuzemogelijkheden van gemeenten en patiënten.

Gezien het feit dat maatschappelijke ondernemingen fors geprofessionaliseerd zijn en inmiddels ook een grote schaal hebben

bereikt, kan het toezicht en de bevordering van dynamiek in dit bestel niet gelegd worden op het niveau van de gemeenten zelf. Zij zijn er voor de regie, het inrichten van de diverse ketens van voorzieningen en het betaalbaar en toegankelijk houden van dergelijke voorzieningen. Zij moeten daarbij zaken doen met grote, professionele organisaties, waarbij het streven moet zijn dat ze ook werkelijk wat te kiezen hebben. Het toezicht op, ingrijpen in en dynamiseren van het functioneren van deze organisaties (dat niet zomaar door concurrentie zal ontstaan gegeven de huidige situatie) kan beter plaatsvinden op nationaal niveau, waarbij er uiteraard wel sprake moet zijn van goede uitwisseling van informatie over dit functioneren tussen beide niveaus.

## Samenvatting Hoofdstuk 4

### Sturingsfilosofie: dynamiek en publieke waarborgen

**De PvdA kiest voor dynamiek en doelmatigheid in de zorg.**

**Wij doen dat door:**

- voor de grote meerderheid van de zorg (zo'n 90%) te kiezen voor publieke regie en kaderstelling, liefst lokaal (zoals in preventie en care) en uitvoering door maatschappelijke ondernemingen in een competitief en dynamisch bestel; alleen in de electieve of planbare curatieve zorg zien we goede kansen voor gereguleerde marktwerking waarbij we uitdrukkelijk allerlei randvoorwaarden en basiscondities benoemen (in navolging van het SER advies) vanwege het specifieke karakter en de kwetsbaarheid van de zorg;
- aan te dringen op transparantie en helderheid rond randvoorwaarden en op een duidelijke sturing en regie. In duidelijke stappen de marktwerking te introduceren. We geven ook duidelijke criteria indien gekozen moet worden inzake verdergaande marktwerking;
- om die reden te kiezen voor een publiekrechtelijke vormgeving van het bestel van de basisverzekering en niet de huidige keuze voor een privaat rechtelijk bestel;

- de structurele beschikbaarheid van de ketens van opleidingen en acute zorg te garanderen temidden van de toenemende marktwerking in de basisverzekering onder andere door de publieke zeggenschap over de infrastructuur te waarborgen; eisen te stellen van leverzekerheid (aan regionaal samenwerkende zorgaanbieders) en zorgplicht (aan zorgverzekeraars);
- zorgverzekeraars die meer dan 40% marktaandeel in een regio hebben te dwingen marktaandeel te verminderen;
- winstuitkering in bepaalde gevallen toe te staan;
- bij marktwerking als instrument beter lering te trekken uit eerder opgedane ervaringen;
- de burger met benchmarking of maatstafconcurrentie inzicht en invloed te geven op de prestaties van maatschappelijke ondernemingen en van gemeenten;
- voor de care in te zetten op een nationale volksverzekering die lokaal wordt uitgevoerd en geregisseerd wordt uitgevoerd in partnerschap met maatschappelijke ondernemingen. Deze laatste worden ondergebracht in een publiekrechtelijk bestel met vergunningen, eisen en prikkels tot goed functioneren en sancties bij slecht functioneren. Toezicht en dynamiseringsopgave liggen op nationaal niveau in nauwe samenwerking met gemeenten;
- de implementatie van deze vergaande decentralisatie van een groot terrein van zorg zorgvuldig onder te brengen in een nationale stapsgewijze regie.

## 5. Het pakket: keuzen in de zorg

De PvdA bepleit van oudsher een breed pakket van publiek geborgde aanspraken op zorg, met premies die zoveel mogelijk inkomensafhankelijk zijn. De PvdA wil zo bewerkstelligen dat iedereen toegang heeft tot alle noodzakelijke zorg. Een laag inkomen mag nooit reden zijn om van zorg af te zien. Dat pleidooi handhaven we, en we kiezen voor een ruim maar zeker geen uitbundig pakket in de basisverzekering. Het uitgangspunt is dat de basisverzekering zorg biedt die noodzakelijk, nuttig, en aantoonbaar effectief is, en tegen een redelijke prijs kan worden geleverd. Criteria die al eerder door de Commissie Dunning werden opgesteld. In die zin is het basispakket ook geen statisch gegeven. Een ruim basispakket is voor de PvdA een principieel uitgangspunt - solidariteit tussen rijk en arm, tussen gezonden en zieken. Maar bovendien biedt een ruim basispakket ook economische voordelen, namelijk schaalvoordelen, inkoopmacht en mogelijkheden voor verzekeraars om risico's beter te spreiden. Voor aanvullende verzekeringen zijn extra uitvoeringskosten (marketing, beleggings- en verzekeringsrisico's) nodig waardoor wij als maatschappij per saldo duurder uit zijn. Bovendien kunnen wij dan uiteindelijk afglijden naar de situatie waar het aanvullende pakket zo groot wordt, dat het ook onvermijdelijk is. Voor aanvullende verzekeringen bestaat echter géén acceptatieplicht. Chronisch zieken of ouderen kunnen dus niet meer switchen als de geleverde zorg onder de maat is. Of nog erger: zij blijven onverzekerd met zeer onwenselijke situaties tot gevolg. Met een breed basispakket zijn wij als maatschappij niet alleen beter maar ook goedkoper uit.

Naast economische en medische afwegingen, spelen ook afwegingen van ethische (wat hebben we over voor een gezond leven of voor overleven), politieke (hoe ver gaat de collectieve verant-



woordelijkheid) en financiële aard (moet alles verzekerd zijn wat wereldwijd medisch is uitgevonden?). Gezien de complexiteit van dit afwegingsvraagstuk geven wij in dit hoofdstuk vooral denkrichtingen en eerste voorstellen weer en minder pasklare, eenvoudige antwoorden. Het debat hierover is cruciaal, de uitkomst bepalen we samen.

## 5.1 Scherpe keuzen

Toch bepleiten ook wij scherpe keuzes in de basisverzekering. Zowel de vraag naar zorg als het aanbod groeit enorm, en zonder begrenzing wordt de zorg te duur. Het is ook een misverstand te denken dat alle zorg voor iedereen in alle omstandigheden even noodzakelijk is.

Te duur is wel een relatief begrip. Als de welvaart omhoog gaat, mag ook het deel van het inkomen stijgen dat aan zorg wordt besteed. Maar de welvaarts groei willen we ook aan andere zaken besteden, zoals goed onderwijs, veiligheid, of lekker op vakantie kunnen gaan. De afweging hiertussen, en vooral wat tot het collectieve domein behoort en wat niet, is een zaak voor de politiek. Wie als politieke partij afziet van bewuste keuzes, geeft beslissruimte uit handen.

Als voor grote groepen de premielast te hoog en de best mogelijke kwaliteit onbereikbaar wordt, ondermijnt dit de acceptatie van het zorgstelsel. Dit hebben we al eerder geconcludeerd. Verzekerden krijgen dan het idee dat ze geen waar meer krijgen voor hun geld, en zij hebben daarin vaak nog gelijk ook. Scherp kiezen in het verzekerde pakket zorgt voor ruimte voor kwaliteitsverbetering en vergroot de bereidheid van mensen om eraan bij te dragen. De afgelopen jaren heeft dat in de gezondheidszorg geleid tot besluiten die de solidariteit heeft verminderd tussen rijk en arm, en tussen gezond en ziek. Het ziekenfondspakket is ingeperkt en de nominale premies werden verhoogd. Mensen met lagere inkomens zijn een groter deel van de totale premielast

gaan betalen en daarbij komt nu het eigen risico in de vorm van no-claim. De PvdA heeft zich daartegen steeds verzet.

Behalve de wens de kostengroei te beheersen, is er nog een reden om vanuit de politiek scherp de grenzen van het pakket te bewaken. Bij een goed samengesteld pakket zijn er meer mogelijkheden voor de politiek om te sturen op het aanbod en het gebruik van zorg. Van bevolkingsonderzoek wordt doorgaans vooral gebruik gemaakt als het goedkoop en gemakkelijk beschikbaar is. Het gratis beschikbaar stellen van anticonceptiemiddelen vergemakkelijkt het gebruik ervan, voorkomt abortussen of geslachtsziekten en daarmee veel maatschappelijke ellende. Gerichte medische verslavingszorg of psychiatrische dienstverlening moet soms worden opgedrongen, en dat gaat gemakkelijker als het gratis is. Aan de andere kant kan via het al dan niet opnemen in een wettelijk verzekerd pakket, medicalisering worden voorkomen. Commerciële partijen in de zorg hebben belang bij omzet en dus hogere zorgconsumptie. Opname in een wettelijk pakket geeft de wetgever het recht voorwaarden te stellen bij de indicatiestelling en verstrekking van zorg. Dat helpt om onnodige medicalisering tegen te gaan.

Is ons collectief verzekerde pakket smal of breed? In omliggende landen zijn eigen bijdragen hoger. Wel is tandartszorg in het buitenland vaak opgenomen in het verzekerde pakket. Ook lijkt het alsof nieuwe medicijnen en technieken in de rest van welvarend Europa sneller beschikbaar komen. Een aanwijzing dat het ziekenfondspakket smaller is dan veel burgers wensen, is dat de meeste zorg die uit het pakket werd gesneden, meteen werd ondergebracht in vrijwillige aanvullende verzekeringen. Dit geldt zeker voor de tandzorg. Sinds 1995, het moment waarop de aanspraak op tandheelkundige hulp werd ingeperkt, heeft ruim 80% van de ziekenfondsverzekerden gekozen voor een aanvullende verzekering. Hierover is in een evaluatie van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) aangegeven dat het aanbod duurder betaald en beperkter is dan wat in het ziekenfondspakket werd

aangeboden. Deze enorme vraag heeft geleid tot een woud aan pakketten (de 22 zorgverzekeraars bieden samen 72 verschillende pakketten aan), waarvan de premies voor alle aangeboden vormen van aanvullende verzekering de afgelopen jaren fors zijn gestegen.<sup>16</sup> Ook is geconstateerd dat verzekerden uit de sociaal zwakkere groepen vaak minder aanvullend verzekerd zijn en dat zij kiezen voor een eenvoudige aanvullende verzekering. In de conclusies geeft de CVZ aan dat de inperking van de aanspraak op tandheelkunde geleid heeft tot de verslechtering van het gebit van kinderen tot 10 jaar (de periode waarin de basis wordt gelegd van een goed gebit als volwassene) en dat het verwijderen van het periodiek preventief onderzoek weer negatief zal uitpakken voor de armeren onder ons.<sup>17</sup> Vanuit onze visie op het basispakket (aandacht voor preventie, profiteren van schaalvoordelen als collectieve sector en tegengaan gezondheidsverschillen die voortkomen uit sociaal-economische verschillen) zouden we dus willen bepleiten dat de preventie (de periodieke controle) en de medisch noodzakelijke basistandartszorg weer terughooft in het basispakket.

Het AWBZ-pakket voor verzorging is juist breed, blijkt bijvoorbeeld uit internationale vergelijking. In Nederland verblijven veel jongeren met handicap of ouderen in zorginstellingen. Deze instellingen worden, inclusief bouw- en onderhoudskosten en medische zorg en hulpmiddelen, volledig uit de collectieve zorgmiddelen verzekerd en gefinancierd.

## 5.2 Wie beslist over het pakket?

Om te beoordelen of de pakketten voor cure en care de goede omvang hebben, heeft een commissie onder leiding van Dunning

<sup>16</sup> CVZ (2003) Signalement Mondzorg: Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde, p. 14.

<sup>17</sup> CVZ (2003) zie de samenvatting.

al weer jaren geleden een aantal criteria geformuleerd: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en of iets voor eigen rekening kan komen. Met deze criteria beoordelen we de huidige pakketten. Onze conclusie, die we hierna uitwerken, is dat er in de cure, in grote lijnen redelijk volgens de lijn Dunning wordt gewerkt. Maar in de care is dat verre van het geval.

### Een kleine toelichting op de criteria:

Bij noodzakelijkheid gaat het om de vraag of ingreep, medicijn, hulpmiddel of ondersteuning noodzakelijk is in de zin dat het een leven redt of de persoon (weer) maatschappelijk voldoende laat functioneren? Vervolgens moet duidelijk zijn of de zorg die noodzakelijk is, ook werkzaam is. Doet het middel wat het zegt te doen? Doelmatigheid zegt iets over de prijs in verhouding tot werkzaamheid en kwaliteit. Een bepaalde verstrekking of therapie kan werkzaam zijn, maar slechter of duurder dan een vergelijkbare verstrekking die ook werkzaam is. Minder werkzame verstrekkingen komen dan niet in het verzekeringspakket. Als laatste onderdeel in de 'trechter' geldt het criterium of iets voor eigen rekening kan komen. De commissie Dunning vond dat wat mensen zelf kunnen betalen uit normale middelen niet in het verzekeringspakket hoort.

In het huidige pakket aan zorg is de vraag wie de maatstaven aanlegt. De politiek moet uitmaken wat tot het verzekerde pakket hoort, maar artsen en andere professionals zijn vaak beter in het beoordelen van de vraag of een middel of therapie noodzakelijk, werkzaam en doelmatig is. Politici dienen echter over het laatste criterium - financieel draagvlak - wél een oordeel te geven.

In het huidige systeem is een grote rol weggelegd voor de professionals in de zorg, hun beroepsorganisaties en adviescolleges. Het CVZ is daarvan de belangrijkste. Het CVZ adviseert over toevoeging van een verstrekking aan het pakket of juist het intrekken. De minister neemt op basis van die adviezen een besluit. Het CVZ betreft in zijn oordeel wetenschappelijk onder-

zoek en adviezen van professionals. Naast het CVZ is er ook de Gezondheidsraad, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. In de curatieve sector is de beoordeling van de vraag of een middel noodzakelijk, werkzaam en doelmatig is voorbehouden aan deze adviescolleges.

Onze indruk is dat de adviescolleges en beroepsgroepen er redelijk in slagen om in het curatieve pakket te schiften op de criteria 'werkzaam' en 'doelmatig'. De vraag of iets voor eigen rekening kan komen, wordt zelden in dit circuit aan de orde gesteld (of op zijn minst willekeurig beantwoord). Een middel dat heel goedkoop is, wordt nooit om die reden alléén geweerd uit het verzekerde pakket. Een bril wordt niet vergoed, al is die altijd medisch noodzakelijk en niet eens zo goedkoop, maar deze kan uit eigen inkomen wel worden betaald. Allerlei medicijnen zijn heel goedkoop en toch is er vergoeding. Soms is het verstandig om een goedkoop middel toch te verzekeren, om te voorkomen dat mensen anders gebruik gaan maken van dure (wel verzekerde) middelen. Voor ons is het geen prioriteit om in het curatieve pakket scherper het criterium 'kan voor eigen rekening komen' toe te passen, zoals we hiervoor inzake de discussie over de eigen bijdrage al aangaven.

Bij een duidelijke regie vanuit beroepsgroepen (protocollering van diagnose en verstrekking) en een goede controle door zorgverzekeraars kan het verzekeringspakket breed zijn en blijven, mits er sober en doeltreffend wordt geïndiceerd. Als professionals en zorgorganisaties ruim aanbieden, wordt een breed pakket te duur. De PvdA wil een zo breed mogelijk pakket en vindt daarom dat zinnig, sober gebruik van zorg moet worden nagestreefd.

### **Wachlijsten**

Als er wachlijsten zijn omdat de zorgcapaciteit tekort schiet, zullen zorgaanbieders scherper selecteren (naar noodzaak en urgentie). Wachlijsten en te kleine zorgcapaciteit zijn echter onwense-

lijk voor mensen die de zorg echt nodig hebben. Aan wachlijsten zijn bovendien hoge maatschappelijke kosten verbonden, die vaak over het hoofd worden gezien: als pijn en ongemak tot ziekteverzuim leiden is er directe economische schade. Het middel van wachlijsten wijzen we af als instrument om kosten te beperken. Wachlijsten zijn wel met mate een indicatie van de voorraad 'onderhanden werk' en daarmee nuttig om planbare zorg doelmatig uit te voeren en de bestaande capaciteit optimaal te benutten. Daarbij moet echter altijd de medische noodzakelijkheid in het oog worden gehouden. Mensen staan niet vrijwillig op dergelijke wachlijsten in de zorg. Er ligt altijd een medische indicatie aan ten grondslag. Daarom kunnen wachlijsten niet eindeloos opgerekt worden.

### **Contracteervrijheid**

Zorgverzekeraars kunnen ruimhartig voorschrijven beperken door bij dure verrichtingen apart toestemming te geven (en dus per patiënt te beoordelen) en door bij minder dure ingrepen zorgaanbieders te stimuleren of te dwingen sober voor te schrijven. Stimuleren kan door artsen en andere professionals beter te belonen indien ze in vergelijking met collega's minder dure zorg aanbieden en toch goede resultaten halen. Zorgverzekeraars en organisaties van huisartsen hebben succesvol geëxperimenteerd met beoordelingssystemen en bijbehorende financiële stimulansen. Financiële prikkels gericht op zorgaanbieders hebben veel effect. Meer dwang ontstaat als zorgverzekeraars de ruimte krijgen zorgaanbieders die slecht presteren qua sobere indicering uit te sluiten van contractering.

## **5.3 Keuzen in de cure**

Moeten we in de curatieve zorg scherpere keuzen maken? Het criterium 'noodzakelijkheid' is bij nader inzien niet zo duidelijk. In de praktijk wordt er weinig systematisch op getoetst of over gedebatteerd binnen adviescolleges, in beroepsgroepen of in de politiek.

Bij levensreddende ingrepen of behandelingen staat gauw vast dat er sprake is van noodzakelijkheid. Bij vele ingrepen is van het red- den van levens geen sprake, maar kan zonder ingrijpen de bestaanskwaliteit ernstig worden aangetast of het normale functi- oneren van mensen worden belemmerd. In dat geval staat nood- zakelijkheid ook vast. Een kapotte knie kan worden gerepareerd - en het staat vast dat mensen ernstig worden gehinderd in hun dagelijks functioneren wanneer een operatie achterwege blijft.

Maar dezelfde techniek die voor de kapotte meniscus wordt gebruikt, is ook toepasbaar bij vagere knieklachten die het dage- lijke bestaan niet in de weg staan, hooguit het potje voetbal op zaterdag. Een kijkoperatie op kosten van de verzekering is zo gedaan. De fanatieke sporter is er blij mee, maar of het strikt nood- zakelijk is, is de vraag. Het is denkbaar van de sporter te verlangen dat hij medische ingrepen zelf betaalt als die vooral de sportbeoe- fening betreffen. In de praktijk is het lastig om te onderscheiden tussen medische zorg die normaal functioneren en een kwalitatief goed bestaan mogelijk maakt en zaken die meer voortkomen uit een (luxere) leefstijl en keuzen die mensen daarin zelf maken.

In een rijk hoogontwikkeld land mag verzekerde zorg meer zijn dan alleen het allernoodzakelijkst. De medische techniek maakt het mensen ook mogelijk meer te kiezen. Hoe meer medische zorg te maken heeft met eigen voorkeuren, hoe logischer het is die niet te verzekeren of een eigen betaling te verlangen. In het huidige curatieve verzekeringspakket zijn weinig verstrekkingen die grotendeels met leefstijl te maken hebben. Het ziekenfonds- pakket is tamelijk uitgekleeft. Zelfs zo sterk dat medisch noodza- kelijke zorg ten onrechte erbuiten wordt gehouden. Het niet ver- zekerd zijn van tandartszorg is bijvoorbeeld zo ver doorgesloten dat het behandelen van kaakontstekingen voor eigen rekening komt. Wat is het principiële verschil tussen het behandelen van een kaakontsteking en een ontsteking elders in het lichaam?

De PvdA houdt vast aan de keuze voor een breed curatief pakket. Wij zijn ons ervan bewust dat zo'n pakket in de loop van de tijd

meer zal gaan kosten, zelfs als het ons lukt om veel meer met pre- ventie te bereiken. Groeiende technologische mogelijkheden en grotere vraag door vergrijzing leiden tot hogere curatieve uitgaven, die wij grotendeels in het zorgpakket willen afdekken. Met enige regelmaat zal daarom de discussie weer oplaaien, of een heel dure nieuwe behandeling (stamceltransplantatie) of opere- ren op hoge leeftijd (een nieuwe heup op je honderdste?) tot de verzekerde curatieve zorg toegelaten moeten worden. De keuze hiervoor is deels ethisch, deels een moeilijke afweging van (col- lectieve) kosten en (individuele) baten, en deels afhankelijk van onze welvaart.<sup>18</sup> Bij toenemende welvaart zullen mensen graag bereid zijn om meer van beschikbare mogelijkheden van de gezondheidszorg gebruik te maken. De pakketdiscussie is van alle tijden.

Wij denken dat er in de curatieve zorg meer ruimte is om uit te gaan van een sober toewijzen van de formeel verankerde rechten. Hierin is de rol van de huisarts als eerste echelon, poortwachter en verwijzer van cruciaal belang in de Nederlandse gezondheids- zorg. Versterking en uitbouw van die positie is erg belangrijk, juist om te vermijden teveel in allerlei pakketdiscussies terecht te komen.

## 5.4 Keuzen in de care

Verpleging en verzorging verschilt in veel opzichten wezenlijk van curatieve zorg. Het gaat om langdurige revalidatie, behandeling, thuiszorg, verzorging en verpleging van ouderen en ondersteu- ning voor mensen met chronische ziekte of (geestelijke en licha- melijke) handicap. Het is zorg die vaak niet al te technisch is en sterk lijkt op wat normale zorg is die mensen elkaar onderling ver- lenen, zij het dat die zorg in bijzondere omstandigheden, bijzon- dere hoeveelheden en met een bijzondere bewaking en expertise

<sup>18</sup> RVZ (1999) Ethiek met beleid en RVZ (2002) Gezondheid en gedrag.

nodig is. Bij de zorgvragers geldt in de caresector (veel meer dan bij de curatieve sector) dat mensen zelf afwegen of ze zorg willen of nodig achten. De zorg voor een partner of kind met handicap of chronische ziekte en zelfs psychiatrische klachten wordt in sommige gezinnen volledig zelf gedragen, in andere is dat niet of minder mogelijk en is collectief verzekerde zorg nodig. Dat is volstrekt anders dan in de curatieve sector. Geen mens in Nederland zal zijn eigen gebroken been wel even behandelen.

Wat tot het AWBZ verzekerde pakket hoort, is globaal beschreven. Sinds kort wordt gewerkt met functies: verblijf, behandeling, verpleging, verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding en huishoudelijke verzorging. Dat geeft weinig houvast. Wat aan precieze zorg en therapieën in AWBZ-instellingen wordt geboden of door thuiszorgmedewerkers wordt gedaan, wordt weinig uitgesplitst, verantwoord en beoordeeld. Het CZV schrijft niet voor hoe verpleeghuiszorg moet zijn of welke ondersteuning voor demente ouderen het beste werkt. Of een methode in de gehandicaptenzorg doelmatig en werkzaam is, wordt amper onderzocht. Of thuiszorg na ziekenhuisopname medisch noodzakelijk is, is een vraag die slechts op casuïstisch niveau wordt beantwoord. De criteria van Dunning worden nauwelijks toegepast op grote delen van de AWBZ-zorg. Daarom en omdat in de periode 2000 tot 2004 budgetbeperkingen vervielen, is er een sterke groei van AWBZ-uitgaven geweest. Lange wachtlijsten zijn deels weggevoerd, en dat was gewenst beleid. Beheersing van de groei van uitgaven blijft echter ook hier nodig.

Wij pleiten zoals eerder gesteld voor de organisatie en uitvoering van langdurige zorg en ondersteuning onder verantwoordelijkheid van gemeenten volgens een nieuwe Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie (WMZP). Gemeenten zullen investeren in samenhangend beleid en sociale netwerken en zo kosten besparen. Wij pleiten daarbij voor duidelijke wettelijke rechten op deze langdurige zorg. Het betekent dat het nodig blijft om landelijk te begrenzen wat de zorg is die gemeenten altijd moeten bie-

den en dus tot het maken van keuzen. Zo hebben we hiervoor aangegeven dat niet-zorg die nu via de AWBZ wordt verzekerd wat ons betreft uit zo'n verzekerd bestel kan en kan worden overgelaten (mits voorzien van voldoende financiële middelen) aan gemeentelijk beleid.

Complicerend daarbij is nog dat de feitelijke sociale en financiële draagkracht binnen huishoudens verschilt. Gezinsleden worden geacht elkaar te verzorgen en het huishouden zelf te regelen. Zoals gesteld: de zorg voor een partner of kind met handicap of chronische ziekte wordt in sommige gezinnen volledig zelf gedragen met hulp van vrienden en familie (mantelzorg), in andere is dat niet of minder mogelijk of beschikbaar en is inzet van professionele hulp nodig.

De interpretatie van wat mensen geacht worden zelf te doen, waar nog een redelijk beroep op mantelzorg mag worden gevraagd en welke mensen het overduidelijk niet zelf redden, verschilt per doelgroep en verschuift in de tijd. Het is afhankelijk van opvattingen over het al dan niet hebben van betaald werk, van rolpatronen en welke verwachtingen mensen hebben van collectieve zorg.

Mensen hebben het steeds drukker met hun baan, het forensen, het opvoeden van kinderen plus alle leuke dingen als sport of theater. De dagelijkse zorg kun je ook uitbesteden: wie geld heeft, koopt kant-en-klaar eten en neemt een werkster. Waar de samenleving in die zin steeds meer dagelijkse zorg uitbesteedt, is het niet raar te zien dat ook eerder en vaker een beroep wordt gedaan op collectief verzekerde zorg als sprake is van ziekte, handicap of ouderdom in een familie.

De leefstijl die mensen kiezen en de kosten die ze bereid zijn zelf te dragen, hebben in die zin invloed op de vraag naar verzekerde zorg. Elke keuze die mensen maken in hun persoonlijk leven is te respecteren, ook als mensen ervoor kiezen veel zorg voor zichzelf of elkaar uit te besteden. Maar keuzen in dit opzicht zijn niet vrijblijvend, omdat we de kosten met zijn allen via premies opbrengen.

Waar persoonlijke voorkeur en leefstijl een rol spelen, is het dus zinnig en acceptabel eigen bijdragen te verlangen. De zorg is wel noodzakelijk maar tegelijk afhankelijk van die eigen keuzen. Vergelijk dit maar met professionele kinderopvang. Niemand zal betwisten dat kinderopvang noodzakelijk en nuttig is voor zowel gebruiker als samenleving. Toch staat buiten kijf dat een eigen bijdrage van ouders (naast een bijdrage van werkgevers en overheid) nodig is om kosten beheersbaar te houden en te erkennen dat gebruikers zelf ook profiteren. Langdurige zorg en levensondersteuning zijn in die zin te zien als een maatschappelijke dienstverlening waarvoor mensen een bijdrage over hebben, als het maar goed is georganiseerd.

Juist vanwege deze moeilijke maar noodzakelijke inschatting, bijna per individueel 'geval', ligt hier een grote uitdaging voor de onderliggende beoordelings- en toewijzingsystemen. Hierbij moet maximaal worden samengewerkt tussen lokale overheid en professionele zorginstellingen. Een onafhankelijke, bureaucratisch gecontroleerde indicatieorganisatie past daar volgens ons niet in. Het gaat juist om een goede mix van lokaal geaccepteerde criteria voor zorgtoewijzing, een individuele aanpak op maat waarvoor de expertise vooral in de zorg zelf zit en een goede toeleiding en organisatie van de zorg en zorgprocessen zelf. Dit alles valt niet te rijmen met een losstaande organisatie die alleen indi-ceert en niet is ingebed in het zorgveld. Wij pleiten hierin voor maximale vormvrijheid op lokaal niveau, ook vanuit de doelstellingen doublures, onnodig vertragende processtappen en bureaucrativering tegen te gaan. Hierbij moet uitdrukkelijk ook gebruik worden gemaakt van de expertise en de beoordelingen door professionals. Dat dit zal leiden tot verschillen in de zorg tussen gemeenten nemen we voor lief. Ten dele zouden we dat zelfs willen bevorderen als dit wordt aangevuld met informatie- en prik-kelsystemen om tot een goede uitruil van verbeteringen en slimme ideeën tussen gemeenten te komen. Innovatie door diversiteit in plaats van starheid door een streven naar formele gelijkheid.

## Samenvatting hoofdstuk 5

### Het pakket: keuzen in de zorg

#### De PvdA kiest voor een breed pakket en heldere besluiten

**Een breed pakket omdat dit leidt tot solidariteit in de zorg en tot economische voordelen. Scherpe keuzen vanwege kostenbeheersing en de mogelijkheid om politiek te sturen op aanbod en gebruik van zorg. We doen dat door:**

- a. uit te gaan van een breed curatief pakket, met scherpe keuzen, vooral door professionals en het CVZ in de beoordeling van doeltreffendheid en werkzaamheid en kosten-batenverhouding in medische zin; hierbij uitdrukkelijk de criteria van Dunning te hanteren;
- b. de preventieve en basis tandartszorg terug te brengen in het pakket van de basisverzekering;
- c. in de care uit te gaan van een heldere rechten in een nationale volksverzekering en meer te sturen via eigen bijdragen en de beoordeling van noodzakelijkheid dichter op het lokaal niveau te brengen;
- d. de verplichte indicatieorganisatie af te schaffen en maximale vormvrijheid op lokaal niveau mogelijk te maken;
- e. wachtlijsten in principe niet als instrument te accepteren om vraag naar en aanbod van zorg te beheersen, hoogstens als deel van een efficiënt systeem van planbare zorg;
- f. te blijven pleiten voor een sterke positie van de huisarts in het sober en doelmatig beoordelen van noodzakelijke zorg;
- g. uit te lokken tot discussie over deze gevoelige materie.

## 6. Werken en ondernemen: de professional aan zet

De vraag naar zorg zal de komende decennia groeien aangezien er meer ouderen zijn. Die groep heeft een grote zorgbehoefte. Daar komt bij dat er door technologische vooruitgang steeds meer mogelijk wordt in de gezondheidszorg en nieuwe mogelijkheden creëren nieuwe behoeften. Op dit moment werken er ruim 8 miljoen mensen op de Nederlandse arbeidsmarkt, van wie meer dan een miljoen in de zorg.<sup>19</sup> Het belang van de zorgsector als werkgever zal slechts groeien. Zo is de schatting dat tot 2010 de instroom van huisartsen landelijk met 54% moet toenemen om aan de vraag te kunnen voldoen.<sup>20</sup> Voor verzorging en verpleging gelden soortgelijke groeiverwachtingen. En dat terwijl de arbeidsmarkt krapper wordt.

Of dit een realistisch scenario is, mogen we betwijfelen. De eenvoudige rekensom maakt wel twee dingen duidelijk. Ten eerste moet het aantrekkelijk zijn om in de zorg te werken. Als de zorg zijn glans verliest, raakt de beschikbaarheid van zorg in groot gevaar. Ten tweede moet er alles aan gedaan worden om de productiviteit in de zorg te verbeteren. Niet door zorgverleners veel harder te laten werken, want een gebrek aan inspanning is meestal niet het probleem. Een gebrek aan doelmatigheid is dat wel. De zorg moet zo ingericht zijn dat de beste voorbeelden snel navolging krijgen en dat belemmerende, vaak demotiverende, regelgeving zonder dralen wordt afgeschaft.

### 6.1 Werken in de zorg

Innovatie begint bij de professional in de zorg. Voor innovatie is ruimte nodig, en vertrouwen. Uiteraard niet tegen elke prijs, en zeker niet zonder dat professionals hierop aangesproken mogen

worden. Op allerlei manieren is het professionele denken en handelen in de zorg ingeperkt, ondergewaardeerd, verdwenen of zelfs vergeten. Dat is het slechtste wat organisaties van professionals kan overkomen, want de kern van de dienstverlening wordt geleverd door goedopgeleide, zelfstandige werknemers met een hoge mate van zelfsturing, horizontale verantwoording en scherpe beroepscodes. Bovendien worden kwaliteit, klantgerichtheid en uniciteit van de dienstverlening sterk bepaald door de professionals zelf. Een (goede) professional is het belangrijkste schaarse goed - slechts deels vervangbaar, vaak alleen met een hoge investering in opleiding en beloning. En dus moeten organisatie en management en interne staf daar vooral faciliterend, dienstverlenend en stimulerend tegenover staan.

Voor de professional in de zorg, van dokter tot wijkverpleegkundige, van apotheker tot fysiotherapeut, van verzorgende tot psycholoog, van maatschappelijk werkende tot revalidatiearts, zit het zo echter al heel lang niet meer in elkaar. Management en bureaucratie hebben naar hun gevoel gezamenlijk veel meer macht en grip naar zich toe getrokken dan in deze visie past en doelmatig is. Vaak wordt op een verkeerde manier gestuurd: de inspanningen in plaats van de resultaten worden tot in detail gemeten en gestuurd. Zo verzochten veel professionals dat ze alleen ten behoeve van de 'hobby's' van deze groep papieren en formulieren invullen, terwijl ze vanuit hun eigen beroepsopvattingen hiertoe ten dele zeker ook bereid zijn. Vooral als het resultaat duidelijker telt. Willen we de zorg teruggeven aan de professional en vooral aan de kernrelatie tussen patiënt en professional, dan moet hier wat gaan veranderen.

De zorg heeft, net als andere sectoren van publieke dienstverlening zoals politie, brandweer en onderwijs, last van onderwaardering van frontliniemedewerkers ten opzichte van de wereld van

<sup>19</sup> CBS (2004) Arbeidsrekeningen (werkgelegenheid) 1997-2003.

<sup>20</sup> Van der Velden e.a., Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn, 2004.

beleid, staf, overhead en middenmanagement. In de huidige cultuur en beloningssystematiek maakt men uiteindelijk carrière door van het bed af te gaan en achter het bureau en de vergader tafels plaats te nemen. Dit is een verspilling en onderwaardering van zorgtalent. Het werk van de professional zal financieel en inhoudelijk moeten worden opgewaardeerd. De onderwaardering constateren wij vooral buiten de gespecialiseerde medische beroepen. Zo liggen de uurtarieven voor fysiotherapie en psychologische hulp onder die van andere dienstverleners (zoals loodgieters). Dat is fnuikend voor de arbeidsmotivatie en uitermate schadelijk voor het wervend karakter op de arbeidsmarkt.

De professionals hebben de huidige verstarring voor een deel ook aan zichzelf te wijten. Veel regulering in de sector is voortgekomen uit driftig lobbywerk van georganiseerde beroepsgroepen; vaak meer gericht op bescherming dan op innovatie of doelmatigheid. Tegelijk is er ook beschermende wetgeving die tot in de instelling beoordeelt en bewaakt wie wat mag doen en zelfs welke beloning en inspraakstructuren daarvoor gelden. Niet alleen overheidsregelgeving leidt hieraan, ook de CAO's zijn een bolwerk in deze strijd tussen de beroepsgroepen. Dit ondermijnt de mogelijkheid om per instelling innovatief en adequaat met taakverdeling en functieopbouw bezig te zijn. En het leidt tot regelgeleid en procedureel gedrag van het management. Meer vrijheid en ruimte voor de professional in de zorg betekenen onvermijdelijk dat ingeleverd moet worden op deze gedetailleerde bescherming van buitenaf. Wanneer dat gebeurt, zal ook de doelmatigheid van de zorg verbeteren.

Professionals in de zorg spelen nu vaak ondernemer, zonder de consequenties van ondernemen te willen aanvaarden, in termen van werken voor eigen rekening en risico. De PvdA wil dat veranderen, juist omdat ondernemerschap in de toekomst belangrijker wordt. De rolverdeling tussen zorgorganisaties en professionals moeten dan glashelder zijn voor iedereen die in de zorg werkt. Er zijn twee smaken: werknemer (al dan niet via uitzendbureau) of

ondernemer (dat kan ook via freelanceovereenkomst). Hybride arbeidsovereenkomsten en bijbehorende gezagsverhoudingen wijzen wij af. Dubbele aanstellingen, zoals een beschermde binnen de warmte van een ziekenhuis plus een ondernemende in een quasi-commerciële zorgaanbieder, leiden tot belangenconflicten en moeten worden tegengegaan. Voorop staat daarbij de wisselwerking tussen de ondernemende organisatie en de ondernemende professional.

Een terugkeer naar het professionele (in plaats van het ambtelijke of industriële) model voor de zorg is broodnodig. Daarvoor is een helder concept nodig over de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de eigen organisatie waar men werkt. En zelfs een verhoging van concurrentie en ondernemerschap draagt hiertoe bij. In dat laatste geval ziet namelijk iedereen direct in, hoe noodzakelijk goede en gemotiveerde professionals zijn voor de organisatie.

## 6.2 Ruimte voor resultaat

Zorgverleners doen grote inspanningen voor de gezondheid van mensen. Maar de enorme inspanningen zijn niet altijd de meest doelmatige. Dat valt niet altijd iemand te verwijten. Het stelsel van zorgaanbod staat bol van de vreemde regelingen die ooit met de beste bedoelingen bedacht zijn, maar in veel gevallen een goede zorg eerder hinderen dan bevorderen. In de regelgeving rond gezondheid gaan wij niet meer vanzelfsprekend uit van goede bedoelingen, maar zal het benoemen van resultaat en het meten van uitkomsten leidend zijn. Net zoals nieuwe behandelingen in de geneeskunde met doordachte experimenten worden ontwikkeld, willen wij dat ook beleid meer op basis van experimenten en het meten en vergelijken van resultaat wordt gestoeld.

Het is zaak dat we het gestolde wantrouwen doorbreken dat de gezondheidszorg momenteel beheerst. Dat vraagt erom dat wantrouwen geschonken wordt aan de partijen in de zorg die met



elkaar de doelmatige zorg moeten leveren: aanbieders, verzekeraars, professionals en patiënten. Het vraagt om ruime kaders om gevarieerde voorzieningen op maat te leveren, met een scherp toetsingskader op resultaten, achteraf (dus minder controle op inspanningen, vooraf). Om te voorkomen dat dit weer leidt tot bureaucratie aan de achterkant van het handelen, moeten bepaalde vormen van toezicht voorrang krijgen, bijvoorbeeld het toezicht op kwaliteit. Wanneer toezicht door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) strijdig zijn aan elkaar, bijvoorbeeld als een samenwerking in het aanbod enerzijds wordt gezien als goede zorg op maat en anderzijds als ongeoorloofd kartel, gaat het toezicht op kwaliteit voor. Zo staat het al in de mededingingsregels, maar het is van groot belang om dat steeds weer te bevestigen. Dat schept helderheid en vertrouwen dat de partijen in het belang van kwaliteit voor de patiënt handelen en dienen te handelen. Wij introduceren een heldere regel. Wij willen dat bij conflicterend toezicht, het toezicht op kwaliteit voorrang heeft. Dit noemen we toezicht van links.

Juist omdat we zo hechten aan een betaalbaar en tegelijk solidair bestel van zorg moeten we sterk letten op doelmatigheid en kosten. Dat kan niet door de kosten per decreet (budgetten, prijsmaatregelen) af te kondigen. Decreten leiden tot afwentelen, afwachten en afhankelijkheid. Tot zorgaanbieders die zich op de financieringsregels richten, in plaats van zich af te vragen wie nu eigenlijk hun klanten zijn. Tot verzekeraars, die zich achter regels verschuilen, in plaats van tegenmacht te organiseren. Tot patiëntenorganisaties, die vaste bezoeker van departementen zijn, in plaats van innovatieve coalities met zorgaanbieders of verzekeraars te sluiten.

Veel van de voorstellen die we doen, leiden weer tot nieuwe regels. In een sector die toch al zwaar geteisterd wordt door regelingen en oekazes lijkt dat een slechte zaak. Maar we willen ook van een hoop regels af. Per saldo zal de regeldruk gaan afnemen en de transparantie groter worden, als we uitgaan van vier principes.

Ten eerste: horizontale verantwoording (dus aan bevolking en betrokken maatschappelijke partijen) gaat voor verticale verantwoording (dus aan allerlei toezichthouders).

Ten tweede: toezichthouders worden gehouden aan strenge prestatie-eisen die hun regeldruk per saldo indammen. Er mag bijvoorbeeld alleen informatie opgevraagd worden door een toezichthouder als deze daarop ook binnen vier weken officieel reageert met een relevant oordeel.

Ten derde: de toezichthouders worden in aantal uitgedund. Zo mag er maar één toezichthouder zijn op allerlei rechtmatigheidseisen en deze moet dan ook nog sterk uitgaan van de accountantscontrole die toch al verplicht plaatsvindt. Een goed voorbeeld hier is de rechtmatigheidseis dat werknemers die tussen twee banen in zitten, officieel eerst moeten worden uitgeschreven (met de vraag wat dit betekent voor hun recht op zorg) en kort daarna weer ingeschreven.

Ten vierde: regels gaan meer uit van vertrouwen, bijvoorbeeld verantwoording achteraf in plaats van vooraf. Toezicht moet ook bevorderen dat instellingen hun eigen kwaliteitscontrole hebben en veel meer daarop (steekproefsgewijs) worden getoetst. Een kleine rondgang door de zorg leert dat het barst van de voorbeelden waarbij regels innovatie en soms zelfs goede zorg belemmeren. Kijk maar naar de nieuwe bouwconcepten, die niet passen in de zeer gedetailleerde normen en voorschriften, maar wel efficiencywinst en betere logistiek opleveren.

Spelregels zijn er vooral om inzicht te krijgen in daadwerkelijk geleverde zorg, inzicht dus in de resultaten. Dat staat in schril contrast met de manier waarop zorgaanbieders en verzekeraars zich nu nog moeten verantwoorden, namelijk voor hun inspanningen en rechtmatigheid. Meten van output in de zorg is niet eenvoudig. Daarom is een zekere uniformiteit in indicatoren over kwaliteit en kwantiteit van geleverde zorg behulpzaam. Dat biedt de mogelijkheid om te vergelijken, voor de toezichthouders, maar vooral ook voor de burgers.

## Samenvatting hoofdstuk 6

### Werken in de zorg

#### De PvdA maakt werken in de zorg aantrekkelijk.

##### We doen dat door:

- a. de doelmatigheid van zorg te verbeteren. Daarvoor moet de sector zo georganiseerd zijn dat de beste voorbeelden snel navolging krijgen en dat belemmerende, vaak demotiverende, regelgeving zonder dralen wordt afgeschaft;
- b. door de professional ruimte, vertrouwen en aanmoediging te geven, en dat betekent verantwoording van resultaten achteraf, en dus minder controle op inspanningen vooraf, en een heldere rolverdeling tussen verzekeraars, zorginstellingen, toezichtorganen en overheid;
- c. door de wisselwerking tussen ondernemende organisaties en actieve professionals te verbeteren en heldere keuzen te maken tussen werknemerschap en ondernemerschap voor eigen rekening en risico;
- d. de oneerlijke concurrentie tussen beroepsgenoten of naar de eigen instelling waar men parttime in dienst is, tegen te gaan;
- e. te kiezen voor een verdeling van status en beloning binnen instellingen waarbij de handen aan het bed zoveel mogelijk centraal staan, in tegenstelling tot overhead en management en soepeler om te gaan met allerlei regels die doorstroming, taakverschuiving en flexibiliteit tussen verschillende beroepen hinderen;
- f. ondermaats presterende zorginstellingen en zorgverleners niet langer te accepteren, en het toezicht op kwaliteit voorrang te geven. De PvdA introduceert een heldere regel: Toezicht van links (op kwaliteit) gaat altijd voor!;
- g. de regels in de zorg drastisch te reduceren door toepassing van de uitgangspunten rond toezichthouders zoals horizontale verantwoording gaat voor verticale verantwoording, toezichthouders worden gehouden aan strenge prestatie-eisen en in aantal teruggebracht.

## Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor Statistiek
CVZ	College van Zorgverzekeringen
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NMA	Nederlandse Mededingingsautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WMZP	Wet op Maatschappelijke Zorg en Participatie
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WWI	Wet Werk en Inkomen

## Lijst van bronnen

- Algemene Rekenkamer (2003) Preventieve gezondheidszorg.
- CBS (2004) Arbeidsrekeningen (werkgelegenheid) 1997-2003.
- CBS (2004) AZWinfo, Arbeidsrekeningen (werkgelegenheid in zorg en welzijn).
- CVZ (2003) Signalement Mondzorg: Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde.
- Kenniscentrum PvdA (2004) Röntgenfoto van zorg.
- Nivel (2002) Enquête de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een samenwerkingsverband tussen de Consumentenbond en Nivel.
- Projectgroep Zorg PvdA (2004) De zorg als zorgenkind: onze diagnose.
- PvdA (2004) Beginselmanifest.
- RIVM/F. van der Lucht (2002) 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen', in: Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- RVZ (1999) Ethiek met beleid.
- RVZ (2002) Gezondheid en gedrag.
- SCP (2003) De sociale staat van Nederland.
- SER (2000) Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-2005, Rijksbegroting 2005.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, Handelingen 2004-2005, Behandeling van het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaat van het ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2005 (29800 XVI), nr. 13.
- Velden, van der e.a. (2004) Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.
- Verkeer en Waterstaat, Ministerie van en Ministerie van VROM (2004) Nota Mobiliteit.
- VWS, Ministerie van (2004) Jaarbeeld zorg 2003.
- WRR (2004) Bewijzen van goede dienstverlening.

