

Kiezen met zorg

Naar meer keuzevrijheid in het zorgstelsel

opgesteld in opdracht van de
werkgroep Kiezen met Zorg

door

H. Jochemsen
N.A. de Ridder-Sneep
J.J. Polder
C. Hendrix
H. Foekema

Werkgroep Kiezen met Zorg-2002

COLOFON

2002 Werkgroep Kiezen met Zorg

Deze publicatie is tot stand gekomen op initiatief van de werkgroep Kiezen met Zorg en is mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van DVZ Zorgverzekeringen te Katwijk en Pro Life Zorgverzekeringen te Amersfoort.



Auteurs

Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede

De heer prof.dr.ir. H. Jochemsen

Mevrouw drs. N.A. de Ridder-Sneep

De heer dr. J.J. Polder

NIPO, Amsterdam

Mevrouw drs. C. Hendriks

De heer drs. H. Foekema

Deelnemers werkgroep Kiezen met Zorg

De heer J. van der Meij - DVZ Zorgverzekeringen, Katwijk

De heer mr. J. de Hoog - FEO Federatie Evangelische Zorg-Organisaties, Hardinxveld-Giessendam

De heer J. Westert - Gereformeerd Maatschappelijk Verbond, Zwolle

De heer dr. R. Seldenrijk (voorzitter) - Nederlandse Patiënten Vereniging, Veenendaal

De heer A. Lok - Pro Life Zorgverzekeringen, Amersfoort

De heer P. Schalk - Reformatorisch Maatschappelijke Unie, Veenendaal

Advies en commentaar

Mevrouw mr. M.H.N. Driesse, bestuurslid Nederlandse Patiënten Vereniging

De heer prof.dr. W.H. Velema, emeritus-hoogleraar ethiek, Apeldoorn

Lay-out en drukwerk

De Groot Drukkerij BV, Goudriaan

ISBN

90-9015788-3

NUGI

705

Deze publicatie is te bestellen bij:

Werkgroep Kiezen met Zorg

Stationsstraat 23

3371 AX Hardinxveld-Giessendam

Tel: 0184-670470

Fax: 0184-670468

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, opnamen of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	5
SAMENVATTING	6
HOOFDSTUK 1 BESCHRIJVING VAN HET NEDERLANDSE ZORGSYSTEEM	9
1. Inleiding	9
2. Algemene opmerkingen over de gezondheidszorg	9
3. Kosten van de gezondheidszorg	10
4. Actoren die een rol spelen in de gezondheidszorg	11
4.1 Patiënten	11
4.2 Overheid	11
4.3 Zorgverzekeraars	12
4.4 Zorgaanbieders	12
5. Het huidige zorgsysteem	13
5.1 Sectoren	13
5.2 Regio's	14
5.3 Echelons	14
6. Het huidige financieringssysteem	16
6.1 Drie compartimenten	16
6.2 Het eerste compartiment	17
6.3 Het tweede compartiment	18
7. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	20
7.1 Vraaggestuurde zorg	20
7.2 Het persoonsgebonden budget	20
7.3 Het persoonsvolgend budget	21
7.4 Diagnose Behandeling Combinatie	21
7.5 Knelpunten in het huidige zorgstelsel	21
HOOFDSTUK 2 NAAR EEN NORMATIEF KADER VOOR HET ZORGSTELSEL	24
1. Inleiding	24
2. Kwaliteit van zorg	24
2.1 Inleiding	24
2.2 Kwaliteit van zorg in termen van doelen	24
2.3 Kwaliteit van zorg en het financieringsstelsel	25
2.4 Bestemming van de zorg	25
3. Kwaliteitsaspecten	26
4. Drie typen zorgstelsels	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Het gildensysteem	28
4.3 De planmatige gezondheidszorg	29
4.4 Geregelde concurrentie	29
4.5 Drie kwaliteitscomplexen vanuit het perspectief van het zorgstelsel	30
4.6 Het Nederlandse zorgstelsel	31
5. Een normatief kader voor het zorgstelsel	32
5.1 Algemeen uitgangspunt	32
5.2 De criteria	33

HOOFDSTUK 3 ENKELE BELANGRIJKE RAPPORTEN	37
1. Inleiding	37
2. Samenvatting SER-advies "Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekering"	37
2.1 Hoofdpijnen van het advies	37
2.2 Handhaving en modernisering AWBZ	38
2.3 Algemene verzekering curatieve zorg	38
2.4 Vraagsturing, concurrentie en marktwerking	39
3. Samenvatting RVZ-advies "De rollen verdeeld"	40
3.1 Het probleem	40
3.2 Ondernemer- en burgerschap	40
3.3 Veranderingen en beleidsstrategie	41
3.4 Aanbevelingen	42
3.5 De uitvoerbaarheid van het advies	43
4. Samenvatting rapport "Vraag aan bod"	43
4.1 Herziening van de sturing van de zorg	43
4.2 Aanpassing van het verzekeringsstelsel	45
4.2.1 Profielschets van een algemene verzekering (voor curatieve zorg)	45
4.2.2 Het eerste compartiment (AWBZ)	46
5. Samenvatting CDA-rapport "Naar een menselijke maat in de gezondheidszorg"	47
5.1 Basiswaarden	47
5.2 Verdere praktische consequenties van deze principes	47
6. Samenvatting RVZ-advies "Winst en gezondheidszorg"	48
HOOFDSTUK 4 DE VRAAG NAAR EEN CHRISTELIJK-VERANTWOORD VERZEKERINGSPAKKET	50
1. Inleiding	50
2. De huidige zorgverzekering	51
3. De vrije keuze	53
4. Waarden en normen - geloofsovertuiging	54
5. Samenvatting	56
HOOFDSTUK 5 KIEZEN MET ZORG, NAAR MEER KEUZEVRJHEID IN HET ZORGSTELSE	58
1. Inleiding	58
2. Naar een christelijke visie op het zorgstelsel	58
2.1 Ijlpunten van een christelijke visie op het zorgstelsel	58
2.2 Inrichting van het zorgstelsel	59
2.3 Contouren van een christelijk-verantwoord zorgstelsel	63
3. Mogelijkheden voor een christelijke zorgpolis	65
3.1 Inleiding	65
3.2 Politiek perspectief	65
3.3 Verzekeraarperspectief	65
4. Aanbevelingen	66
4.1 Uitgangspunt	66
4.2 Aanbevelingen ten aanzien van het zorgstelsel	66
Lijst van gebruikte afkortingen	69
Bijlage 1 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot een christelijk voorzieningenpakket	70

WOORD VOORAF

Het Nederlandse zorgstelsel is op drift. Zowel de organisatie als de financiering van de gezondheidszorg staat aan de vooravond van ingrijpende veranderingen.

De werkgroep Kiezen met Zorg heeft zich tot taak gesteld de toekomst van het zorgstelsel te bedenken vanuit de christelijke levensbeschouwing. Dankzij subsidie van DVZ Zorgverzekeringen en Pro Life Zorgverzekeringen kon de werkgroep een onderzoeksopdracht geven aan het prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en het NIPO. Dit is uitgemond in het rapport dat u in handen hebt: Kiezen met Zorg, naar meer keuzevrijheid in het zorgstelsel.

Het rapport Kiezen met Zorg geeft naast een beschrijving van het huidige zorgstelsel een beoordeling van de belangrijkste voorstellen voor vernieuwing. Dit gebeurt vanuit een normatief ethisch kader. Daarnaast is een empirisch onderzoek gehouden over de vraag hoe de Nederlandse bevolking in het algemeen en het christelijke volksdeel in het bijzonder oordeelt over de normatieve aspecten van de zorgverzekering. De combinatie van beide onderdelen hebben geresulteerd in aanbevelingen die leiden tot een keus voor christelijke zorg en een daarbij passende verzekering.

Namens de werkgroep Kiezen met Zorg wil ik de schrijvers van het rapport dankzeggen. Dankzij hun bijzondere inzet ligt er een inzichtelijk rapport. Hoofdstuk vier is afkomstig van het NIPO, terwijl het prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut verantwoordelijk is voor het overige van het rapport. Graag noem ik de namen van mevrouw mr. M.H.N. Driesse en prof.dr. W.H. Velema. Mede dankzij hun scherpe en perspectiefgevende commentaar is het rapport geworden wat het is.

Al met al heeft de werkgroep veel vreugde ontleend aan de begeleiding van het project. Ik hoop dat ieder die Kiezen met Zorg leest in onze vreugde deelt.

Namens de werkgroep Kiezen met Zorg,

dr. R. Seldenrijk
voorzitter

SAMENVATTING

Opbouw

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt een beschrijving van het Nederlandse zorgsysteem gegeven. Hoofdstuk twee bevat een normatieve bespreking van zorgstelsels en loopt uit op een normatief kader voor zorgstelsels. In hoofdstuk drie zijn samenvattingen opgenomen van enkele belangrijke rapporten in het kader van de vernieuwing van het zorgstelsel. Hoofdstuk vier bevat de resultaten van het NIPO-onderzoek dat is gedaan naar de wensen en verwachtingen ten aanzien van christelijke zorgverzekeringen. Tot slot staan in hoofdstuk vijf de contouren beschreven van een christelijke visie op het zorgstelsel en wordt ingegaan op de haalbaarheid van een christelijke zorgpolis, waarna wordt afgesloten met enkele aanbevelingen.

Overheidsvisie

De overheid acht het van belang dat gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar, toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar is. Om dit te kunnen realiseren zijn een goed zorgsysteem en financieringsstelsel nodig. Samen wordt dit ook wel het zorgstelsel genoemd. Het zorgsysteem kan op verschillende manieren geordend worden. Zo is er een verdeling in zeven sectoren, een ordening naar 27 regio's en een indeling in drie echelons. Het financieringssysteem is geordend in drie compartimenten. Het eerste compartiment bevat dure, onverzekerbare en langdurige zorg en wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. Het tweede compartiment bevat acute medische zorg en de financiering vindt plaats door verschillende verzekeringsvormen, waaronder de Ziekenfondswet en de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering. Een ontwikkeling die gaande is in de gezondheidszorg is de omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Het persoonsgebonden en persoonsvolgend budget en de diagnose-behandelingcombinatie zijn hierbij belangrijke instrumenten. In het huidige zorgsysteem en financieringsstelsel zijn knelpunten aanwezig. Die zijn volgens het kabinet te wijten aan een centrale aanbodsturing in het eerste en tweede compartiment en aan de dualiteit in het tweede compartiment. Een vernieuwing van het zorgstelsel is volgens het kabinet gezien deze knelpunten dan ook noodzakelijk.

Normatief kader

Het is belangrijk dat het zorgstelsel zorg van goede kwaliteit bevordert. Vaak worden (subjectieve) doelen gebruikt als uitgangspunt voor een visie op kwaliteit. Het is echter beter om uit te gaan van de bestemming van de zorg, die wordt gekwalificeerd door het principe 'weldoen' of 'zorg'. Of het zorgstelsel zorg van goede kwaliteit bevordert, kan beoordeeld worden aan de hand van het genoemde kwalificerende principe van zorg. Naast dit kwalificerende principe van zorg is er een aantal andere aspecten van kwaliteit die samen het normatieve kader voor de beoordeling van kwaliteit van zorg vormen. Het gaat om het ethische, technische, psychische, sociale, economische, juridische en geloofsaspect. Op basis van deze aspecten en een drietal ideaaltypische zorgstelsels, te weten het gildenstelsel, planmatige gezondheidszorg en (geregelde) concurrentie, zijn de volgende kwaliteitscomplexen te onderscheiden waarmee bepaald kan worden wat voor zorgstelsel zorg van goede kwaliteit bevordert: (1) optimale kwaliteit van het primaire proces; (2) doelmatige zorgverlening en (3) toegankelijkheid van voorzieningen en een rechtvaardige verdeling van zorg. Uit deze kwaliteitscomplexen zijn vervolgens vijf criteria afgeleid die samen het normatief kader voor het zorgstelsel vormen aan de hand waarvan de uiteindelijke beoordeling van het zorgstelsel plaatsvindt.

Stelselwijziging

De belangrijkste wijzigingen die het kabinet op basis van adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Sociaal-Economische Raad (SER) voorstelt betreffen de herziening van de sturing van de zorg en de aanpassing van het verzekeringsstelsel. De herziening van de sturing van de zorg houdt in dat de rollen van de partijen in de gezondheidszorg veranderen.

De overheid krijgt een toezichthoudende rol, de positie van de zorgvrager ten opzichte van de verzekeraar en aanbieder en de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders wordt versterkt, en er komt meer speelruimte voor de zorgaanbieders. De aanpassing van het verzekeringsstelsel komt erop neer dat er één algemene verzekering curatieve zorg komt en dat deze op termijn met de AWBZ geïntegreerd wordt.

Levensbeschouwelijke keuze

Uit het NIPO-onderzoek naar de wensen en verwachtingen ten aanzien van christelijke zorgverzekeringen blijkt onder meer dat verzekerden bij het kiezen voor een zorgverzekeraar voorlichting, advisering en meedenken belangrijk vinden en dat bij de vrije keuze voor een zorgverzekeraar een goede dekking van ziektekosten, een snelle en correcte afhandeling en de hoogte van de premie belangrijk zijn. Het orthodox-protestantse (incl. evangelische) deel van de bevolking (ruwweg de achterban van ChristenUnie en SGP) vindt daarnaast de waarden en normen van de verzekeraar belangrijk, waarbij men van mening is dat de christelijke identiteit van de verzekeraar met name moet blijken uit de inhoud van het verzekeringspakket en de verzekerde medische voorzieningen. Ongeveer de helft van deze groep zegt bereid te zijn om, als ze keuzevrijheid zouden hebben, zich te verzekeren bij een verzekeraar met een verzekeringspakket dat aansluit bij hun levensovertuiging.

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de contouren van een christelijke visie op het zorgstelsel zijn als volgt samen te vatten.

Levensbeschouwelijk uitgangspunt

In de christelijke levensovertuiging liggen de waarde en waardigheid van de mens verankerd in het geschapen zijn naar het beeld van God. Leven en gezondheid zijn gaven van grote waarde die een verantwoordelijkheid meebrengen jegens de Gever, allereerst voor de eigen gezondheid maar ook voor die van anderen met wie men in samenlevingsverbanden is verbonden. Dit betekent een verantwoordelijkheid tot een gepast gebruik van de mogelijkheden van de gezondheidszorg voor zo goed mogelijke instandhouding van het leven en van de gezondheid. Tegelijkertijd wordt erkend dat de mens sterfelijk is en dat gezondheid niet het hoogste goed is. Dit brengt ook een zekere relativisering mee van gezondheid en van de medische mogelijkheden. De mens verliest met zijn gezondheid niet zijn waardigheid, en tegen een onevenredige behandeldrift bij het onafwendbare levenseinde moet worden gewaakt. Wel is zorg voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven tot het (niet opzettelijk te veroorzaken) einde een blijvende verantwoordelijkheid.

Aanbevelingen ten aanzien van het zorgstelsel

- 1) Voor de inrichting van het zorgstelsel dienen de volgende normatieve ijkpunten gehanteerd te worden:
 - het stelsel behelst een belangrijke mate van solidariteit; dit beïnvloedt de omvang van het basispakket en de wijze van bekostiging;
 - het stelsel kent een verzekerplicht, een acceptatieplicht en een zorgplicht voor een basispakket; voor moeilijk verzekerbare risico's komt een vereveningssysteem;
 - het zorgstelsel moet gepast gebruik van zorg bevorderen door een adequate indicatiestelling door zorgverleners en verantwoord gebruik door de zorggebruikers te bevorderen;
 - het stelsel biedt de patiënt op verschillende punten keuzevrijheid, onder meer om mede op grond van levensbeschouwelijke overwegingen keuzes te kunnen maken met betrekking tot de aanbieder en de zorg. Dit houdt ook in dat ethisch zeer omstrede handelingen niet voor iedereen verplicht verzekerde voorzieningen zijn.
- 2) Gezien het karakter van de zorg heeft het onze voorkeur dat zorginstellingen maatschappelijke organisaties zijn met een not-for-profit karakter. Prijsconcurrentie tussen instellingen en verzekeraars dient de professionele behandelvrijheid van de zorgverleners ongemoeid te laten

en dient alleen toegelaten te worden in de mate dat een goed en onafhankelijk kwaliteitsbeleid bij instellingen en zorgverleners functioneert. Uitsluiting van aanbieders van contracten mag alleen op basis van bewezen ondermaatse kwaliteit, van weigering mee te werken aan een kwaliteitsbeleid en –toetsing, of op basis van principieel ethische overwegingen.

- 3) Het streven te komen tot een algemene verzekering curatieve zorg en - op termijn - de integratie van de algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ verdient steun. Wel zullen de stappen waarlangs dit gerealiseerd kan worden zorgvuldig afgewogen en genomen moeten worden. Met het oog op concurrentie tussen verzekeraars is een verdergaande nominalisering van de premie gewenst, mits inkomenssolidariteit gehandhaafd blijft via aanpassingen van het belasting- of sociale verzekeringsstelsel.
- 4) De onverdeelde inzet van de zorgverlener voor het gezondheidsbelang van de patiënt staat niet toe dat het stelsel directe financiële belangen van de zorgverlener een rol laat spelen in de individuele behandelrelatie; dit houdt in dat er tussen zorgverleners geen prijsconcurrentie wordt toegestaan en dat honorering niet uitsluitend via het verrichtingentarief plaatsvindt. Diagnose-behandelcombinaties als bekostigingssystematiek van (curatieve) zorg kan aanvaardbaar zijn mits effectieve controle op de kwaliteit bestaat.
- 5) Onderlinge professionele toetsing van de zorg is noodzakelijk en instellingen dienen een adequaat kwaliteitsbeleid te voeren waarvan ook de (levensbeschouwelijke) identiteit een integraal aspect is. Wij achten dit zo belangrijk, dat zonder dat dit algemeen is ingevoerd en functioneert, geen verdergaande concurrentie tussen verzekeraars en nog minder tussen instellingen geaccepteerd kan worden.
- 6) Er dient tegen gewaakt te worden dat regionalisering in de organisatie en financiering van de zorg, het opzetten van zorgketens, verdere concentratie van zorgverzekeraars en het afsluiten van collectieve contracten tussen verzekeraars en verzekerden, de keuzevrijheid van de patiënt voor door hem gewenste aanbieders en voorzieningenpakket in gevaar brengen.
- 7) Het zorgstelsel dient ruimte te bieden aan verzekeraars om (onder meer) op levensbeschouwelijke gronden gedifferentieerde pakketten (basispakket en aanvullende pakketten) aan te bieden.
- 8) Over zorgpolissen die een levensbeschouwelijk bepaald zorgpakket betreffen, dienen vertegenwoordigers van de betreffende bevolkingsgroep een zo groot mogelijke zeggenschap te hebben.

HOOFDSTUK 1

BESCHRIJVING VAN HET NEDERLANDSE ZORGSTEL**1. Inleiding**

In dit hoofdstuk zal een beschrijving van het Nederlandse zorgstelsel plaatsvinden. Allereerst wordt kort ingegaan op de kosten van de gezondheidszorg, waarna enkele algemene opmerkingen over de gezondheidszorg worden gemaakt. De verschillende actoren die een rol spelen in de zorg en de verschillende ordeningsprincipes van het zorgstelsel worden besproken. Het huidige financieringssysteem wordt beschreven. Er komen enkele belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg aan de orde en tot slot wordt ingegaan op de knelpunten van de gezondheidszorg.

2. Algemene opmerkingen over de gezondheidszorg

Gezondheidszorg is in de visie van de overheid een collectief goed dat voor iedereen beschikbaar, toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar moet zijn. De beschikbaarheid van de zorg is vaak moeilijk te garanderen. De vraag naar zorg in Nederland is de laatste jaren zodanig toegenomen dat er een 'zorgkloof' is ontstaan: de vraag naar zorg is groter geworden dan het aanbod van de zorg, waardoor bijvoorbeeld wachtlijsten ontstaan en de beschikbaarheid van zorg niet meer gegarandeerd kan worden. Een van de belangrijkste oorzaken van de toegenomen vraag naar zorg is de vergrijzing en de hiermee samenhangende toename van chronische aandoeningen. Een tweede belangrijke oorzaak van de toegenomen vraag naar zorg is de groeiende welvaart. Burgers zullen hierdoor een groter deel van hun inkomen aan zorg willen besteden. De zorg zelf verandert ook. Onderzoek en technologische ontwikkelingen leiden tot betere diagnostische mogelijkheden en betere behandeltechnieken, waardoor mensen langer en vaker een beroep doen op de gezondheidszorg. De inrichting van het zorgstelsel zal moeten worden aangepast aan deze ontwikkelingen. De verwachting is dat door een decentrale vraaggerichte inrichting van het zorgstelsel beter zal kunnen worden ingespeeld op de veranderende behoefte van de zorgvrager. Dit wordt ook wel vraaggestuurde zorg genoemd.¹ De toegenomen vraag naar zorg heeft een toename van de kosten tot gevolg. De financiële middelen voor de zorg zijn beperkt en moeten dan ook zo doelmatig mogelijk worden ingezet, zodat een zo groot mogelijk aanbod van zorg bereikt wordt. Naast beschikbaarheid speelt toegankelijkheid van de zorg een belangrijke rol. Hierbij gaat het om de geografische toegankelijkheid van de zorg. Samenwerking van zorginstellingen gaat veelal gepaard met functiedifferentiatie. Voor de patiënt kan dit betekenen dat de afstand tot de zorg groter wordt. Wel is het zo dat op deze manier tot meer doelmatigheid en kwaliteit in de zorgverlening gekomen kan worden. Een nadeel is dat de minder goede toegankelijkheid van de zorg één van de oorzaken is van slechtere gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken in de grote steden. Een derde aspect dat belangrijk is in de gezondheidszorg is dat de gezondheidszorg van goede kwaliteit is. Patiëntenorganisaties gaan voor wat betreft kwaliteit uit van drie basale waarden: zelfbeschikkingsrecht, individuele diversiteit en ondeelbaarheid van het individu. Het zelfbeschikkingsrecht wordt bevorderd door middel van keuzevrijheid en toegankelijkheid die de patiënt de mogelijkheid geven de zorg te verkrijgen die het beste bij hem past. De individuele diversiteit komt tot uitdrukking in de persoonlijke behandeling van de zorgaanbieder waarin de patiënt centraal staat. De ondeelbaarheid van het individu komt tot zijn recht in de continuïteit van zorg. Hierbij kan gedacht worden aan samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. De zorg moet patiëntgericht zijn, hetgeen medicalisering en onnodige onderzoeken kan voorkomen.²

Tot slot is de betaalbaarheid van de zorg een aspect dat van belang is. De kosten voor het gebruik van zorg zijn hoog. Mensen kunnen in de meeste gevallen echter niet kiezen of ze wel of niet van zorg gebruik willen maken. Als mensen zorg nodig hebben kan het in veel gevallen erg moeilijk

zijn de kosten ervan te betalen. Omdat de mens een risico-avers wezen is, probeert hij zoveel mogelijk (financieel) risico te vermijden. Dit risico dat een patiënt loopt, kan gereduceerd worden door verzekeringen. Door gezamenlijk premie te betalen aan een verzekeraar is elke verzekerde verzekerd van medische zorg. Hierbij is solidariteit het uitgangspunt: de risico's worden gezamenlijk gedragen. Wanneer de verzekerde gezondheidszorg nodig heeft, wordt dit gedeeltelijk of volledig door de verzekeraar vergoed. Voor de verzekerde is het van belang dat de verzekeraar zijn zorgplicht kan nakomen. Hiervoor moet de verzekeraar contracten afsluiten met zorgverleners die bereikbaar zijn en kwalitatief goede zorg verlenen. De verzekerde betaalt voor die overname een premie. Het is voor de verzekerde belangrijk dat die premie zo laag mogelijk blijft. Daarnaast is het van belang dat het verzekeringspakket die zorg omvat die voor hem van belang is.

3. Kosten van de gezondheidszorg

Bij discussies over problemen in de gezondheidszorg en over het zorgstelsel gaat het vaak ook over de kosten. Op zichzelf gaat het dan ook over grote bedragen. Naar verwachting gaat er in de zorg in 2002 ongeveer € 40,2 miljard om. Per inwoner is dat ongeveer € 2.500. In onderstaande tabellen wordt een specifiek overzicht gegeven van de uitgaven in de zorgsector en de uitgaven uit de AWBZ en ziektekostenverzekeringen.

Tabel 1 | Uitgaven zorgsector 2001 (€ mln.)

	Zorgsector
AWBZ	15.859
ZFW	13.380
Particulier totaal	6.008
Waarvan:	
- Publiekrechtelijke regelingen ambtenaren	896
- WTZ	1.435
- Overig particulier	3.677
Overig gezondheidszorg	2.977
Totaal	38.224

Bron: Zorgnota 2001

Tabel 2 | Uitgaven uit AWBZ, ziektekostenverzekeringen (ZFW en particuliere verzekeringen) in 2001 (€ mln.)

	AWBZ	Ziektekosten-verzekeringen
Gezondheidsbevorderingen	336	0,0
Curatieve somatische zorg	212	13.400
Genees- en hulpmiddelen	11	4.273
Geestelijke gezondheidszorg	2.648	0,0
Gehandicaptenzorg	3.291	0,0
Verpleging en verzorging (incl. thuiszorg)	8.261	0,0
Beheer en diversen	1.100	1.715
Totaal	15.859	19.388

Bron: Zorgnota 2001

4. Actoren die een rol spelen in de gezondheidszorg

Er zijn diverse actoren die een rol spelen in de Nederlandse gezondheidszorg. In de eerste plaats is er de patiënt aan wie de zorg geleverd wordt. Ten tweede heeft de overheid een belangrijke verantwoordelijke rol in het systeem van gezondheidszorg. Zij is (op grond van haar monopolies op belastingheffing en wetgeving, waaronder de mogelijkheid verplichte verzekeringspremies op te leggen) de machtigste factor in het publieke domein.³ Tot slot spelen in de gezondheidszorg tevens de zorgverzekeraar (als zorgverstrekker) en de zorgaanbieder (als zorgverlener) een belangrijke rol.

4.1 Patiënten

De hulpvrager heeft twee gezichten. Aan de ene kant is hij de patiënt en aan de andere kant verzekerde. Patiënten zijn in de laatste decennia mondiger geworden en er is meer dan vroeger sprake van een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en hulpverlener. In de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt is informatie-uitwisseling en besluitvorming in onderling overleg heel belangrijk. Door het veranderend karakter van de relatie tussen hulpverlener en patiënt verandert ook de rol van de patiënt. De patiënt wordt steeds meer gezien als klant die volledig op de hoogte wil zijn van alle behandelmogelijkheden en eventuele voor- en nadelen daarvan. Kortom, de zorg wordt steeds meer patiëntgericht. Dit heeft ook als gevolg dat voor hulpverleners een tevreden klant belangrijk is. Hun kwaliteitservaring staat centraal. Deze tendens wordt door de overheid ondersteund en versterkt, onder meer via een aantal wetten die de positie van de consument in de zorgsector proberen te versterken en eisen stellen aan de kwaliteit van de zorgverlening.⁴ De verzekerde heeft een financiële relatie met de zorgverzekeraar. Voor hem is het van belang dat de verzekeraar zijn zorgplicht kan nakomen. Hiervoor moet de verzekeraar contracten afsluiten met zorgverleners die bereikbaar zijn en kwalitatief goede zorg verlenen. Van belang voor de verzekerde is dat de premie die hij betaalt zo laag mogelijk blijft. Daarnaast is het van belang dat het verzekeringspakket die zorg omvat die voor hem van belang is. De hoofddoelstelling van de patiënt is het kunnen krijgen van kwalitatief hoogwaardige, betaalbare zorg op momenten dat hij die nodig heeft.

4.2 Overheid

De overheid heeft de grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, beschikbaarheid en financiële bereikbaarheid van de zorg. Hetgeen ook wel de bevorderingsplicht ten aanzien van de volksgezondheid wordt genoemd. Dit is een lastige taak, want de overheid beheert noch financiert de gezondheidszorg. In Nederland is het aanbod van zorg veelal particulier georganiseerd. Verder wordt de zorgsector grotendeels gefinancierd door middel van verzekeringen. Slechts tien procent van het geld dat naar de zorgsector gaat is afkomstig van de overheid. De gezondheidszorg kent dus een stelsel van particulier initiatief en verzekeringen. Toch is de overheid ook zelf aanbieder van zorg. Van oudsher zijn bijvoorbeeld de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten zorgvoorzieningen die uitgaan van de overheid. Zo is de overheid verantwoordelijk voor de uitvoering van de collectieve zorg (preventie, protectie en promotie) die uit belastinggelden wordt betaald en draagt het particulier initiatief de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de individuele zorg (curatief, verplegend/verzorgend) die uit verzekeringspremies wordt betaald. Toch zijn de structuur en het stelsel van particulier initiatief en verzekering wel zaken waar de overheid zich mee dient te bemoeien. Zij zijn namelijk van invloed op de volksgezondheid waarvoor de overheid een bevorderingsplicht heeft. Wel is de vraag wat de reikwijdte en intensiteit van de overheidsbemoeienis dient te zijn. Dat dit een moeilijk punt is blijkt wel uit de vele veranderingen waaraan de relatie tussen particulier initiatief, verzekeraars en de overheid onderhevig is.

Om haar taak goed te kunnen vervullen kent de overheid twee adviesorganen, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Gezondheidsraad. De RVZ adviseert op hoofdlijnen het

deel van het overheidsbeleid dat betrekking heeft op de middellange of lange termijn en niet eerder onderwerp is geweest van bestuurlijke of politieke besluitvorming, zoals bijvoorbeeld onderwerpen als preventie, gezondheidsbescherming en zorg. Ook het grensvlak met andere sectoren en de gezondheidszorg (wanneer het de gezondheid betreft) behoort tot het adviesterrein. De Gezondheidsraad is een wetenschappelijk informatieorgaan. Zij informeert de regering over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid, waaronder ook milieuhygiëne valt. De thema's die de Gezondheidsraad behandelt zijn: het nut en de veiligheid van potentieel nieuwe voorzieningen in de gezondheidszorg; het feitelijk gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en het geëigende gebruik van zorgvoorzieningen.⁵ Tegen de achtergrond van de verantwoordelijkheid die de overheid heeft, wil zij de kosten van zorg beheersen. Tot voor kort was haar aandacht vooral gericht op centrale beheersing van het zorgaanbod. De laatste jaren is marktwerking een steeds belangrijker overheidsinstrument geworden om de doelmatigheid te vergroten.

4.3 Zorgverzekeraars

Een deel van de overheidsverantwoordelijkheden is gedelegeerd aan de verzekeraars. De zorgverzekeraar sluit overeenkomsten met verzekerden, waarbij de verzekerde zich verplicht premie te betalen en de verzekeraar zorg dient te leveren voor zover hij daartoe in staat is.⁶ Door het contract met de verzekerde neemt de verzekeraar belangrijke verplichtingen op zich. De verzekeraar moet zorgen dat de zorg van voldoende kwaliteit is en voldoende toegankelijk. Krachtens de Ziekenfondswet moet de zorgverzekeraar voldoende contracten met zorgaanbieders afsluiten om adequate gezondheidszorg aan zijn verzekerden te kunnen leveren.⁷ Een belangrijke verandering die het vorige kabinet Kok in werking heeft gezet is de concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars.⁸ De zorgverzekeraar moet zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars om cliënten aan zijn organisatie te binden.

Voordat een overeenkomst tussen individuele partijen kan worden afgesloten, moet er eerst op landelijk niveau overlegd worden tussen de landelijke vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij stellen samen een uitkomst van overleg (UVO) op. Na goedkeuring van het CVZ vormt de UVO de basis voor overeenkomsten tussen verzekeraars en hulpverleners en instellingen op regionaal en lokaal niveau over prijs, type en hoeveelheid zorg.⁹ Het adviesorgaan van de zorgverzekeraars is Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN is een brancheorganisatie van de ziekenfondsverzekeraars en de zorgverzekeraars in Nederland. ZN heeft als doel het realiseren van optimale condities voor een goede uitoefening van het ondernemerschap van het zorgverzekeringsbedrijf. Daarbij creëert zij evenwichtige randvoorwaarden voor het verzekeringsbedrijf en de zorginkoopmarkt. Taken van ZN zijn: belangenbehartiging, representatie, werkgeverszaken, informatiefunctie, communicatie, platformfunctie, beleidsontwikkeling, onderzoek en dienstverlening.¹⁰

4.4 Zorgaanbieders

De kant van de aanbieder van zorg heeft evenals de hulpvrager twee gezichten. Aan de ene kant is men hulpverlener, aan de andere kant is men ook ondernemer die als het om de individuele hulpverlener gaat er zijn brood mee moet verdienen en als het om instellingen gaat zijn budget in stand moet houden.

Op grond van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst sluiten zorgverleners een inspanningsovereenkomst met de patiënt, beiden verplichten zich hiermee tot het uiterste in te spannen om een goed resultaat te bereiken. Belangrijke zorgverleners zijn huisartsen en specialisten. Steeds meer huisartsen werken (zeker in de weekenden) samen in een groepspraktijk. Hun werk bestaat uit gesprekken, diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Naast behandelaar fungeert de huisarts ook als verwijzer naar de specialistische voorzieningen.¹¹ Medisch specialisten werken in veel ziekenhuizen in een maatschap binnen het ziekenhuis. Ze oefenen als vrij

ondernemer hun beroep uit binnen het ziekenhuis. De kosten die het ziekenhuis maakt, zijn voor een groot deel afhankelijk van beslissingen die medisch specialisten maken. Voor kostenbeheersing is het dan ook belangrijk dat medisch specialisten kostenbewust handelen. Daarom is het de bedoeling dat de specialisten de komende tijd gaan integreren in de ziekenhuizen.¹²

Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is het management van de instelling eindverantwoordelijke voor een goede patiëntenzorg. De instelling heeft op grond van de WGBO centrale aansprakelijkheid voor werknemers en niet-werknemers, de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening bij de instelling. Instellingen zullen steeds meer marktgericht gaan werken. Dit betekent dat de organisatie haar beleid nadrukkelijk afstemt op de behoeften van haar doelgroepen zoals patiënten, personeel, publiek, financiers, industrie en verwijzers. De instellingen zijn al geruime tijd bezig met het ontwikkelen van transmurale samenwerkingsverbanden. Eén van de doelen is een verbetering van de kwaliteit van zorg te realiseren, waarbij de patiënt steeds meer centraal komt te staan. De kostenfactor van de zorg is de afgelopen jaren steeds meer een belemmerende factor geworden. Contacten met de zorgverzekeraar zijn van belang wat betreft de financiële aspecten van de zorg.

Eén van de belangrijkste koepelorganisaties voor en door artsen is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG). Ze zetten zich in voor de belangen van medische beroepsbeoefenaren in Nederland en doen dit in nauwe samenhang met de beroepsverenigingen; LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), Orde (Orde van Medisch Specialisten), LAD (Landelijke Artsen in Dienstverband) en NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde).

5. Het huidige zorgsysteem

5.1 Sectoren

De Nederlandse gezondheidszorg kent verschillende ordeningsprincipes. Eén ervan is een onderverdeling in sectoren. De zorgnota 2002 gaat uit van zeven hoofdsectoren waarbij beleidsvoorname zijn geformuleerd.

1. Gezondheidsbevordering en -bescherming: de doelstelling is om de gezondheid van de burger te beschermen en te bevorderen en om de individuele en collectieve positie van de burger in de zorg te versterken.
2. Curatieve somatische zorg: dit heeft als doel het bewerkstelligen van een patiëntgerichte curatieve somatische zorg.
3. Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten: de hoofddoelstelling is om de kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid en blijvende betaalbaarheid van deze medische toepassingen te bevorderen.
4. Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang: de doelstelling is het creëren en in stand houden van een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief verantwoord aanbod van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg dat aansluit bij de zorgvraag van de cliënt en de maatschappij.
5. Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen: het doel is het bevorderen van de kwaliteit van bestaan voor gehandicapten.
6. Verpleging, verzorging en ouderen: het doel is het streven naar een tijdig, passend, kwalitatief goed en betaalbaar aanbod van verpleging, verzorging en dienstverlening aan mensen die daaraan een maatschappelijk aanvaarde behoefte hebben.
7. Beheer zorgverzekering: het doel is het creëren en onderhouden van een evenwichtig, solide en toegankelijk stelsel van zorgverzekeringen, opdat verzekerden hun aanspraak op zorg kunnen realiseren op een manier die aansluit bij hun behoeften en tegen een aanvaardbare prijs.¹³

5.2 Regio's

Een tweede ordeningsprincipe is die in regio's. De Nederlandse gezondheidszorg is regionaal georganiseerd. Het is de bedoeling dat er binnen de regio's een overzichtelijk, samenhangend en doelmatig stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen bestaat dat is afgestemd op de behoefte van de bevolking in dat gebied. Er zijn verschillende indelingen in regio's. Eén ervan is een indeling in WZV-regio's. Hierin worden 27 regio's onderscheiden. De WZV-regio's hebben als doel een regionale opbouw van de gezondheidszorg waarin een samenhangend zorgaanbod wordt afgestemd op de zorgvraag. Er zijn ook instellingen die een aparte erkenning hebben als bovenregionale of landelijke voorziening. Het gaat hierbij om specialistische instellingen en instellingen die vanuit een levensbeschouwelijke grondslag werken.

5.3 Echelons

Tot slot is er een ordening die uit gaat van echelons. Het gaat hierbij om de volgorde waarin de verschillende voorzieningen worden ingezet. In tabel 3 is deze indeling in echelons in kernwoorden weergegeven.

Tabel 3 | Indeling in echelons

	Eerste echelon	Tweede echelon
Aard van de zorg	Algemeen (niet gespecialiseerd)	Specialistisch
Toegankelijkheid	Vrij	Na verwijzing door 1e echelon
Locatie t.o.v. doelgroep	Te midden van doelgroep	Op grotere afstand
Wijze aanbieding van zorg	In thuissituatie, extramuraal, ambulante	Ambulant/ intramuraal, poliklinisch/klinisch

Eerste echelon

De zorg in het eerste echelon, ofwel eerste lijn, is voor elke zorgvrager direct toegankelijk. Dit betekent dat er geen verwijzing nodig is om van deze zorg gebruik te maken. Het doel van de zorg in de eerste lijn is het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving voor de zorgbehoevenden en hun naasten in de thuissituatie.

De eerste lijn omvat alle niet-gespecialiseerde voorzieningen. Voorheen had de huisarts een spilfunctie in de eerste lijn. Tegenwoordig wordt in plaats van de centrale functie van de huisarts uitgegaan van een aantal kerndisciplines, te weten: de huisartsgeneeskunde, het kruiswerk, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. De huisarts treedt op als 'poortwachter' voor de tweede lijn. Hij moet er zorg voor dragen dat de patiënt niet te snel wordt doorverwezen naar de tweede lijnsvoorzieningen. In de eerste lijn bevinden zich tevens de tandartsenhulp, de geneesmiddelen verstrekking en een aantal paramedische behandelingen.

Een andere eerstelijns voorziening is de thuiszorg. Deze bestaat voor het grootste deel uit gezinsverzorging. Gezinsverzorging is veelal gericht op ouderen vanaf 65 jaar. Ook wordt er hulp verleend aan gezinnen en chronisch zieken. Er wordt alleen zorg verleend als zelfredzaamheid ontoereikend of niet aanwezig is. Door de toenemende vergrijzing en gezinsverdunding is de zelfredzaamheid van gezinnen afgenomen en als gevolg daarvan de vraag naar gezinsverzorging toegenomen.

Ook algemeen maatschappelijk werk (AMW) valt onder de eerstelijnszorg. Het AMW richt zich op mensen met psychosociale problemen. De kerntaken zijn: 1) psychosociale hulpverlening; 2) concrete en informatieve hulpverlening; 3) onderzoek en rapportage; 4) signalering, belangenbehartiging en preventie.

Tweede echelon

De relatie van de tweede lijn met de eerste lijn is een aanvullende complementaire relatie, en een die met name gericht is op ondersteuning van de eerste lijn. De tweede lijn is niet direct toegankelijk. Daarvoor is een verwijzing van iemand uit de eerste lijn noodzakelijk. De tweede lijn omvat specialistische zorg en de intramurale voorzieningen. Onder intramurale voorzieningen vallen onder meer algemene of psychiatrische ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Het ziekenhuis wordt ook wel geneeskundig centrum genoemd en heeft als hoofdfuncties: diagnose, therapie, verpleging en isolering. Tevens worden er artsen en verpleegkundigen opgeleid. Een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis wanneer de therapeutische en diagnostische mogelijkheden buiten het ziekenhuis onvoldoende zijn, of wanneer isolement nodig is. De opnamen verlopen via de polikliniek of de eerste hulp, waarnaar een patiënt door de huisarts, een collega-instelling of een medisch specialist is verwezen.

Het verpleeghuis is opgericht als een goedkoper alternatief voor het ziekenhuis, ten behoeve van mensen die verpleging en verzorging nodig hebben die niet in de thuissituatie of verzorgingshuizen geboden kan worden. Het vormt het verlengstuk van het ziekenhuis.

Verzorgingshuizen werken veelal wijkgericht ten behoeve van zelfstandig wonende ouderen. De voorzieningen die hiervoor geleverd worden zijn: warme maaltijdvoorzieningen, sociaal culturele activiteiten, alarmering en tijdelijke opname. Zo veel mogelijk wordt geprobeerd deze voorzieningen thuis aan te bieden, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Als dit niet meer mogelijk is, wordt iemand in een verzorgingshuis opgenomen. De laatste jaren is het beleid voor opname in een verzorgingshuis steeds stringenter geworden, waardoor de verzorgingshuizen (vanwege de zwaardere hulpbehoevendheid van de bewoners) steeds meer het karakter krijgen van verpleeghuizen.

Ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt onder het tweede echelon. Geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen bieden hulp aan mensen met psychiatrische, psychische en psychosociale problemen. Jaarlijks doet ongeveer 5% van de Nederlanders een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. De zorgverlening in de GGZ kan op drie manieren plaatsvinden: extra-, semi- en intramuraal. Deze indeling is een indeling naar intensiteit van zorg. Extramuraal (ofwel ambulant) houdt in dat de cliënten in hun eigen woonomgeving blijven; intramuraal houdt in dat de cliënt 24 uur per dag is opgenomen en semimurale zorg is voor cliënten voor wie extramurale hulpverlening ontoereikend is en voor wie opname (nog) niet of niet meer nodig is.

Tot slot valt ook de gehandicaptenzorg onder de tweedelijnszorg. Hieronder vallen verblijfvoorzieningen (intra- en semi-muraal), overdagvoorzieningen en ambulante maatschappelijke dienstverlening. Een eerste vorm van verblijfvoorzieningen zijn de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze bieden woongelegenheden, verzorging, begeleiding, verpleging, diagnostiek en behandeling voor de bewoners. Ze zijn bestemd voor verstandelijk gehandicapten voor wie integratie in de maatschappij niet mogelijk is. Een tweede vorm van verblijfvoorzieningen zijn de kort-verblijftehuizen, waarin de opvangsduur gemiddeld drie maanden is en gezinsvervangende tehuizen die een blijvende woon- en verblijfsituatie bieden. Onder overdagvoorzieningen vallen de dagverblijven voor kinderen en ouderen en scholen voor moeilijk en zeer moeilijk lerende

kinderen. De ambulante maatschappelijke dienstverlening heeft als doel maatschappelijke dienstverlening te bieden voor verstandelijk gehandicapten en mensen in hun omgeving. De cliënt blijft daarbij in zijn dagelijkse omgeving.¹⁴

6. Het huidige financieringssysteem

6.1 Drie compartimenten

Het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen is geordend in drie compartimenten. Het eerste compartiment omvat de dure, onverzekerbare en langdurige zorg en wordt ook wel de care sector genoemd. De financiering van deze zorg vindt plaats via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het tweede compartiment wordt de cure sector genoemd en bevat acute medische zorg. In de kosten voor dit deel van de zorg wordt voorzien door diverse verzekeringsvormen. Het derde compartiment bevat alle zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is opgenomen. Tabel 4 geeft een overzicht van de inhoud, de financiering en de regulering van de drie genoemde compartimenten.

Tabel 4 | Compartimentenindeling gezondheidszorg

Compartimenten	Inhoud	Financiering	Regulering
1e compartiment	Dure, onverzekerbare en langdurige zorg	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	Volledige overheidsregulering
2e compartiment	Acute medische zorg	Afhankelijk van verzekeringsvorm: - Ziekenfondswet (ZFW) - Particuliere verzekering - Publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren - Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering 1998 (WTZ)	Gereguleerde concurrentie
3e compartiment	Overige zorg	Aanvullende particuliere of aanvullende ziekenfonds verzekering	Marktregulering

In tabel 5 is het aantal verzekerden per verzekeringsvorm weergegeven.

Tabel 5 | Aantal verzekerden in 2001 (in mln. personen)

	Totaal	0 t/m 19	20 t/m 64	65+
AWBZ	15,9	3,4	10,3	2,2
ZFW	10,1	1,9	6,7	1,6
Particulier totaal	5,6	1,5	3,5	0,6
Waarvan:				
- Publiekrechtelijke regelingen ambtenaren	0,8	0,2	0,5	0,1
- WTZ	0,7	-	0,2	0,5
- Overig particulier	4,1	1,3	2,8	0,02
Onverzekerd	0,2			

Bronnen: CVZ, Vektis, SUO

6.2 Het eerste compartiment

Het eerste compartiment wordt grotendeels gefinancierd vanuit de AWBZ.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Er is sprake van 'bijzondere ziektekosten' vanwege het feit dat in een voorkomend geval de kosten zo hoog zijn dat niemand die kan dragen zonder ondersteuning van overheid en derden. De doelgroep bestaat uit ouderen, gehandicapten en patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg met chronische problematiek.

De AWBZ is een volksverzekering. Dit houdt in dat alle ingezetenen in Nederland (en alle niet-ingezetenen die in loondienst werken) van rechtswege verzekerd zijn. Van oorsprong is het een verzekering voor niet of nauwelijks verzekerbare ziekterisico's. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.

De regionale zorgkantoren voeren namens ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren de AWBZ uit. Een zorgkantoor is voor een bepaalde regio verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van voldoende zorg van voldoende kwaliteit en voor een doelmatige besteding van middelen. Het zorgkantoor contracteert hiervoor door het ministerie van VWS erkende instellingen. Hulpverleners en instellingen verplichten zich tegen een bepaald bedrag en onder bepaalde voorwaarden de nodige zorg te verlenen. Voor er een overeenkomst kan worden gesloten, moet er op landelijk niveau overeenstemming bestaan tussen de representatieve organisaties, het zogenaamde uitkomst van overleg (UVO). Wanneer de partijen niet tot overeenstemming komen, wordt er door het CVZ een modelovereenkomst vastgesteld. Naast het contracteren van zorgaanbieders en instellingen neemt het zorgkantoor deel aan het overleg over zorgaanbod in de regio. Ook de vaststelling van de eigen bijdrage voor verzekerden en de inning daarvan worden door de zorgkantoren uitgevoerd.

De kosten van de AWBZ worden voor het grootste deel gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies die door de rijksbelastingdienst worden geïnd. Naast premies betalen verzekerden voor intra -en extramurale voorzieningen eigen bijdragen. De premie van de AWBZ wordt met de inkomstenbelasting in één som geheven over het belastbaar inkomen. De rijksbelastingdienst stort deze premie in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten dat door het CVZ wordt beheerd.

Het CVZ keert geld uit aan de uitvoeringsorganen van de AWBZ, ten behoeve van uitgaven voor zorg en beheerskosten. De beheerskosten voor de AWBZ worden jaarlijks in een macro beheerskostenbudget vastgelegd. Via richtlijnen wordt dit bedrag over de verschillende uitvoeringsorganen verdeeld.¹⁵

6.3 Het tweede compartiment

In de financiering van zorg uit het tweede compartiment wordt voorzien door verschillende verzekeringsvormen. In de eerste plaats is er de Ziekenfondswet. Naast de ziekenfondsverzekering is er een aantal verzekeringen voor verschillende categorieën van ambtenaren, de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren genaamd. Tot slot is er voor degenen die niet ingevolge de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren verzekerd zijn, de mogelijkheid zich te verzekeren bij één van de particuliere ziektekostenverzekeringsmaatschappijen. In tabel 5 is het aantal verzekerden in 2001 weergegeven.

De Ziekenfondswet

De Ziekenfondswet heeft tot doel het waarborgen van geneeskundige verzorging aan verzekerden. De ziekenfondsverzekerden kunnen aanspraak maken op verstrekkingen. In de Ziekenfondswet wordt dit omschreven als 'geneeskundige verzorging'. Bij of krachtens Algemene Maatregel van Bestuur worden de aard, de inhoud en de omvang van de verstrekkingen geregeld.

De uitvoering van de Ziekenfondswet is opgedragen aan ziekenfondsen die voldoen aan de in de Ziekenfondswet gestelde toelatingseisen. Van rechtswege is iedereen verzekerd die een bruto-inkomen heeft dat onder de loongrens ligt. Mensen die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd niet ziekenfondsverzekerd zijn, kunnen op vrijwillige basis toetreden tot de ziekenfondsverzekering. Voorwaarde daarbij is dat het belastbaar huishoudinkomen lager is dan een bepaald bedrag per jaar. Deze mogelijkheid voor 65 plussers is de enige uitzondering op het verplichte karakter van de Ziekenfondswet. De ziekenfondsen leveren medische verzorging in natura. Dit betekent dat ze er dus zorg voor dragen dat de noodzakelijke medische verzorging aan de verzekerden wordt verstrekt. Om hieraan te kunnen voldoen sluit de ziekenfondsverzekeraar overeenkomsten met zorgverleners. Tot 1992 werkten ziekenfondsen alleen regionaal. Nu werken ze landelijk en mogen verzekerden zelf een ziekenfonds kiezen.¹⁶

Financiering van de ziekenfondsverzekering vindt plaats door het heffen van premies, een rijksbijdrage en een bijdrage ingevolge de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ). Iedere verzekerde betaalt een procentuele en een nominale premie. De procentuele premie wordt geheven als een percentage van het loon en/of de sociale verzekeringsuitkering. De werkgever en de werknemer betalen elk een deel van de premie. Het werknemersdeel wordt door de werkgever ingehouden van het loon en afgedragen aan de belastingdienst. De nominale premie wordt door het ziekenfonds vastgesteld en wordt in maandelijkse termijnen geïnd door het ziekenfonds, waarbij de verzekerde is ingeschreven. Het Rijk draagt via de Rijksbijdrage aan de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering bij aan de financiering van de ZFW. Tot slot betaalt de particuliere verzekeringsmarkt op grond van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) mee aan de verplichte ziekenfondsverzekering. Al de genoemde geldmiddelen, met uitzondering van de nominale premie, worden gestort in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering.¹⁷

Sinds 1991 lopen de ziekenfondsen (gedeeltelijk) financieel risico, de uitkeringen die zij ontvangen zijn gebudgetteerd. De ziekenfondsverzekeraar moet afspraken maken met de zorgverleners over de hoeveelheid, de kwaliteit en de prijs van de geleverde prestaties. Zo wordt gezorgd dat de ziekenfondsen er belang bij hebben dat de zorg die de verzekerden nodig hebben zo flexibel en doelmatig mogelijk wordt ingekocht en georganiseerd. De hoogte van het budget wordt jaarlijks door de minister van VWS in het zogenoemde macro-verstrekkingenbudget vastgesteld. Het CVZ moet op grond van de

regels van de minister dit budget verdelen over de verschillende ziekenfondsen. Na goedkeuring van de minister over de verdeling deelt het CVZ de hoogte van zijn budget voor het komende jaar mee. De toegekende budgetten worden door het CVZ uitgekeerd volgens een vast bevoorschottingsschema ten laste van de Algemene Kas. Deze budgetten zijn in beginsel niet hoog genoeg om alle kosten van verstrekkingen en vergoedingen te dekken. Het gedeelte dat een ziekenfonds tekort komt wordt gedekt uit de heffing van de nominale premie. Op basis van de budgettoewijzing stelt ieder ziekenfonds de hoogte van zijn nominale premie voor het volgende jaar vast. Zo kan een ziekenfonds door een scherpe premiestelling zich aantrekkelijk maken voor de verzekerden.¹⁸

De publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren

In Nederland bestaan er drie publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren: (1) ambtenaren in dienst van gemeenten en de ambtenaren in dienst van de provincie Limburg vallen onder de IZA-regeling (Instituut Zorgverzekeringen voor Ambtenaren); (2) ambtenaren in dienst van provincies met uitzondering van ambtenaren in dienst van de provincies Limburg en Flevoland vallen onder de IZR-regeling (Interprovinciale Ziektekostenregeling) en (3) ambtenaren in dienst van de politie vallen onder de DGVP-regeling (Dienst Geneeskundige Verzorging Politie). De koepelorganisatie van deze drie publiekrechtelijke ziektekostenregelingen is de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

De genoemde regelingen vertonen een sterke gelijkenis. Zij geven vergoeding voor gemaakte ziektekosten (na verrekening van een eventueel eigen risico). Het pakket komt grotendeels overeen met het ziekenfondspakket, maar is op sommige onderdelen ruimer. Werkgever en ambtenaar betalen elk een deel van de procentuele premie. De ambtenaar betaalt ook een nominale premie. Voor bepaalde zorg gelden eigen bijdragen. Een persoon die in dienst is van een gemeente, provincie of rijks- of gemeentepolitie is van rechtswege verzekerd.

De uitvoering van de regelingen vindt plaats door uitvoeringsorganen voor de publiekrechtelijke regelingen. De publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen zijn gebaseerd op het restitutiestelsel: de verzekerden ontvangen een vergoeding van de gemaakte kosten voor medische zorg. De financiering vindt plaats door middel van inkomensafhankelijke (waarvan een deel voor rekening van de werkgever en een deel voor rekening van de werknemer komt) en nominale premies.¹⁹

De Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering

Iedereen die niet op grond van de Ziekenfondswet of een ambtenarenverzekering is verzekerd, kan zich particulier verzekeren. Dit is een privaatrechtelijke overeenkomst tussen een verzekerde en een particuliere verzekeraar. Er wordt wel gesproken van een verzekering met een gemengd karakter vanwege het feit dat er voor iemand die op de particuliere markt is aangewezen er geen verplichting bestaat zich te verzekeren, terwijl de verzekeringsmaatschappij wel verplicht is om, met iemand die aan de wettelijk gestelde eisen voldoet, op zijn verzoek een standaardverzekering te sluiten. De Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ) garandeert voor bepaalde groepen toegang tot de standaardverzekering. De WTZ geldt voor verzekerden die op de particuliere markt geen, of geen betaalbare polis kunnen krijgen. Het gaat hierbij met name om particulier verzekerde bejaarden en ziekenfondsverzekerden die de loongrens overschrijden. Het verzekerde risico in de standaardverzekering komt vrijwel overeen met de dekking van de ziekenfondsverzekering. De standaardverzekering wordt uitgevoerd door de in Nederland werkzame particuliere ziektekostenverzekeraars. De standaard verzekering is een schadeverzekering. Dat betekent dat de verzekerde recht heeft op een vergoeding van de gemaakte kosten voor gezondheidszorg. De dekking van de vergoedingen vindt plaats vanuit nominale premies die door de verzekerde worden betaald en de zogenoemde WTZ-omslagbijdrage. De premies zijn niet kostendekkend. De WTZ-omslagbijdrage dekt het verschil dat bestaat tussen de zorglasten en de premieopbrengsten. Dit zogenaamde omslagtekort wordt omgeslagen over alle particuliere verzekerden jonger dan 65 jaar. Tevens zijn particuliere verzekeraars verplicht de MOOZ-bijdrage in rekening te brengen.²⁰

7. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

7.1 Vraaggestuurde zorg

De gezondheidszorg wordt in plaats van aanbodgestuurd steeds meer vraaggestuurd ingericht. Nu is het zo dat iemand met een gezondheidsprobleem gebruik kan maken van het zorgaanbod dat er is. De zorgorganisaties en -instellingen bepalen welke zorg verleend kan worden. Een patiënt kan daarmee instemmen of niet. Door negatieve ervaringen met starheid van aanbieders, door de toegenomen mondigheid en nadruk op de autonomie van de patiënt en door een sterkere nadruk op marktwerking in heel de samenleving is er meer en meer verzet gerezen tegen aanbodgestuurde zorg. Men vindt dat niet de patiënt zich moet aanpassen aan de zorgverleners maar dat de zorginstellingen en zorgverleners zich dienen aan te passen aan de behoeften en wensen van de patiënt. De zorg moet zorg op maat, conform wensen van de zorgvrager, op basis van adequate informatie en conform professionele indicaties en standaarden zijn. Dit kan door:

- sturing van de vraag: de overheid houdt bij de aanbodregulering rekening met de vraag van de patiënt (daarbij blijft het aanbod de vraag sturen);
- sturing op de vraag: verzekeraars (of andere zaakwaarnemers) sturen het zorgaanbod door namens de patiënt zorg in te kopen, uit te voeren of te financieren;
- sturing door de vraag: de patiënt stuurt zelf bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget (de vraag leidt daarbij het aanbod).²¹

Van zorgaanbieders wordt een grotere flexibiliteit gevraagd om op de diversiteit aan vraag (zorg-behoeften) in te spelen. In de samenleving is dan ook een herordening van het aanbod te zien. Allerlei vormen van samenwerking ontstaan. In een regio probeert men te komen tot een zorg-continuüm van thuishulp tot specialistische zorg in academische ziekenhuizen.

7.2 Het persoonsgebonden budget

Een belangrijk instrument in de kanteling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg is het Persoonsgebonden Budget (PGB). Het gaat hier om een nieuwe financieringsvorm, die betrekking heeft op de 'care' en niet op de medisch-specifieke zorg. Bij deze financieringsvorm krijgen patiënten op indicatie een bepaald bedrag voor zorgvoorzieningen toegekend. Patiënten kunnen met behulp van het gekregen budget in principe zelf de zorg 'inkopen' die men nodig en wenselijk acht.

De AWBZ betaalt hulp via een persoonsgebonden budget (PGB) voor personen die langer dan drie maanden thuiszorg of begeleiding vanuit de GGZ nodig hebben en voor verstandelijk gehandicapten. Het PGB houdt in dat de patiënt met een beschikbaar gesteld budget hulpverlening naar eigen keuze kan zoeken. Eén van de voordelen van het PGB is dat de patiënt een grotere keuzevrijheid heeft. De patiënt kan zo zelf kiezen voor bijvoorbeeld het tijdstip van zorgverlening en voor zorg die aansluit bij de eigen identiteit. De patiënt krijgt hiermee een belangrijke zeggenschap over de zorg en daarmee ook verantwoordelijkheid voor de zorg die hij vraagt. Daarnaast ligt een grote verantwoordelijkheid bij degene die de indicatie vaststelt waarop het budget is gebaseerd. In de praktijk (o.a. in verzorgingstehuizen) is het zo dat het management de aanvraag van het PGB heeft geregeld op machtiging van patiënten. Een tweede voordeel van het PGB is dat de zorgverlening meer doelmatig wordt: er is weinig kans op over- of onderbehandeling, de zorgverlener doet wat is afgesproken. Bovendien is de zorgverlening gebaseerd op een onafhankelijke indicatie.

Wel ontstaat door het economisch invullen van de relatie patiënt-zorgverlener het gevaar dat in die relatie het contract, de afspraak belangrijker wordt dan de vertrouwensrelatie. (Dit geldt natuurlijk niet voor die situaties waarin de zorgvrager een familielid of bekende tegen een vergoeding de zorg laat verrichten.) Verder kan het feit dat de zorgvrager geld ter beschikking heeft om voor zorg uit te geven ertoe leiden dat de bereidheid tot het verlenen van vrijwilligerszorg afneemt. Dit zou een verdere verzakelijking van de zorgverlening betekenen.²²

7.3 Het persoonsvolgend budget

Een tweede belangrijk instrument in de kanteling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg is het persoonsvolgend budget (PVB). Het PVB is een bekostigingssysteem van zorg in natura. Het PVB budget wordt namens de cliënt beheerd door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft vervolgens de verplichting aan de cliënt de geïndiceerde zorg te leveren. De cliënt kan met de zorgaanbieder afspraken maken over het tijdstip van levering en de wijze waarop de ondersteuning door de zorgaanbieder geboden wordt. Het afgesproken budget wordt onderdeel van het budget van de zorgaanbieder. De nacalculatie vindt plaats volgens de in de zorg in natura gebruikelijke systematiek, namelijk op grond van de toets of de afgesproken aanvullende productie daadwerkelijk is gerealiseerd.²³

7.4 Diagnose Behandeling Combinatie

Een derde belangrijk instrument in de kanteling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg is de invoering van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) die op 1 januari 2003 officieel zal plaatsvinden. Dit is een nieuw systeem voor de bekostiging van ziekenhuizen en honorering van medisch specialisten. Aan de huidige financiering van ziekenhuizen en medisch specialisten via gescheiden systemen komt bij de invoering van het nieuwe systeem een eind, omdat de contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars dan namelijk gebaseerd zullen worden op DBC's. De bekostiging van ziekenhuis- en medisch-specialistische zorg geschiedt niet meer op basis van aanbodgerelateerde parameters, maar op basis van vraaggerelateerde productprijzen.

Het kernbegrip in het nieuwe systeem van financiering is de hierboven genoemde Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC typeert de zorg die een patiënt ontvangt op basis van zijn of haar zorgvraag en omvat alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt op basis van de zorgvraag in het ziekenhuis ondergaat. Vrijwel elke zorgvraag is onder te brengen in een DBC. Nadat een patiënt voor een eerste consult is geweest en zijn zorgvraag te kennen heeft gegeven, stelt de specialist een (voorlopige) diagnose vast. Om te bepalen welke DBC moet worden gekoppeld aan de zorgvraag, maakt de specialist gebruik van een zogenaamde DBC-typeringslijst.

Bij het vergoeden van de kosten van het ziekenhuis en het honoreren van medisch specialisten op basis van DBC's staat de vraag van de patiënten centraal. Ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars kunnen in onderling overleg het aanbod aan zorg beter afstemmen op de vraag. Behalve tot een beter systeem van bekostiging, moet de DBC-systematiek ook leiden tot efficiëntere ziekenhuiszorg. Aangezien er met DBC's meer transparantie in het zorgproces ontstaat, is de verwachting dat er niet alleen een groter kostenbewustzijn bij alle betrokkenen ontstaat, maar ook dat de planning van het zorgproces wordt verbeterd en daarmee de wachttijden kunnen worden verkort. Eén van de positieve gevolgen die de DBC-systematiek naar verwachting zal hebben, is dat de zorgvraag van patiënten zichtbaar wordt. Verwacht wordt dat de ziekenhuiszorg via de DBC-systematiek klantgerichter wordt dan nu het geval is, omdat er financiële prikkels in het bekostigingssysteem worden ingebouwd om patiënten sneller en binnen een kortere tijd te helpen. Bovendien zorgt de onderhandelings situatie tussen verzekeraars en ziekenhuizen voor meer marktwerking. Partijen maken immers afspraken over prijs, volume en kwaliteit van zorg.²⁴

7.5 Knelpunten in het huidige zorgstelsel

De Nederlandse gezondheidszorg is in vergelijking met andere landen kwalitatief goed en breed toegankelijk. Toch zijn er enkele knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen. Mede op grond van adviezen en rapporten onderscheidt het kabinet drie belangrijke en onderling samenhangende knelpunten in het huidige zorg- en verzekeringsstelsel.

Ten eerste leidt op het vlak van de sturing van de zorg de dominante, centrale aanbodssturing in het eerste en het tweede verzekeringscompartiment tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren, en tot een gebrekkige aansluiting

van het aanbod op de vraag. Zowel in het eerste als het tweede compartiment leidt de dominante aanbodsturing onder meer tot geringe vraaggerichtheid van het zorgaanbod (het zorgaanbod speelt onvoldoende in op de behoefte van de patiënt); beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie; geringe doelmatigheid (de allocatie van middelen op microniveau is onvoldoende efficiënt) en onvoldoende informatie over en transparantie van het zorgaanbod.

Een tweede knelpunt in het huidige verzekeringsstelsel is volgens het kabinet de dualiteit in het tweede compartiment. Dit komt onder meer tot uiting in 1) de verschillende en deels tegengesteld werkende sturingsconcepten, 2) de ondoorzichtige solidariteit en ongelijke lastenverdeling en 3) de beperkte keuzemogelijkheden.

Ad 1) Naast de overheid geven verzekeraars sturing aan de zorg. Zij doen dit op verschillende manieren. De verschillen in het sturingsconcept komen tot uiting in het natuurasysteem in de ziekenfondsverzekering waarin een acceptatie- en zorgplicht voor de ziekenfondsen geldt en in het restitutesysteem in de particuliere verzekering waarin er de mogelijkheid is van risicoselectie voor particuliere verzekeraars. Voor ziekenfondsen is door hun acceptatie- en zorgplicht, in combinatie met het budgetteringssysteem een goede organisatie van de zorg van belang. Zo kunnen ze hun uitgaven beheersen en voldoende zorg voor hun verzekerden contracteren. Op dit moment zijn voor ziekenfondsen meer prikkels aanwezig tot decentrale sturing in de zorg en tot doelmatige zorginkoop dan voor particuliere zorgverzekeraars.

Ad 2) Ten aanzien van de ondoorzichtige solidariteit en de ongelijke lastenverdeling kan opgemerkt worden dat vanwege de verbrokkelde verzekerings- en financieringsstructuur burgers in vergelijkbare omstandigheden, maar met verschillende verzekeringen, sterk verschillende premies betalen en dat het overgaan van de ene naar de andere zorgverzekering (bijvoorbeeld vanwege het overschrijden van de loongrens of verandering van werkgever) vaak leidt tot flinke veranderingen in het netto besteedbaar inkomen van mensen.

Ad 3) Een derde gevolg van de dualiteit in het tweede compartiment is dat er sprake is van ongelijkheid ten aanzien van de keuzemogelijkheden voor verzekerden ten aanzien van de samenstelling van het pakket, het eigen risico en de mogelijkheden om van verzekeraar te wisselen.

Ten derde belemmert de uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod en leidt tot afwentelingmechanismen. In tegenstelling tot het tweede compartiment is de zorg in het eerste compartiment voor alle burgers uniform verzekerd via de AWBZ. Ook in de AWBZ is er momenteel sprake van een omslag van een centraal aanbodgestuurd model naar een decentraal, vraaggericht stelsel. Daarbij hoort een passende uitvoeringsstructuur, met prikkels die stimuleren tot een vraaggericht zorgaanbod. Zo worden de 'schotten' tussen het eerste en tweede compartiment steeds meer als problematisch ervaren. Zowel vanuit de patiënt als vanuit het oogpunt van een doelmatige zorgverlening zou in veel gevallen zorg uit het tweede compartiment zonder al te veel belemmeringen te combineren moeten zijn met de zorg die onder het eerste compartiment valt.

Uit de genoemde knelpunten in de gezondheidszorg heeft het kabinet geconcludeerd dat het zorg- en verzekeringsstelsel niet meer voldoende aansluit bij de huidige ontwikkelingen en niet voldoende toekomstbestendig is. Daarom heeft het in het licht van deze knelpunten plannen ontwikkeld voor de vernieuwing van het zorgstelsel.

Ten aanzien van de inrichting van het nieuwe stelsel geldt dat er keuzes gemaakt moeten. Deze keuzes zijn normatief van aard. Voordat keuzes gemaakt kunnen worden, moet dan ook eerst nagegaan worden welke waarden en normen voor het zorgstelsel gelden. In het volgende hoofdstuk zal daarom uitgaande van christelijke waarden en normen een normatief kader geschetst worden

voor het zorgstelsel en de gezondheidszorg. Vanuit dat normatieve kader kunnen dan vervolgens ijkpunten van een christelijke visie op het zorgstelsel geformuleerd worden.²⁵

Noten

- 1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het stelsel op de schop? Verslag van een debatserie in De Balie. Den Haag, februari 2001.
- 2 Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1998, p.41.
- 3 Waal de, S.P.M. Transparantie en maatschappelijke verankering van zorgconglomeraten: is dat een issue dan? ZM-magazine. 1998(9).
- 4 Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1998.
- 5 Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. De Nederlandse gezondheidszorg. Den Haag: Het Spectrum 1996.
- 6 Hamilton, G.J.A. Zorgplicht en hulpverleningsplichten binnen het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering. Rechtspraak zorgverzekering ziekenfondsraad - 10 jaar, 1997, p.2-18.
- 7 Zorgverzekeraars Nederland: Gedragscode van de zorgverzekeraar. (<http://www.zn.nl/assets/documenten/word/publieksfolders/Gedragscode v. uw zorgverz.doc>)
- 8 Ven, W.P.M.M. van de, Barneveld, E.M. van, Schut, F.T., Vliet, R.C.J.A. van. Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, april 1995, p.3.
- 9 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, p.65.
- 10 Zorgverzekeraars Nederland. Gedragscode van de zorgverzekeraar. (<http://www.zn.nl/assets/documenten/word/publieksfolders/Gedragscode v. uw zorgverz.doc>)
- 11 Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. De Nederlandse gezondheidszorg. Den Haag: Het Spectrum 1996, p.155, 156.
- 12 Visser, J. Een goede sfeer is snel weer verziekt. Zorgvisie. 1998(14) p.6-8.
- 13 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2002. Den Haag, 2001, deel D.
- 14 Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. De Nederlandse gezondheidszorg. Den Haag: Het Spectrum 1996.
- 15 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, hoofdstuk 1.
- 16 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, hoofdstuk 2.
- 17 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, hoofdstuk 1.
- 18 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, p.44.
- 19 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, p.57-61.
- 20 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ziektekostenverzekeringen in Nederland: Stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, januari 2002, p.51-56.
- 21 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer, 2000.
- 22 Per Saldo. Zelf aan zet met een persoonsgebonden budget (PGB), 2001. (<http://www.pgb.nl/info.html>)
- 23 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. CTG beleidsregels en het PVB. Den Haag, 2000.
- 24 Zie voor meer informatie <http://www.dbc2003.nl>
- 25 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Tweede Kamer, Den Haag, 2000-2001 27855 nrs. 1-2; zie ook hoofdstuk 3 van deze publicatie voor een samenvatting.

HOOFDSTUK 2

NAAR EEN NORMATIEF KADER VOOR HET ZORGSTELSEL

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal een ethisch kader geschetst worden voor het zorgstelsel. Voor alle duidelijkheid: het begrip zorgstelsel is een overkoepelende term en omvat twee elementen, te weten het zorgsysteem (de organisatie van de zorgverlening) en het financierings- of verzekeringsstelsel (de financiering van de zorg).

Eerst zal worden ingegaan op het begrip kwaliteit en de achterliggende visie op zorg. Daarna zal kwaliteit concreter worden ingevuld met behulp van een aantal kwaliteitsaspecten. Vervolgens worden drie ideaaltypische zorgstelsels beschreven en hun positieve en negatieve aspecten uiteen gezet. Tot slot worden aan de hand daarvan kwaliteitscomplexen vastgesteld die uitgewerkt worden in kwaliteitscriteria die gebruikt kunnen worden bij de evaluatie van het zorgstelsel.

2. Kwaliteit van zorg¹

2.1 Inleiding

Hoewel 'kwaliteit' een veelgebruikt begrip is in de zorgverlening, is het moeilijk aan te geven wat het precies betekent. Kwaliteit is een subjectgebonden begrip en ontstaat in de interactie tussen subject en object, oftewel in de interactie tussen zorgverlener en cliënt. Mensen kunnen het eens zijn over kenmerken die kunnen worden toegeschreven aan een object, maar kunnen dan toch verschillen van mening over de kwaliteit ervan. Het oordeel over de kwaliteit van een object is gevoelsmatig van aard. Het feit dat kwaliteit een subjectgebonden begrip is, kan verklaren dat er zoveel verschillende definities van kwaliteit zijn. Bij het begrip kwaliteit is het probleem dat men gevoelsmatig vaak wel kan aangeven waarop het van toepassing is en waarop niet, maar een juiste verwoording van het begrip blijkt vaak niet mogelijk.

2.2 Kwaliteit van zorg in termen van doelen

Er zijn dus veel verschillende definities van kwaliteit. In een groot aantal van de definities van kwaliteit van de zorg komen twee belangrijke elementen naar voren.² Ten eerste wordt er gesproken over doelen van de zorg. Deze aandacht voor het doel dreigt de aandacht voor het proces, het zorgverlenend handelen zelf, te verdringen. Ten tweede blijkt het doel van de zorg door verschillende betrokkenen verschillend te worden geformuleerd.

Verschillende partijen in de gezondheidszorg (de arts, de patiënt, de verzekeraar) richten zich primair op verschillende doelen en aspecten van de zorg. De arts verstaat onder het doel van de gezondheidszorg de werkzaamheid en doeltreffendheid van de zorg; de patiënt zoekt genezing, maar vindt een goede vertrouwensrelatie daarin ook belangrijk, en de verzekeraar let vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de financiering van de zorg vooral op de doelmatigheid van de zorgverlening.³ Doel en kwaliteit blijven daarmee een subjectieve aangelegenheid.

Met andere woorden, omdat ieder uitgaat van een eigen doel is er geen overeenstemming over wat goede zorg inhoudt. Hierdoor ontstaat een probleem, namelijk dat er onduidelijkheid heerst over wat gezondheidszorg is en wat niet meer. Daardoor blijft tevens onduidelijk waar de prioriteiten in de zorg op regionaal en landelijk niveau zouden moeten liggen in het besteden van de beschikbare middelen voor de zorgverlening. Het formuleren van kwaliteit van zorg strikt vanuit de doelen die men wil bereiken lijkt daarom weinig vruchtbaar.⁴

2.3 Kwaliteit van zorg en het financieringsstelsel

Doordat de zorg op allerlei manieren onder druk is komen te staan (o.a. door geldgebrek met als gevolg gebrek aan tijd en aandacht voor de patiënt en door de patiënt als 'object' van de zorg) is de vraag naar de kwaliteit van de zorg, de vraag naar wat goede zorgverlening is, een van de centrale thema's geworden in discussies over de gezondheidszorg. Bij de discussies rondom veranderingen die plaatsvinden in de gezondheidszorg wordt altijd benadrukt dat dit niet ten koste mag gaan van de kwaliteit. In het kader van de discussie rondom het zorgstelsel is kwaliteit van zorg dan ook een begrip dat centraal staat. Belangrijk is dat de inrichting van het zorgstelsel dienstbaar is aan een optimale zorgverlening oftewel een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg voortbrengt. Dit geldt ook ten aanzien van het financieringsstelsel. Het financieringsstelsel staat ten dienste van de zorg en moet dus goede kwaliteit van zorg bevorderen. In de vraag naar kwaliteit van zorg ligt impliciet ook een vraag besloten naar een visie op de zorg, van waaruit de vraag naar de kwaliteit van zorg kan worden benaderd. In het onderstaande zal hierop worden ingegaan.

2.4 Bestemming van de zorg

Vanwege het feit dat doelen subjectief zijn, is het moeilijk deze als uitgangspunt te nemen voor een visie op kwaliteit. Het is beter uit te gaan van de bovensubjectieve bestemming van de zorg. De centrale vraag hierin is de vraag naar wat zorg(verlening) is en dus naar wat de eigenheid van de zorgverlening is en wat zorgverlening ten diepste inhoudt los van het perspectief van de participanten. Het medische handelen begint met de klacht van een patiënt en het beroep dat hij daarmee doet op de arts als hulpverlener. Met de klacht doet de patiënt een beroep op de arts om hem te helpen. Daarom kan hier met prof.dr. G.A. Lindeboom van de 'medische grondsituatie' worden gesproken: "De medische grondsituatie is overal daar, waar een zieke een arts om hulp vraagt. De zieke is een mens, die door zijn lichamelijke of geestelijke gesteldheid in nood verkeert. Hij vraagt in die nood de hulp van iemand, van wie hij mag veronderstellen, dat hij die geven kan en wil." "In de arts en de zieke ontmoeten elkander twee mensen - één, die lijdt, en één, die tracht te lenigen. Deze ontmoeting van twee mensen draagt een menselijk, en dus ook een zedelijk karakter, dat bepaald wordt door de eerbied en de liefde, die men de ander als schepsel en beelddrager Gods verschuldigd is".⁵ In de medische grondsituatie zijn drie elementen te onderscheiden:

- het appél van de patiënt met een bepaalde nood, die hij kenbaar maakt als een klacht;
- de specifieke competentie van de arts;
- het professionele karakter van de medische praktijk.

In de ontmoeting tussen de arts en de zieke is de kern van de medische zorgverleningspraktijk zichtbaar, namelijk de belangeloze zorg om en voor de patiënt. De genoemde 'grondsituatie' geldt evenwel niet alleen voor de medische zorgverlening. Ze geldt evenzeer voor andere hulpverleningssituaties waarin het gaat om het welzijn van de ander. We denken hier met name ook aan verpleegkundige, paramedische en psychosociale zorg. In de curatieve zorg staat de behandeling door artsen op de voorgrond. In de zorg die (veelal) gepaard gaat met langdurige opname, zoals verpleeghuiszorg, psychogeriatrische zorg, gehandicaptenzorg, vervult het verpleegkundig en verzorgend handelen een prominente rol. Het sociale aspect wint bij deze zorg aan belang in verhouding tot het technische aspect. Dus zonder te willen suggereren dat in de 'cure' het sociale onbelangrijk is en in de 'care' het technische, ligt het accent bij de ene vorm anders dan bij de andere. De gerichtheid op het gezondheidsbelang en het welbevinden van de patiënt geldt voor beide. De normatieve structuur is voor de diverse vormen van zorg en hulpverlening dan ook dezelfde. Dit betekent dat de zorg een eigen aard heeft die niet afhangt van de persoonlijke doelen van de betrokkenen. Deze eigen aard van de zorg (de bestemming) is richtinggevend voor de zorgverlening en daarmee ook richtinggevend voor het handelen van de zorgaanbieders, voor de patiënt, de verzekeraar en de overheid. Wanneer in het vervolg over kwaliteit van zorg gesproken wordt, is daarbij het uitgangspunt dan ook de bestemming van de zorg.⁶ De bestemming van de medische praktijk is typisch ethisch. Het gaat om het gericht zijn op het welzijn van de ander. Het kwalificerende principe in de medische praktijk is dan ook het principe van weldoen, of misschien beter: zorg. Dit betekent voor de inrichting van het zorgstelsel dat deze primair beoordeeld

moet worden in het licht van dit principe en niet primair op grond van bijvoorbeeld economische effecten. Kortom bij de inrichting van het zorgsysteem en financieringsstelsel moet optimaal aangesloten worden bij de (interne) bestemming van de medische praktijk.

3. Kwaliteitsaspecten⁷

Bij het vaststellen van de kwaliteit van zorg wordt uitgegaan van de hierboven aangeduide bestemming van de zorg. De bovengenoemde grondsituatie van de (professionele) zorgverlening is het concrete uitgangspunt bij het spreken over kwaliteit van zorg. Daarmee stellen we dat zorgverlening ethisch gekwalificeerd is, dit wil zeggen haar bestaansrecht ontleent aan de ethische waarde die wordt nagestreefd, namelijk het gezondheidsbelang/welzijn van mensen. Het ethische is dus het eerste kwaliteitscomplex waaraan zorg moet voldoen en is tevens richtinggevend voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. Dit betekent dat de andere kwaliteitscomplexen ingevuld worden in het licht van de ethische gerichtheid van de zorg. Zo is bijvoorbeeld niet al het technisch mogelijke en technisch goed uitgevoerde op zichzelf criterium voor kwaliteit, maar de technisch goed uitgevoerde behandeling die ethisch aangewezen is.

We vermelden nu kort de belangrijkste aspecten die aan de zorg onderscheiden kunnen worden en van waaruit de kwaliteit van de zorg beoordeeld kan worden.

a) Allereerst dus *het ethische aspect*. Dit houdt in dat aan de ethische principes wordt voldaan. Centraal staat de vertrouwensrelatie en dus dat de zorgverlener vertrouwenswaardig is. Naast de algemeen aanvaarde principes van informatieplicht, toestemmingsbeginsel (behandeling mag alleen met toestemming van de patiënt), betrouwbaarheid, respectvolle bejegening e.d., zijn vanuit christelijk perspectief ook het respect voor het leven (niet opzettelijk leven beëindigen), en erkenning van het huwelijk als normatief kader voor het samenleven van man en vrouw en het krijgen van kinderen, wezenlijk.⁸

b) *Het technische aspect*. Dit aspect (waarbij techniek breed wordt opgevat, bijv. ook gesprekstechniek valt eronder) zouden we funderend willen noemen omdat dit betrekking heeft op het feitelijke zorghandelen en vooral in dit aspect de verschillende zorgverleningspraktijken van elkaar verschillen. Dit speelt met name in de zorgpraktijk. De zorgverlener gebruikt bepaalde technieken om het zorgdoel te realiseren. Dit dient op een voor de betreffende professe kenmerkende wijze in die concrete situatie te geschieden. Het doel, ofwel de waarde die de zorg- en hulpverlening nastreven, is de gezondheid, het zo normaal mogelijk functioneren.

Verder zijn er verscheidene aspecten/gezichtspunten van waaruit de zorg beoordeeld kan worden en aan kwaliteitseisen moet voldoen.

c) *Het psychische aspect*. Hieruit vloeit de norm voort dat het gevoel van de patiënt moet worden gerespecteerd. Concreet betekent dit onder meer, dat er in de zorg aandacht moet zijn voor beleavings- en verwerkingsaspecten bij de patiënt, in het bijzonder bij en na 'slecht nieuws'-gesprekken en bij ingrijpende behandelingen. In dergelijke gevallen moet er ook aandacht zijn voor wat er in psychisch opzicht op de directe familie afkomt.

d) *Het sociale aspect*. Dit betekent onder meer correcte bejegening, duidelijke communicatie en een goede vertrouwensrelatie. Om hieraan recht te doen dient er zo min mogelijk wisseling te zijn in hulpverleners. Bij meerdere hulpverleners in een behandeling moet er één contactpersoon zijn. Er mogen geen onnodige verwijzingen plaatsvinden. Ook voor de verzekeraar die als schakel tussen hulpaanbieder en vrager fungeert, is goede communicatie belangrijk. Dit kan onder meer inhouden dat er tijd genomen wordt voor de hulpvrager.

e) *Het economische aspect*. Dit betekent onder meer dat middelen moeten worden verdeeld over verschillende vormen van zorg ten behoeve van verschillende categorieën van cliënten. Het houdt ook in dat er geen onnodig kostbare en ingewikkelde verzekeringssystematiek mag zijn. Zowel de organisatie van de zorg en hulp als de zorg- en hulpverlening zelf dienen doelmatig te geschieden. Hierbij geldt dat ook de toepassing van deze economische norm moet staan in het kader van de ethische gerichtheid van zorg en hulp en niet op zichzelf als hoogste norm mag gelden.

f) *Het juridische aspect.* Van belang is dat iedereen (in gelijke mate) recht heeft op zorg. Tevens is van belang dat de zorg en hulp in overeenstemming zijn met het gezondheidsrecht, waaronder de patiëntenrechten. Voorbeelden hiervan zijn de WGBO, de Kwaliteitswet en de wet-BIG. Deze wetgeving is bedoeld om de kwaliteit van de zorg- en hulpverlening, waartoe wij ook de ethische kwaliteit rekenen, te bevorderen.

g) *Tot slot het geloofsaspect.* Dat dit als laatste wordt genoemd betekent niet dat dit het minst belangrijk zou zijn. Het vervult wel een eigen functie. Het geloofsaspect betreft godsdienstige en levensbeschouwelijke overtuigingen. Deze zullen onder meer betrekking hebben op opvattingen over de waarde van het leven, de duiding en beleving van ziekte, lijden en sterven, de betekenis en de grenzen van medisch handelen, op ethische overtuigingen, etc. Dit aspect vervult aldus een regulerende rol. Dit betekent dat in de zorg, hulp en verzekering ook aandacht moet zijn voor de levensbeschouwelijke overtuiging van de hulpvrager. Zorg, hulp en verzekering moeten ook in levensbeschouwelijk opzicht aansluiten bij zijn leefwereld. Zingevingvragen moeten besproken kunnen worden. Het belang hiervan wordt door velen in christelijke kring (en daarbuiten) als zo groot ervaren dat men met name waar het gaat om langdurige zorg en dus om de persoonlijke sfeer (de zgn. 'care') en om zorg waarin het levensbeschouwelijke en ethische in de behandeling zelf kan meespelen (denk bijvoorbeeld aan psychiatrische en psychosociale zorg en welzijnszorg) dat men een sterke voorkeur heeft voor christelijke zorgverleners en instellingen.⁹ Identiteit van de zorgaanbieder vormt aldus een belangrijk kwaliteitsaspect.

Vanuit elk genoemd aspect wordt de zorg dus beoordeeld volgens een bepaalde maatstaf. Al deze aspecten zijn van belang voor een kwalitatief goede zorg. Zorg kan bijvoorbeeld technisch goed worden verleend, maar dit hoeft nog niet te leiden tot goede zorg; de patiënt kan bijvoorbeeld ontevreden zijn over de bejegening, die behoort tot het sociale aspect van de zorg. Belangrijk blijft hierbij dat de bestemming van de zorg richtinggevend is voor de manier waarop al de aspecten vormgegeven worden.

In de vorige paragraaf is gesproken over het verschil dat er is tussen cure en care in de concrete invulling die gegeven wordt aan de aandacht voor het welzijn van de patiënt. Dit verschil geldt ook voor de hierboven genoemde aspecten. Zo zijn in de cure het technische en het sociale aspect van groot belang voor het welzijn van de patiënt en dus voor de kwaliteit van de zorg. In de care speelt bijvoorbeeld het geloofsaspect met de bijbehorende aandacht voor de levensbeschouwelijke identiteit van de hulpvrager en de daarbij aansluitende zorg veelal een prominenter rol dan in de cure.

Door uit te gaan van een geordend geheel van aspecten met de bestemming van de zorg als het richtinggevend dat de invulling bepaalt van wat als ethisch goed wordt gezien, ontstaat een samenhangend geheel van kwaliteitscriteria. De kwaliteit van zorg wordt bepaald door een simultane realisatie van de normen behorend bij deze kwaliteitsaspecten onder leiding van het kwalificerende aspect (zorg). De bestemming van de zorg vormt het richtinggevend uitgangspunt voor de zorg en het bovengenoemde geheel van aspecten en normen vormt het normatieve kader voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg.

Ook het zorgstelsel moet aansluiten bij de interne medische bestemming van de praktijk en dient tevens dienstbaar te zijn aan de simultane realisatie van diverse normen in de medische praktijk. Ook deze realisatie dient te worden gereguleerd door het principe 'zorg'. Belangrijk is verder dat bij de inrichting van het zorgsysteem oog is voor de regulatieve zijde (het geloofsaspect) van de zorgverlening. Indien dit niet gebeurt, heeft dit tot gevolg dat het beleid hieromtrent geen oog heeft voor de levensbeschouwelijke drijfveren achter de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. We denken hier niet in de laatste plaats ook aan de buitengewoon hoge waardering van gezondheid en de hoge verwachtingen die men heeft van de gezondheidszorg hetgeen, vooral in combinatie met de toenemende technische mogelijkheden van de geneeskunde leidt tot een voortdurend groeiend beroep op de zorg.

In deze studie staat de vraag centraal welk zorgstelsel de beste uitgangspositie biedt voor het verlenen van zorg van goede kwaliteit en dus het bovengenoemde normatieve kader respecteert. Om tot een antwoord op deze vraag te komen, zullen eerst drie ideaaltypische zorgstelsels besproken worden aan de hand waarvan kwaliteitskenmerken worden vastgesteld. Deze kenmerken kunnen gebruikt worden om het zorgstelsel te beoordelen.

4. Drie typen zorgstelsels¹⁰

4.1 Inleiding

Het zorgstelsel kan worden opgevat als de organisatievorm van de gezondheidszorg die dienstbaar moet zijn aan een optimale organisatie van de zorgverlening en daarmee aan de bestemming van de medische praktijk. Het zorgstelsel moet dus een optimale zorgkwaliteit voortbrengen. Het kwalificerende kwaliteitsaspect van de zorg en het zorgstelsel is daarmee gegeven: de onbaatzuchtige gerichtheid op het welzijn van de (noodlijdende) medemens. Tegelijk is echter duidelijk dat optimale zorg slechts gegeven kan worden wanneer ook alle andere aspecten van de zorgkwaliteit recht wordt gedaan.

Er zijn drie ideaaltypische zorgstelsels te onderscheiden, die tezamen een veld van mogelijke zorgstelsels omspannen. Elk van deze stelsels heeft positieve en negatieve aspecten. Deze helpen om te wijzen op de verschillende sterke en zwakke kanten van ons zorgstelsel en hoe die laatste gecorrigeerd kunnen worden. In paragraaf 4.5 zullen deze aspecten samengevat worden.

De drie alternatieve zorgstelsels zijn:

- a) het gildensysteem;
- b) de planmatige gezondheidszorg;
- c) een systeem van geregelde concurrentie.

De verschillende systemen zullen in de hierna volgende paragrafen uitgebreid besproken worden en waar nodig zullen enkele kritische kanttekeningen ten aanzien van de stelsels gemaakt worden.

4.2 Het gildensysteem

Het gildensysteem kan worden gezien als de organisatorische neerslag van het professionele beroepsmodel in het zorgstelsel. Het is opgetrokken rond de medische professie, en daarmee kan het beschouwd worden als een organisatievorm op mesoniveau. Centraal in het gildensysteem staat de doelstelling van optimale medische zorg met specifieke aandacht voor de handhaving van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Aan deze doelstelling wordt een aantal essentiële structuurkenmerken verbonden. In de eerste plaats betreft dat de eigendomsrechten, die in het gildensysteem bij het particulier initiatief berusten. Dit houdt in, dat zorgverleners en instellingen privaatrechtelijk economische entiteiten zijn die zelfstandig beslissingen kunnen nemen over hetgeen zij aanschaffen - denk aan apparatuur en bedden capaciteit - en hetgeen zij verrichten. De zorgverzekeraar speelt een bescheiden rol als financier van de zorg. In naam contracteert de verzekeraar de zorg, en geeft zij deze overeenkomstig het naturastelsel door aan de verzekerden.

Anders dan bij particuliere bedrijven het geval is, is er in een gildensysteem geen sprake van concurrentie tussen de aanbieders van zorg. Dit verbod op concurrentie is vastgelegd in de medisch-ethische code, en wordt geëffectueerd via een contracteerplicht voor de verzekeraar. Dit laatste houdt in, dat de verzekeraar geen contracten sluit met zorgverleners waarin prijzen in hoeveelheden worden afgesproken, maar alle declaraties van alle zorgverleners vergoedt. Deze vergoeding vindt nu vooral plaats overeenkomstig een zogeheten 'verrichtingensysteem', hetgeen betekent dat de aanbieders van zorg per medische verrichting worden betaald. Het gevolg hiervan is dat verzekeringsmaatschappijen geen invloed op de verdeling van gezondheidszorg hebben. De zorgverlening is een zaak tussen arts en patiënt, waar geen derde partij bij betrokken is. Verzekeraars kunnen alleen invloed uitoefenen op hun uitgaven door het selecteren van gezonde mensen

(gunstige risicoselectie). Zo'n selectie is onverenigbaar met de principes van solidariteit en rechtvaardigheid. De overheid zal als reactie hierop waarschijnlijk 'pooling' maatregelen instellen die de winstgevendheid van risicoselectie verminderen en veelal ook de mate van concurrentie op de verzekeringsmarkt doen afnemen. De taak van de overheid blijft verder beperkt tot de beroepsbescherming van zorgverleners en de erkenning van zorginstellingen en eventueel het houden van toezicht op de kwaliteit.

De kenmerken van het gildensysteem waarborgen de arts een grote handelingsvrijheid. Omdat de arts-patiëntrelatie asymmetrisch is (de arts weet veel meer dan de patiënt), is het niet ondenkbaar dat deze behandelvrijheid oneigenlijk wordt gebruikt, mede door de aanwezigheid van de sterke financiële prikkels die voortvloeien uit het verrichtingsstelsel. Dit zou twee negatieve gevolgen inhouden, namelijk kwaliteitsverlies en daarmee een ondermijning van de vertrouwensrelatie met de patiënt, en beheersprobleem van de gezondheidszorg als zodanig door de onbeheersbare groei van het aantal verrichtingen. Een dergelijk gebruik van vrijheid wordt echter geacht niet voor te komen, omdat het medische handelen een morele motivatie kent, die tot uitdrukking komt in de beroepscode en de controle op de naleving hiervan.

4.3 De planmatige gezondheidszorg

In de planmatige gezondheidszorg wordt de gezondheidszorg vanuit het macroniveau van de nationale of regionale samenleving bestuurd, veelal door de overheid. Op dit centrale niveau binnen de maatschappij wordt vanuit een gemeenschapsgerichte visie op de gezondheidszorg specifieke aandacht besteed aan toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen en de rechtvaardigheid wordt in de planmatige gezondheidszorg nagestreefd via een systeem van collectieve besluitvorming en financiering, een publiek aanbod van voorzieningen en een planmatige coördinatie van individuele activiteiten. Dit houdt in, dat de zorg gefinancierd wordt via de rijksbegroting en de achterliggende belastinggelden, en niet zoals in het gildensysteem via een sociale ziektekostenverzekering. In de planmatige gezondheidszorg zijn er dus helemaal geen particuliere verzekeraars.

De doelstellingen van de planmatige gezondheidszorg zijn edel, maar de vraag is wel of zij niet ten koste gaan van andere belangrijke zaken. De centrale besluitvorming kan ten koste gaan van kwaliteit en doelmatigheid en kan leiden tot een uitholling van de verantwoordelijkheid van de patiënt. Met dit kwaliteitsverlies kan de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts onder druk komen te staan. Indien als reactie op kwaliteitsverlies en afbrokkelend vertrouwen een particuliere gezondheidszorg ontstaat, kan het zelfs gebeuren dat de oorspronkelijk beoogde rechtvaardigheid verdwijnt.

4.4 Geregelde concurrentie

In een systeem van geregelde concurrentie wordt de zorgverlening primair op microniveau gecoördineerd. Individuele artsen concurreren om de gunst van privaatrechtelijke verzekeraars, die op hun beurt weer concurreren om de gunst van individuele verzekerden. Deze 'gunst' heeft betrekking op kwaliteit en prijs of premie. Doelmatigheid, als verhouding tussen kwaliteit en prijs, speelt zodoende een essentiële rol, en in marktstelsels wordt deze doelmatigheid causaal verbonden aan het individuele winststreven van de partijen.

In een gezondheidszorgstelsel van geregelde concurrentie heeft de zorgverzekeraar een belangrijke rol als de partij die de zorg betaalt. Als gevolg van de afwezigheid van een verplichting om artsen, ziekenhuizen en andere voorzieningen te contracteren kunnen zorgverzekeraars een dominante macht uitoefenen op de verdeling van de gezondheidszorg. De zorgverzekeraar heeft dan ook een belangrijke functie als regisseur van de zorg. Voor de verzekerde moet hij een optimale en doelmatige combinatie van voorzieningen contracteren (hoge kwaliteit en lage kosten). Doelmatigheid (als verhouding tussen kwaliteit en prijs) speelt een essentiële rol bij het concurreren om de gunst van verzekerden. Het gevolg is dat zorgverzekeraars alleen zorgverleners contracteren die

hen toestaan hun declaratiegedrag en daarmee ook hun behandelingsbeslissingen te beïnvloeden. Verzekeraars kunnen dus erkende zorgverleners in hun behandelactiviteiten sturen en reduceren zo de behandelvrijheid van de arts. Dat gebeurt in principe door een wig te drijven tussen de artsen, hetgeen gepaard gaat met tegengestelde belangen en als gevolg heeft dat het voor een arts winstgevend kan worden een asymmetrische relatie met een patiënt vanuit eigenbelang opportunistisch te benaderen. Dit ondergraaft de basis voor een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

De coördinatie vindt in het concurrerende zorgstelsel plaats op het microniveau. Dit betekent, dat ook de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening die de keuze voor contracten motiveren vanuit een micro-economisch standpunt worden beoordeeld. Zoals in elke markt wordt dan aan de behoeften voldaan naar rato van koopkracht en niet op basis van noodzakelijkheid of rechtvaardigheid. Dit betekent dat verzekeraars niet geïnteresseerd zijn in mensen met weinig geld of een hoog gezondheidsrisico. Voor mensen met voldoende geld zijn de meest extreme en kostbare zorgvormen bereikbaar, terwijl de minst bedeeden het met weinig of in het geheel zonder zorgverlening moeten stellen. In een concurrerend zorgstelsel ontbreekt dan ook een structurele basis voor solidariteit tussen mensen met een laag en mensen met een hoog gezondheidsrisico, en tussen mensen met een hoog inkomen en mensen met een laag inkomen. De zorgaanbieders hebben geen garantie dat verzekeraars hun declaraties betalen. Ze hebben contracten nodig en daarom moeten ze zichzelf aantrekkelijk maken. Als de zorgaanbieder een contract heeft met een zorgverzekeraar zal hij voortdurend in de gaten gehouden worden door de zorgverzekeraar. Voor elke niet-routinematige behandeling heeft hij toestemming nodig van de verzekeraar. Bureaucratische controlemaatregelen zullen worden geïntroduceerd. Deze zorgen voor hogere transactiekosten. Omdat de patiënt niet op de hoogte is van de inhoud van het contract tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar zal hij de zorgaanbieder niet zonder meer willen vertrouwen. De patiënt kan zich bij elke diagnose of behandeling die de arts voorstelt afvragen in wiens belang de arts handelt.

Omdat de betrokken partijen veel individuele vrijheid hebben zijn de uitgaven voor zorg niet te controleren. Het microniveau bepaalt de kosten op macroniveau zonder dat er op meso- en macroniveau bestuurlijke interventie plaatsvindt. De overheid kan hier slechts machteloos toekijken hoe de kosten toenemen. Deze situatie kan niet eeuwig blijven bestaan. Op enig moment zal de overheid ingrijpen en proberen invloed uit te oefenen op de toedeling van de zorg op microniveau door op hogere niveaus bestuurlijke structuren te introduceren. Ze zal de concurrentie en contractuele vrijheid in de zorg aan banden leggen.

De veelheid van contractmogelijkheden, maar ook de tekortkomingen van de markt geven in het zorgstelsel van gereguleerde concurrentie aanleiding tot het bijsturen van de werking van de markt. Anders gezegd, de 'onzichtbare hand' van de markt krijgt aanvulling van de 'zichtbare hand' van een marktmeester om het concurrentieproces doelmatiger te laten verlopen en om ongewenste effecten tegen te gaan. Een marktgerichte benadering voor de gezondheidszorg betekent daarom nooit de keus voor een vrije werking van de markt, maar altijd een systeem van regelde concurrentie. Daarbij zijn talloze varianten mogelijk.

4.5 Drie kwaliteitscomplexen vanuit het perspectief van het zorgstelsel

Optimale zorg kan slechts gerealiseerd worden wanneer aan alle (in paragraaf 3 besproken) aspecten van de zorgkwaliteit recht wordt gedaan. Het zorgstelsel staat in dienst van de kwaliteit van de zorg. In de besproken zorgstelsels worden verschillende aspecten van de kwaliteit van de zorg benadrukt samenhangend met de partij die de centrale positie inneemt. Op basis van de in paragraaf 3 besproken kwaliteitsaspecten zijn in tabel 1 de drie ideaaltypische stelsels samengevat met daarbij de positieve en negatieve aspecten; die aspecten kunnen daarbij tevens opgevat worden als kwaliteitskenmerken van de zorgverlening. Op basis van de gegevens uit tabel 1 zullen in deze paragraaf kwaliteitscomplexen vastgesteld worden die gebruikt kunnen worden ter beoordeling van het gezondheidszorgstelsel.

Tabel 1 | Positieve en negatieve aspecten van de verschillende stelsels

	Gildensysteem (mesoniveau)	Planmatige gezondheidszorg (macroniveau)	Concurrentie (microniveau)
Positief	Het medisch-technische en -wetenschappelijke, het ethische & sociale aspect staan centraal: • optimale medische zorgverlening • vertrouwensrelatie	Het juridische en ethische aspect staan centraal: • rechtvaardige verdeling van de zorg • financiële toegankelijkheid	Het economische aspect staat centraal: • economisch-technische doelmatigheid op microniveau • keuzevrijheid voor (koopkrachtige) zorgvrager
Negatief	• opwaartse druk in aantal verrichtingen (economische aspect) • potentiële ondermijning van vertrouwensrelatie (sociale aspect) • verminderde solidariteit (juridische aspect) • verminderde rechtvaardige verdeling van de zorg (juridische aspect) • minder keuzevrijheid t.a.v. zorgvormen	• verminderde kwaliteit (medisch-technisch en wetenschappelijk aspect) • verminderde doelmatigheid (economisch aspect) vertrouwensrelatie • verminderde (sociale aspect) • minder keuzevrijheid t.a.v. zorgvormen	• ondermijning vertrouwensrelatie (sociale aspect) • geen solidariteit (juridische aspect) • geen doelmatigheid op macroniveau; denk aan reclameactiviteiten (economische aspect) • weinig keuzevrijheid voor minder koopkrachtige zorgvrager

Vanuit de drie typen stelsels die hierboven beschreven zijn, kan eveneens een drietal kwaliteitscomplexen onderscheiden worden, die elk in één van deze zorgstelsels wordt benadrukt, namelijk:

- optimale kwaliteit van het primaire proces, waarin onderscheid gemaakt kan worden tussen twee componenten: de medisch professionele competentie van de arts (het wetenschappelijke en technische aspect van kwaliteit), en een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (het sociale aspect van kwaliteit). Dit kwaliteitscomplex staat centraal in het gildensysteem;
- doelmatige zorgverlening (het economische aspect van kwaliteit). Dit kwaliteitscomplex heeft prioriteit in het stelsel van gereguleerde concurrentie;
- toegankelijkheid van voorzieningen en een rechtvaardige verdeling van de zorg (het juridisch aspect van kwaliteit met als norm verdelende rechtvaardigheid). Rond dit kwaliteitscomplex is het planmatige zorgstelsel opgebouwd.

Het gezondheidszorgstelsel en wijzigingen hierin moeten tenminste op deze drie clusters van kwaliteitsaspecten worden beoordeeld. Het gaat erom de eigen verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in het zorgstelsel op een juiste wijze tot uitdrukking te brengen om recht te kunnen doen aan de bestemming van de zorg.

4.6 Het Nederlandse zorgstelsel¹¹

Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zoals in hoofdstuk 1 beschreven, kan worden beschouwd als een mix tussen de drie typen stelsels die in het voorgaande hoofdstuk beschreven zijn. De grondpatronen van het Nederlandse zorgstelsel vallen vanouds samen met die van het

gildensysteem: een invloedrijke medische professie, een invloedarme sociale ziektekostenverzekering en een overheid die slechts een rol in de marge speelt. Het Nederlandse zorgstelsel kan gekarakteriseerd worden aan de hand van vier kenmerken: 1) de arts als solist; 2) contracteerplicht of vrije artskenus; 3) vrije therapiekenus en 4) het verrichtingensysteem. In vergelijking met het ideaaltipe van het gildensysteem springen er drie verschilpunten in het oog: 1) een duale verzekeringsmarkt; 2) een gedifferentieerde honoreringsvorm en 3) planmatig georiënteerde beheersinstrumenten.

De verzekeringsmarkt binnen de Nederlandse gezondheidszorg, zoals in hoofdstuk 1 reeds is beschreven, bestaat uit drie compartimenten. In het eerste compartiment vindt de financiering plaats via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het tweede compartiment wordt gefinancierd door een sociale ziekenfondsverzekering die voor een deel van de bevolking verplicht is en een vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. Het derde compartiment wordt gefinancierd door een aanvullende particuliere of aanvullende ziekenfondsverzekering. Ziekenfondsen werken volgens het naturastelsel en zijn daarbij onderworpen aan een contracteerplicht. Particuliere verzekeraars werken volgens het restitutieprincipe, waarbij het pakket dat onder de verzekeringsdekking valt nagenoeg gelijk is aan het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen. Voor de behandelvrijheid van de arts heeft het verschil in verzekeringsvormen daarom geen consequenties.

De honorering van artsen in de Nederlandse gezondheidszorg vindt op verschillende manieren plaats. Centraal staat het verrichtingensysteem, met afwijkingen in de academische ziekenhuizen (loondienst) en bij de honorering van huisartsen voor ziekenfondspatiënten (abonnementshonorarium). In het Nederlandse gildensysteem is in de loop van de jaren zeventig en tachtig een aantal economische beleidsinstrumenten ingevoerd. Aanvankelijk ging het daarbij om planmatig-georiënteerde instrumenten zoals een Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en een Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Dit drieluik werd later uitgebreid met een budgetfinanciering voor ziekenhuizen en een aantal maatregelen tot behoud van solidariteit op de verzekeringsmarkt. Aan het eind van de jaren tachtig werd besloten om het economisch beheer van de gezondheidszorg niet met planmatige instrumenten te bevorderen, maar via de invoering van concurrentie.

5. Een normatief kader voor het zorgstelsel¹²

De hierboven besproken algemene kwaliteitscomplexen zullen hieronder worden uitgewerkt in een aantal criteria die tezamen een normatief kader vormen aan de hand waarvan het zorgstelsel beoordeeld kan worden.

5.1 Algemeen uitgangspunt

Voordat we de criteria bespreken, formuleren we eerst een algemeen uitgangspunt dat samenhangt met het in paragraaf 3 genoemde geloofsaspect. Dit houdt een globale visie in op gezondheid en geneeskunde die medebepalend is voor de invulling en hantering van de hieronder te noemen criteria. In de christelijke levensovertuiging zijn leven en gezondheid gaven van grote waarde die een verantwoordelijkheid meebrengen, allereerst voor de eigen gezondheid maar ook voor die van anderen met wie men in samenlevingsverbanden is verbonden. Dit betekent een verantwoordelijkheid tot een gepast gebruik van de mogelijkheden van de gezondheidszorg voor zo goed mogelijke instandhouding van het leven en van de gezondheid. Tegelijkertijd wordt erkend dat de mens sterfelijk is en dat gezondheid niet het hoogste goed is. Dit brengt ook een zekere relativering mee van gezondheid en van de medische mogelijkheden. De mens verliest met zijn gezondheid niet zijn waardigheid, en tegen een onevenredige behandel drift bij het onafwendbare levenseinde moet worden gewaakt. Wel is zorg voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven tot het (niet opzettelijk te veroorzaken) einde een blijvende verantwoordelijkheid.

5.2 De criteria

Criterium 1

Het zorgstelsel dient de eigen verantwoordelijkheden en de daarbij behorende handelingsruimte van de betrokken partijen te bevorderen. We vatten de eigen verantwoordelijkheden hier kort samen:

- patiënt: voor levensstijl en gezondheid, tijdig hulp zoeken, verstandig gebruik maken van beschikbare middelen;
- professionele zorgverleners: zorg (vertrouwensrelatie, kwaliteit van het professionele handelen, inclusief technische en dynamische efficiëntie);
- instelling: zorg (inclusief technische, dynamische en allocatieve efficiëntie);
- verzekeraar: zorgplicht voor verzekerde voorzieningen, goede financiering, transactie-efficiëntie m.b.t. het stelsel, intern ook technische, dynamische en allocatieve efficiëntie;
- overheid: publieke gerechtigheid; hiertoe behoren met het oog op de gezondheidszorg: verdeling van middelen, ook over andere beleidsterreinen, allocatieve en transactie-efficiëntie, en bescherming interne bestemming medische praktijk.

Uitleg doelmatigheidsbegrippen:

- technische efficiëntie: doelmatig uitvoeren van een verrichting;
- allocatieve efficiëntie: doelmatig toewijzen van een verrichting, c.q. voorziening aan een persoon (of algemener: aan een behoefte);
- dynamische efficiëntie: vernieuwing van middelen door innovatie (introductie van effectievere dan wel efficiëntere behandelwijzen en apparatuur);
- transactie-efficiëntie: doelmatigheid die betrekking heeft op de uitvoeringskosten van het zorgstelsel (als organisatievorm).

Toelichting

Met betrekking tot het beleid dat is gericht op beheersing en waar nodig bijsturing van het gezondheidszorgsysteem, is het uitgangspunt dat het zorgstelsel zoveel mogelijk moet aansluiten bij de eigen normativiteit van de organisatorische verbanden op macro-, meso- en microniveau waarbinnen die zorg wordt verleend en bij de eigen verantwoordelijkheden van de actoren in die verbanden. Negatief geformuleerd: het belang van de enkeling mag niet geheel ondergeschikt worden gemaakt aan de belangen van een meerderheid; anderzijds kan de enkeling gemeenschappelijk gefinancierde voorzieningen niet ongenormeerd benutten voor eigen voorkeuren. Het gaat dus om het respecteren van eigen verantwoordelijkheden van mensen op diverse organisatorische niveaus in het systeem.

Criterium 2

Het zorgstelsel dient de medisch-wetenschappelijke en technische kwaliteit van de medische zorg en de vertrouwensrelatie (inclusief de communicatie en de belevingsaspecten) tussen arts en patiënt te bevorderen.

- a) het zorgstelsel dient positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de professionele zorgverlening;
- b) het zorgstelsel dient geen directe financiële beloning voor kwalitatief goed professioneel handelen te bevatten;
- c) het zorgstelsel dient geen prikkels te bevatten die de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener onder druk kunnen zetten;
- d) het zorgstelsel dient geen tegenstelling te creëren tussen persoonlijke (met name financiële) belangen van zorgverlener en patiënt (bijvoorbeeld dat een arts financieel belang heeft bij onder- of overbehandeling);

- e) het zorgstelsel moet er niet toe leiden dat andere partijen een ongerechtvaardigde invloed krijgen op een beslissing inzake medische behandeling of zorgverlening in de individuele zorgverlener-patiënt relatie.

Toelichting

Het economisch beheer van de gezondheidszorg dient dus gestalte te geven aan de eigen verantwoordelijkheden van de diverse actoren. Deze verantwoordelijkheden hangen samen met de diverse normen die voor de medische praktijk gelden. Dit betreft niet alleen ethische, maar ook medisch-technische, sociale, juridische en economische normen. De optimale kwaliteit van de zorg wordt bereikt wanneer de diverse actoren hun verantwoordelijkheid om de onderscheiden normen die voor de medische praktijk gelden, optimaal waarmaken. De inrichting van het zorgstelsel beïnvloedt de mate waarin de actoren in de zorgverlening gestimuleerd dan wel ontmoedigd worden die normen tot gelding te brengen. De criteria 2 t/m 5 proberen inzichtelijk te maken op welke wijze dat gebeurt ten aanzien van de normen die door de inrichting van het zorgstelsel worden beïnvloed. Criterium 2 heeft betrekking op de medisch-wetenschappelijke en -technische kwaliteit van de medische en andere professionele zorg en op de kwaliteit van de zorgverlener-patiënt verhouding: Het zorgstelsel dient de medisch-wetenschappelijke en -technische kwaliteit van de medische zorg en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt te bevorderen. Dit is het sterke punt van het gildensysteem. In deze vertrouwensrelatie dient ook aandacht te zijn voor de psychische kant (de beleving) van het gezondheidsprobleem en de zorg en voor goede communicatie met de patiënt. Dit criterium wordt in enkele subcriteria uitgewerkt. Eén hiervan vraagt naar de invloed van derden op de individuele zorgverlener-patiënt relatie. Op grond van de normatieve analyse van die relatie zijn wij van mening dat een directe invloed niet aanvaardbaar is tenzij daarvoor een duidelijke rechtvaardiging kan worden gegeven vanuit de eigen verantwoordelijkheid van één van de andere actoren in de gezondheidszorg.

Criterium 3

Het zorgstelsel dient de doelmatigheid te bevorderen en de stijging van het uitgavenniveau beheersbaar te houden.

- a) De invoering van het zorgstelsel dient een grotere doelmatigheid van de zorgverlening en/of de financiering te bevorderen.
- b) De invoering van het zorgstelsel dient een adequate beheersing van de uitgavenontwikkeling te bevorderen.

Toelichting

Criterium 3 heeft betrekking op het economische aspect van de kwaliteit van de zorgverlening: De inrichting van het stelsel dient doelmatigheid van de zorgverlening (en in de organisatie daarvan) te bevorderen. Dit is de focus van het systeem van (gereguleerde) concurrentie. Hier hebben zowel de zorgverlener, als de instelling, als de overheid en de verzekeraar een eigen verantwoordelijkheid. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van elk van deze partijen ook aan het economische aspect, met als centraal principe doelmatigheid, gestalte te geven, zij het onder de leiding van het kwalificerende ethische principe.

Criterium 4

Het zorgstelsel dient de voor ieder gelijke toegankelijkheid tot (tenminste de essentiële) zorg te waarborgen.

- a) het zorgstelsel dient goede toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen te handhaven; met andere woorden, een rechtvaardige verdeling van de middelen te handhaven dan wel te bevorderen;
- b) het zorgstelsel dient te waarborgen dat voor toegang tot behandeling of zorg voor iedereen gelijke procedures en criteria gelden.

Toelichting

Criterium 4 heeft betrekking op het juridische kwaliteitsaspect van de verdelende rechtvaardigheid zoals dat tot uitdrukking komt in de (gelijke) toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorgvoorzieningen. Dit vormt het sterke punt van een planmatig zorgstelsel. Dit criterium houdt in dat het stelsel ook gestalte geeft aan het belangrijke principe van de solidariteit.

Criterium 5

De inrichting van het stelsel dient ruimte te bieden aan een zorgaanbod met een bepaalde levensbeschouwelijke identiteit.

Toelichting

Criterium 5 heeft betrekking op het geloofsaspect in de zorgverlening. Godsdienstige en levensbeschouwelijke opvattingen hebben grote betekenis voor de inrichting van het leven en voor visie op en beleving van gezondheid, ziekte en sterven. Zoals we zagen is dat in de praktijk vooral van belang voor ethisch en levensbeschouwelijk gevoelige behandelingen en voor de identiteit van instellingen voor langdurige opname. De inrichting van het stelsel dient ruimte te bieden voor levensbeschouwelijke aspecten in de zorg- en hulpverlening, ook in die zin dat het verlenen van hulp en zorg en het bieden van zorgvoorzieningenpakketten door zorgverzekeraars in overeenstemming met een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging in principe mogelijk blijft. Natuurlijk stelt dit eisen aan het volume en aan de organisatie van een dergelijk aanbod.

Het principe van de simultane realisatie van normen vereist dat de diverse criteria op evenwichtige wijze in het beleid tot gelding worden gebracht.

Noten

- 1 Deze paragraaf is ontleend aan Markus, L.J. & Jochemsen, H. Nota van de Nederlandse patiëntenvereniging: Gezondheidszorgbeleid gezien vanuit gebruikersperspectief. 1997
- 2 Veel gebruikte definities van kwaliteit zijn de volgende:
 - 'De graad van overeenkomst tussen de doelen van de zorg en de werkelijk verleende zorg.'
 - 'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, welke voortvloeien uit het gebruikersdoel.'
- 3 Polder, J.J., Hoogland, J., Jochemsen, H. Professie of profijt? Lindeboomreeks nr. 9. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996, m.n. hoofdstuk 4.
- 4 Aangezien het overleg tussen de drie partijen vraagt om een gemeenschappelijk te hanteren begrip 'kwaliteit' levert de bovengenoemde benadering van kwaliteit van zorg een probleem op. Om dit probleem op te lossen is wel geprobeerd de aspecten die te onderscheiden zijn aan de zorg zo uitputtend mogelijk te omschrijven. Op deze wijze ontstaat een hele waslijst aan aspecten met de bijbehorende indicatoren voor het meetbaar maken van die aspecten (de Raad voor Gezondheidsonderzoek onderscheidde er in 1990 33 (TK 1990-1991, 22113, nr.2 p.4); Harteloh en Casparie ordenen ze in een omvangrijk schema. Men vraagt zich bij het zien van zulke lijsten en schema's wel af wat prioriteit heeft en wat niet. Hoewel deze lijsten zeker een waarde hebben in het onderkennen van eventueel verwaarloosde aspecten is de kwaliteit van de zorg zelf hierin niet vast te stellen.
- 5 Lindeboom G.A. Opstellen over Medische Ethiek. Kampen: Kok 1960, p.27 (curs. LJM & HJ).
- 6 De bestemming van de zorg is gelegen in de zorgpraktijk. Het zorg verlenen is een activiteit met eigen regels, die verbonden zijn met de eigen aard van de zorg zelf (het zorg verlenen heeft een eigen typisch karakter). De zorgpraktijk onderscheidt zich hierin van andere praktijken. Zie voor een uitgebreide analyse van de zorgpraktijk: Jochemsen, H., Glas, G. Verantwoord medisch handelen - Proeve van een christelijke medische ethiek. Lindeboomreeks deel 10. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1997, hoofdstuk 3.
- 7 Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van: Polder, J.J., Hoogland, J., Jochemsen, H. Professie of profijt? Lindeboomreeks nr. 9. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996, m.n. hoofdstuk 3 en aan Groenenboom, H., Dijk, E.P. van, Jochemsen, H. Naar een Christelijk-ethisch kader voor een verantwoord Zorgverzekeringspakket. Rapport opgesteld door het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut in opdracht van DVZ Zorgverzekeringen. Katwijk, 2000
- 8 Voor een verdere uitwerking van christelijk-ethische principes voor de zorg en het zorgstelsel, zie: Groenenboom, H., Dijk, E.P. van, Jochemsen, H. Naar een christelijk ethisch kader voor een verantwoord zorgverzekeringspakket. Rapport opgesteld door het Prof.dr.G.A. Lindeboom Instituut in opdracht van DVZ Zorgverzekeringen, 2000. Zie ook Jochemsen, H., Glas, G. Verantwoord medisch handelen. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1997; Douma, J. Medische ethiek. Kampen: Kok 1997.
- 9 Zie: Lammerts van Bueren, W. De vraag naar christelijke zorg. Een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte. Amsterdam: NIPO-rapport A-78907, 8 augustus 2001.
- 10 Voor deze paragraaf is uitvoerig gebruik gemaakt van:
 - Polder, J.J. & Jochemsen, H. Professional autonomy in the health care system. Theoretical Medicine and Bioethics 21 (2000), nr. 5, p.477-491.
 - Polder, J.J. & Jochemsen, H. Systemic Stress: Health care systems and health insurance in times of scarcity. In: Glasa, J., Kleapnec, J.R. (eds). Health care under stress, maintaining integrity in time of scarcity. Bratislava: Charis 1998, p.33-47.
 - Markus, L.J. & Jochemsen, H. Nota van de Nederlandse Patiënten Vereniging: Gezondheidszorgbeleid gezien vanuit gebruikersperspectief, 1997 en aan
 - Polder, J.J., Hoogland, J., Jochemsen, H. Professie of profijt? Lindeboomreeks nr. 9. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996, m.n. hoofdstuk 4.
- 11 Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van: Hoogland, J., Polder, J.J., Strijbos, S., Jochemsen, H. Professioneel beheerst: professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 12. 1995, m.n. paragraaf 5.3.
- 12 Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van: Hoogland et al, 1995, zie noot 11, m.n. hoofdstuk 10.

HOOFDSTUK 3

ENKELE BELANGRIJKE RAPPORTEN

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zijn samenvattingen opgenomen van enkele belangrijke rapporten die zijn verschenen in het kader van de vernieuwing van het zorgstelsel. Het gaat ten eerste om het SER-advies “Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen” dat is verschenen naar aanleiding van de vraag van de minister van VWS om advies over de solidariteit in de ziektekostenverzekeringen en over het sturingsmodel voor de gezondheidszorg in relatie tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger. In de tweede plaats is een samenvatting opgenomen van het advies van de RVZ “De rollen verdeeld” dat is verschenen naar aanleiding van de maatschappelijke commotie over de wachtlijsten in de gezondheidszorg en de daarmee samenhangende vraag van de minister van VWS welke ruimte er voor burgerschap en ondernemerschap is in een situatie van schaarste. De derde samenvatting die is opgenomen, is die van de nota “Vraag aan bod” waarin de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel is beschreven. In de vierde plaats gaat het om de samenvatting van het CDA-rapport “Naar meer menselijke maat in de gezondheidszorg” waarmee de CDA Tweede Kamerfractie een bijdrage wil leveren aan de discussie over de toekomst van de gezondheidszorg. Tot slot is een samenvatting van het zeer recent verschenen advies van de RVZ “Winst en gezondheidszorg” opgenomen, waarin wordt ingegaan op de vraag van de minister van VWS of instellingen met winstoogmerk in de toekomst moeten worden toegelaten tot de zorg.

2. Samenvatting SER-advies “Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen”

2.1 Hoofddlijnen van het advies

Uitgangspunten

De SER formuleert de volgende uitgangspunten:

- de positie en de zorgvraag van patiënten/consumenten dient centraal te staan;
- de toegang tot de noodzakelijke, betaalbare zorg van voldoende kwaliteit dient voor iedereen die dat nodig heeft gegarandeerd te zijn;
- bij de financiering van de zorg moet in de toekomst voldoende solidariteit ex ante (voordat er sprake is van schade) tussen jong en oud, gezond en minder gezond, hogere en lagere inkomens worden gerealiseerd via solidariteitsoverdrachten;
- de inrichting van het stelsel moet transparant en samenhangend zijn met een heldere verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het individu;
- de zorg dient op een meer efficiënte wijze te worden verleend dan nu het geval is; de bevordering van de doelmatigheid dient in eerste instantie gericht te zijn op het microniveau. Via een optimale afweging van baten en lasten kunnen vraag en aanbod adequaat op elkaar aansluiten;
- waar dat mogelijk en verantwoord is dient vraagsturing in de plaats te komen van aanbodregulering; de bedoeling is dat zo innovatie, doelmatigheid, keuzevrijheid, zorg op maat en tijdige beschikbaarheid van zorg worden bevorderd.

Kern advies

De kern van het advies is de invoering van een algemene verzekering curatieve zorg die wettelijk voor ieder verplicht is. Bij de financiering daarvan moet sprake zijn van inkomenssolidariteit en risicosolidariteit. Inkomenssolidariteit houdt in dat mensen met een hoger inkomen meer betalen ten gunste van mensen met een lager inkomen. Risicosolidariteit betekent dat bij de premiestelling niet of niet volledig rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidsrisico. De AWBZ moet worden gehandhaafd, maar dient te worden toegespitst op zware medische risico's

en langdurige zorgverlening. Verder wordt geadviseerd geleidelijk en zorgvuldig over te stappen van de huidige aanbod-, prijs- en budgetbeheersing naar vraagsturing, concurrentie en marktwerking. Er zijn twee randvoorwaarden. De eerste is dat negatieve inkomenseffecten structureel moeten worden gerepareerd via het belastingstelsel. De tweede voorwaarde is, dat europeesrechtelijke vormgeving geen afbreuk mag doen aan kernonderdelen, zoals ondernemingsvrijheid van zorgverzekeraars. In europeesrechtelijk opzicht is vooral het vrije verkeer van goederen en diensten van belang. Consequentie daarvan is dat de gezondheidszorg steeds meer als een open systeem moet kunnen functioneren.

Beleid op korte termijn

Uitgangspunt is dat de SER-voorstellen in 2005 zijn ingevoerd. Ondertussen moeten maatregelen worden genomen ter vergroting van concurrentie en marktwerking. Voorbeelden zijn: vrije toelating van zorgaanbieders, het bestrijden van schaarste en de geleidelijke invoering van vrije prijsvoering in samenhang met een vergroting van het financiële belang van alle betrokkenen bij een doelmatige zorgverlening. Daarnaast moet onder meer de ziekenfondspremie verder worden nominaliseerd. Dit betekent dat de premie niet meer afhankelijk mag zijn van risico of inkomen.

2.2 Handhaving en modernisering AWBZ

De AWBZ is onvoldoende toekomstbestendig omdat de verzekering als gevolg van de toenemende vergrijzing van de bevolking onbetaalbaar zal worden. Ook is er te weinig mogelijkheid om in te spelen op de behoeften en wensen van de zorgvrager. Om dat te verbeteren wordt voorgesteld de woonfunctie niet langer uit de AWBZ te financieren. Ook moeten een aantal verstrekkingen die korter duren dan een jaar en functioneel samenhangen met zorgvoorzieningen in het tweede compartiment worden overgeheveld naar de algemene zorgverzekering. Concreet gaat het om op herstel gerichte en kortdurende verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg.

2.3 Algemene verzekering curatieve zorg¹

De algemene verzekering curatieve zorg of algemene zorgverzekering heeft de volgende kenmerken. Ieder moet een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar sluiten. Zowel op non-profitbasis als op winst gerichte verzekeraars voeren de verzekering uit. Onderling concurreren zij op prijs, kwaliteit en service. Verzekerden kunnen kiezen uit een standaardpolis, een basispolis of een daartussen liggende polis. De premie is volledig nominaal. De risicosolidariteit moet zo groot mogelijk zijn, de inkomenssolidariteit moet vergelijkbaar zijn met de huidige situatie. De SER kiest op deze manier voor meer ondernemingsvrijheid en prikkels voor zorgverzekeraars. Inkomenssolidariteit moet worden verwezenlijkt via het belastingstelsel.

Gelijke toegang

Iedereen in Nederland kan zich verzekeren voor de standaardpolis. Deze polis dekt alle vormen van gepaste zorg. De inhoud van dit pakket komt grotendeels overeen met die van het huidige ziekenfondspakket. Enkele voorzieningen uit de AWBZ worden overgeheveld naar de algemene zorgverzekering. Voorbeelden zijn verpleeghuiszorg die korter duurt dan een jaar en thuiszorg. Voor de verzekeraars dient, om selectie op gezondheidsrisico te voorkomen, een acceptatieplicht te worden ingevoerd. Ook bevat de standaardpolis een verplicht eigen risico van f 200,- (€ 90,76).

Keuzemogelijkheden en verzekeringsplicht

Verzekerden kunnen een ruimer eigen risico en een kleiner pakket kiezen dan dat van de standaardpolis. Wel is de keuzevrijheid wettelijk begrensd. Ieder is verplicht zich te verzekeren voor minstens de zogenaamde basispolis. Deze omvat de volgende zorgvormen: ziekenhuiszorg, specialistische zorg, dure genees- en hulpmiddelen en verpleeghuiszorg of thuiszorg die langer dan drie maanden en korter dan een jaar duurt. De huisarts is dus niet bij de verzekering inbegrepen. Het eigen risico kan worden uitgebreid tot een voorgeschreven maximum.

De keuzevrijheid voor verzekerden ten aanzien van pakketten en eigen risico geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid verschillende polissen aan te bieden. De uitersten zijn de standaardpolis met het verplichte eigen risico van f 200,- (€ 90,76; ruimste dekking) en de basispolis met het maximaal toegestane eigen risico (ruimste keuzevrijheid). Daartussen kunnen zorgverzekeraars pakketten aanbieden met verschillende keuzemogelijkheden. De raad pleit voor een beperkt aantal tussenliggende polisvarianten ten behoeve van de transparantie. Ook kunnen zorgverzekeraars in ruil voor premiekorting een 'preferred provider'-arrangement aanbieden. In geval van ziekte of ongeval kan een verzekerde dan beroep doen op zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Gepaste zorg

De algemene zorgverzekering dekt alleen zogeheten gepaste zorg. Dit is zorg die bewezen werkzaam, doeltreffend en doelmatig is en een redelijke verhouding weerspiegelt tussen kosten en effectiviteit, tussen ingezette middelen en gezondheidswinst. Voorgesteld wordt dat een deskundige, onafhankelijke instantie zoals het College voor Zorgverzekeringen deze criteria operationaliseert en vertaalt in polisvoorwaarden en in te verstrekken zorg. Deze criteria moeten een wettelijke basis krijgen, zodat verzekeraars aanspraken op onangepaste zorgvormen kunnen uitsluiten.

Risicosolidariteit

Voorgesteld wordt een systeem van solidariteitsoverdrachten waaraan alle zorgverzekeraars verplicht moeten deelnemen. De uitvoering moet zo worden geregeld dat de premie voor mensen met een hoog gezondheidsrisico lager is dan hun gemiddelde kosten, en voor mensen met een laag gezondheidsrisico hoger dan de gemiddelde kosten. Ook moet een systeem van risicoverevening tussen zorgverzekeraars worden ingevoerd. Zorgverzekeraars met een relatief gunstige risicopopulatie moeten zorgverzekeraars met een relatief slechte risicopopulatie compenseren. Doel hiervan is het voorkomen van voorspelbare verliezen als gevolg van de acceptatieplicht. Tenslotte moet de overheid de bevoegdheid krijgen een premiebandbreedte op te leggen. Van deze bevoegdheid moet de overheid gebruik maken als het verschil tussen de premies voor de standaardpolis en de basispolis te groot wordt. De raad beschouwt dit medium nadrukkelijk als een ultimum remedium.

Inkomenssolidariteit en reparatie inkomenseffecten

Het huidige stelsel wordt betaald uit inkomensafhankelijke, nominale en risicoafhankelijke premies. In het nieuwe stelsel gaan de inkomensafhankelijke en risicoafhankelijke premies verdwijnen. Dit zal leiden tot een fors koopkrachtverlies voor met name de lagere inkomens. Ook zal de individualisering van de premies ingrijpende inkomenseffecten hebben met name voor alleenverdieners en huishoudens met meerdere kinderen. Via met name een aantal belastingmaatregelen wil de raad inkomenssolidariteit handhaven en bovenmatige positieve en negatieve inkomenseffecten tegengaan.

2.4 Vraagsturing, concurrentie en marktwerking

Overgestapt moet worden van aanbodregulering naar vraagsturing. Geadviseerd wordt geleidelijk over te stappen van het huidige model van aanbodregulering naar vraagsturing, concurrentie en marktwerking. Een tweesporenbenadering wordt voorgesteld. Het eerste spoor betreft een intensivering van het lopende en voorgenomen kabinetsbeleid gericht op een geleidelijke overgang van aanbodregulering naar meer vraagsturing. Het tweede spoor heeft betrekking op het, waar dat mogelijk en verantwoord is, volledig vervangen van aanbodregulering door vraagsturing. Dit houdt in dat aanbodbeheersing en prijswetgeving worden afgeschaft voor die zorgvormen die aan marktwerking kunnen worden blootgesteld.

De huidige kwaliteitswetgeving moet worden gehandhaafd. Dit geldt ook voor enige regelgeving ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen. Dit om zowel overaanbod van zeer kostbare

voorzieningen als regionale tekorten te voorkomen. Aanbodbudgettering kan daartoe worden beperkt tot dezelfde kostbare voorzieningen waarvoor de spreidingsregulering geldt. Concreet betekent dit dat onder meer de reikwijdte van de WZV en de WTG kan worden beperkt tot in hoofdzaak kostbare, superspecialiseerde voorzieningen met een beperkte doelgroep.

Algemene zorgverzekering

De positie van zorgverzekeraars richting zorgaanbieders moet worden versterkt. Ook moeten zij meer ruimte krijgen om over prijzen te onderhandelen.

AWBZ

Om vraagsturing mogelijk te maken wordt voorgesteld het instrument van persoonsgebonden financiering op korte termijn uit te breiden. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieders die de AWBZ uitvoeren moeten risicodragend zijn. Dit betekent dat zij om de gunst van de verzekerde moeten gaan concurreren. Mede daarom bepleit de SER de instellingsgebonden financiering af te schaffen en vrije toetreding van nieuwe zorgaanbieders mogelijk te maken.

3. Samenvatting RVZ-advies “De rollen verdeeld”.

Het advies ‘De rollen verdeeld’ is een advies dat is uitgebracht naar aanleiding van de vraag van de Minister welke ruimte er is voor burgerschap en ondernemerschap in een situatie van schaarste. Het advies richt zich op de bestuurlijke vormgeving van het stelsel. Het gaat daarbij om verantwoordelijkheden en bevoegdheden; relatie markt – overheid en overheid – burger.

3.1 Het probleem

Volgens de RVZ ligt het probleem in de ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekering is namelijk in plaats van verzekering die na betaling van een premie recht geeft op een prestatie een middel geworden om het zorgaanbod te financieren. Hierdoor is de verzekering steeds aanbodgericht geworden. Onvermijdbaar daarbij was dat vanuit de overheid een sterke bemoeienis met het aanbod is ontstaan.

Het centrale probleem is dat het zorgaanbod niet tot stand komt op basis van de echte vraag naar zorg en dat de rol van de verzekeraar naar de verzekerde, de zorgaanbieder en de overheid niet duidelijk is. Hieruit volgen enkele meer concrete problemen. Het zorgstelsel is ondoorzichtig en daardoor is oncontroleerbaar of de beschikbare middelen voldoende zijn om aan de vraag te kunnen beantwoorden. De overheid probeert via het zorgbudget te zorgen dat het zorgaanbod kan worden afgestemd op de vraag, maar deze maatregel schiet tekort. De schaarste die daarvan het gevolg is, probeert de overheid op te lossen door zorgaanbieders en verzekeraars aan te sporen tot rantsoenering. De genoemde partijen kunnen die taak echter niet goed uitvoeren, omdat de overheidsregulering hen daarbij in de weg staat. Kortom, de allocatieve efficiëntie van het stelsel schiet tekort. Het gevolg hiervan is dat zorgaanbieders nauwelijks prikkels ervaren om hun producten qua omvang, aard en kwaliteit af te stemmen op de markt, dat verzekeraars weinig mogelijkheden hebben zich op te stellen als verzekeraar van zorg voor zijn verzekerden en dat de zorgvrager onvoldoende gelegenheid krijgt om zich als verantwoordelijke en zelfstandige burger op te stellen.

3.2 Ondernemer- en burgerschap

Volgens de RVZ is het voor de toekomst, met name gezien de steeds toenemende vraag naar zorg, van belang dat het stelsel flexibel kan reageren op deze ontwikkelingen aan de vraagzijde. Burger-schap en ondernemerschap moeten daarom gestimuleerd worden en de overheid moet een kleinere rol krijgen.

De RVZ werkt deze gedachte vervolgens per partij uit.

De burger

Burgerschap impliceert rechten en plichten, heeft te maken met zelfstandigheid en keuzevrijheid en vereist kennis, vaardigheden en ontwikkeling. In de gezondheidszorg willen burgers vanuit eigenbelang meer keuzemogelijkheden ten aanzien van verzekering en zorg. De vraag is of een grotere eigen verantwoordelijkheid van de burger op dat gebied in het kader van de stelselherziening mogelijk en wenselijk is. De RVZ is van mening dat een beroep kan gedaan worden op grotere eigen verantwoordelijkheid, maar dat veel aanpassingen nodig zijn om dit te kunnen realiseren.

De ondernemer

Burgerschap ontstaat met behulp van ondernemerschap. De ondernemers (zorgaanbieders en verzekeraars) zorgen voor mogelijkheden voor eigen verantwoordelijkheid van de burger. Ondernemen in de gezondheidszorg houdt maatschappelijk verantwoord ondernemen in: de ondernemer houdt rekening met overheidsdoelstellingen zoals toegankelijkheid, kostenbeheersing en kwaliteit. Om goed ondernemerschap mogelijk te maken zal veel bestaande wet- en regelgeving aangepast moeten worden.

De overheid

De overheid heeft verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg. Ze moet de bevolking beschermen tegen gezondheidsrisico's en voorwaarden creëren waarin een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen. Omdat de gezondheidszorg geen perfect werkende markt is, is overheidsbemoeienis met name op het gebied van regulering van het aanbod noodzakelijk. Voor de toekomst is vervanging van aanbodregulering door vraagsturing gewenst.

Er zijn drie vormen van vraagsturing:

1. sturing van de vraag: in de aanbodregulering bouwt de overheid vraagelementen in (aanbod blijft vraag sturen);
2. sturing op de vraag: zaakwaarnemers, zoals verzekeraars, tussen producent en consument sturen namens de zorgvrager;
3. sturing door de vraag: de patiënt stuurt zelf. De vraag leidt het aanbod. Dit is een ideale sturingsvorm, omdat er tussen de consument en producent geen tussenpersonen zijn.

De RVZ meent dat de houdbaarheid van het zorgsysteem mede afhangt van de kansen die het burger- en ondernemerschap krijgen. De sturingsgedachte hierachter is sturing door de vraag.

3.3 Veranderingen en beleidsstrategie

Noodzakelijke veranderingen in het beleid en stelsel zijn:

- oslaten van het kraptebeleid: aanbod naar behoefte. Hierbij is de zorgplicht van de verzekeraar van groot belang en deze moet dan ook wettelijk verankerd zijn;
- vervangen van aanbodregulering door geregleerde marktwerking. De RVZ adviseert de geregleerde marktwerking vorm te geven via de stimulering van ondernemerschap bij zorgaanbieders en verzekeraars en via een drastische herziening van de aanbodregulering;
- waarborgen van een zekere risico- en inkomenssolidariteit voor de gezondheidszorg. Risicosolidariteit hangt sterk samen met de vormgeving van de verzekering en inkomenssolidariteit kan ook buiten de verzekering om worden georganiseerd.

De beleidsstrategie voor de wijzigingen is:

Het versterken en bevorderen door de overheid van eigen verantwoordelijkheid en burgerschap. Essentieel hiervoor is het bestaan van keuzemogelijkheden en dus ook van een transparante markt in verzekering en zorg. Tevens moet een beperking van de bestaande aanbodregulering plaatsvinden. De overheid kan dit doen door zorgaanbieders reële financiële risico's te laten lopen en door innovatief gedrag te belonen.

De rolverdeling

Het totale sturingsbeeld zal in eerste instantie een combinatie zijn van sturen door, sturen op en sturen van de vraag. De overheid stuurt de vraag via het pakket ('sturen van de vraag'). De verzekeraar stuurt waar nodig en nuttig 'op de vraag'. De consument stuurt waar mogelijk zelf ('sturen door de vraag'). De rol van de overheid is die van marktmeester: zij bepaalt in ieder geval en altijd vooraf de systeemprestaties, legt deze op en toetst achteraf de uitkomsten. Dit beleidsmodel moet in de plaats komen van de huidige kostenbeheersing en inputgeoriënteerde aanbodregulering.

De rolverdeling in het stelsel is verder dat de zorgaanbieder dingt om de gunst van de patiënt. Voor de burger is de verzekeraar een (noodzakelijke) intermediair (zaakwaarnemer). De zorgaanbieder is voor zijn financiering voor een deel afhankelijk van de zorgverzekeraar, die op zijn beurt een deel van zijn inkomsten ontvangt van de overheid (de inkomensafhankelijke premie). Uiteindelijk bepaalt de patiënt het bedrijfsresultaat van deze twee partijen, omdat de patiënt op zowel de zorgverlenings- als de verzekeringsmarkt keuzevrijheid heeft.

3.4 Aanbevelingen

De burger, consument

- keuzemogelijkheden: de burger heeft een verplicht basispakket van beperkte omvang met keuzemogelijkheden ten aanzien van leveringsmoment en -plaats van de verstrekking en een aanvullend pakket. Hij krijgt de mogelijkheid te kiezen voor de preferred provider polis (die kan leiden tot reductie van de nominale premie) en kan binnen de verzekerde verstrekkingen kiezen voor een persoonsgebonden of persoonsvolgend budget, voor restitutie van gemaakte kosten of voor in naturaverstrekking in binnen- of buitenland;
- rechten: de burger heeft recht op zorg en recht op betrouwbare, gecertificeerde informatie over verzekeringsvormen. De verzekerde kan zijn nominale premie verlagen door te kiezen voor bepaalde verzekerings- en uitvoeringsarrangementen, zoals 'een niet-roken polis';
- plichten: een nominale premie met daarin een eigen risico. Het recht te kiezen impliceert de plicht zich te informeren en vervolgens een gepast gebruik van de mogelijkheden.

De zorgverzekeraar

- de rol: de zorgverzekeraar is intermediair tussen zorgaanbieder en verzekerde/consument. Ten opzichte van de verzekerde heeft hij een zorgplicht, die zijn basis heeft in het toelatingscontract voor de verplichte verzekering. De inschrijvende verzekeraar heeft de verplichting een wettelijke basisverzekering uit te voeren tegen een acceptatieplicht. Een zorgplicht waarover niet onderhandeld kan worden, impliceert vrijheden voor de zorgverzekeraar in de contractering van zorg en op de verzekeringsmarkt. De zorgverzekeraar heeft als taak het doelmatig en efficiënt contracteren van zorg;
- prikkels: het doelmatig contracteren moet voor verzekeraars aantrekkelijk gemaakt worden. Voor moeilijk verzekerbare risico's kan een verevening blijven plaatsvinden. Door vergroting van het nominale premiedeel, kan de verevening worden beperkt. De overheid zal de mogelijkheden om zorg te contracteren moeten vergroten door de toetredingsnormen van zorgaanbieders te verruimen. Zorgverzekeraars kunnen partiële contracten sluiten met zorgaanbieders.

De zorgaanbieder

- de rol: de zorgaanbieder biedt de patiënt zowel binnen als buiten het publieke domein zorg aan. Hij concurreert met ander zorgaanbieders om de gunst van patiënten om de continuïteit van zijn bedrijfsvoering te bevorderen. Verder is voor hem de doelmatigheid van zijn zorgproductie bepalend;
- prikkels: de mogelijkheden om zorg aan te bieden buiten het zogenoemde basispakket, bijvoorbeeld in een aanvullende verzekering, moeten vergroot worden. Activiteiten buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld wonen of dienstverlening, in eigen beheer moet mogelijk ge-

maakt worden. Het verbod op for profit zorgaanbod moet worden opgeheven. De aanbodregulering moet beperkt worden. Zorgaanbieders moeten zorg die geen onderdeel uitmaakt van het basispakket zelf kunnen ontwikkelen, aanbieden, verstrekken en in rekening brengen bij de klant (burger, werknemer, werkgever, gemeente, sportclub). De toetredingscriteria voor zelfstandige beroepsbeoefenaren zullen in het kader van het anti-schaarstebeleid en omwille van een competitieve zorginkoop moeten worden versoepeld.

De overheid

- de rol: de overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg is gericht op:
- de realisatie van de overheidsdoelen toegankelijkheid, kwaliteit en uitgavenmanagement voor een verplichte basisverzekering;
- het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap;
- het creëren van transparante marktverhoudingen en dus ook competitieve elementen, inclusief een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid tussen overheid en markt.

Het beleid van de overheid zal hierop moeten worden ingericht. Waar mogelijk wordt begonnen met het 'sturen door de vraag'. Voor de overheid heeft de invoering c.q. het herstel c.q. de bevordering van het verzekeringskarakter van AWBZ en ZFW de hoogste prioriteit. Verder moeten stappen ondernomen worden ten aanzien van deregulering van het prijs- en volumebeleid en moet het ondernemersrisico van verzekeraars en aanbieders worden vergroot. De wettelijke zorgaanspraken moeten worden vastgesteld op een zodanige wijze dat de rechten van de burger kunnen worden gegarandeerd. Het basispakket moet worden beperkt tot de essentiële gezondheidszorg. De verzekerde kan zichzelf bijverzekeren. Het nominale deel van de premie wordt vergroot. Er komt meer ruimte voor een aanvullende verzekering. Er moet een actief toezicht op de kwaliteit van zorg op basis van een concreet kwaliteitsbeleid komen.

3.5 De uitvoerbaarheid van het advies

De Raad denkt dat met dit advies de overheid zijn doelstellingen - toegankelijkheid, kwaliteit en macrobetaalbaarheid - kan realiseren. Ondanks een ingrijpende deregulering, houdt de overheid enkele belangrijke sturingsinstrumenten in handen. Zo kan het bevorderen van burgerschap en ondernemerschap gelijk opgaan met een blijvende overheidsverantwoordelijkheid. Dit zijn de overheidsinstrumenten:

- de wettelijke zorgaanspraken in de verplichte verzekering;
- acceptatieplicht en een daaraan gekoppelde vorm van verevening;
- procentueel premiedeel en bandbreedte nominale premie;
- verdeling procentuele premie over zorgverzekeraars;
- toetredingsregels zorgverzekeraars;
- specifiek antikartelbeleid;
- overeenkomstenverplichting en in natura verstrekking op enkele deelmarkten;
- onafhankelijk toezicht op verzekering en op kwaliteit.

Tegelijkertijd creëert de overheid daadwerkelijk ruimte voor burgerschap en ondernemerschap door de centrale regulering van prijzen en volumina stap voor stap verder terug te brengen. Ook herstelt en bevordert zij het verzekeringskarakter voor de ziektekostenverzekering. Tenslotte vereenvoudigt zij de besturing van de gezondheidszorg.

4. Samenvatting rapport "Vraag aan bod"

4.1. Herziening van de sturing van de zorg

Op dit moment zijn er onvoldoende prikkels voor verzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders om zorg te bieden die kwalitatief hoogstaand, innovatief, doelmatig en vraaggericht is. Dit is het gevolg van de gedetailleerde wijze waarop de overheidssturing op de zorgsector plaatsvindt. Daar-

om moet de zorgsector in de toekomst zoveel mogelijk een zelfregulerend systeem worden met prikkels voor alle partijen. Om dat te realiseren is een herziening van de rol van partijen in de gezondheidszorg nodig. De nieuwe rolverdeling komt erop neer dat de positie van de zorgvrager ten opzichte van de verzekeraar en aanbieder en de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders versterkt wordt en dat de speelruimte voor de zorgaanbieders vergroot wordt. De overheid speelt hierbij een kaderstellende en toezichthoudende rol. Het doel is goede en doelmatige zorg tot stand brengen die maximaal aansluit bij de wensen van burgers.

Zorgvragers moeten een kritische houding hebben ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. De verzekerde wordt hiertoe geprikkeld door het betalen van een (gedeeltelijk) nominale premie en een vorm van eigen betalingen bij zorggebruik. Er kan in sommige gevallen (bijv. d.m.v. een persoonsgebonden budget: de cliënt koopt zelf zorg in) zelfs sprake zijn van directe sturing.

Zorgverzekeraars zullen belangenbehartigers van de verzekerden moeten worden en moeten daarbij meer gaan concurreren. Het idee van het kabinet is dat de verzekeraars zowel kenmerken van de huidige particuliere als van de huidige ziekenfondsverzekeraars hebben. Ze worden doelmatige en klantgerichte regisseurs van de zorg en hebben daarmee samenhangend een wettelijke zorgplicht. Om selectie op basis van gezondheidsvooruitzichten te voorkomen, moet gezorgd worden dat de verzekeraars voldoende risicodragend zijn en voor een adequaat risicovereveningssysteem en gezonde concurrentieverhoudingen. Voor het laatstgenoemde punt zijn er twee stimulansen. (1) Verzekerden moeten goed geïnformeerd zijn over prijs en kwaliteit van het zorg- en verzekeringsaanbod en (2) verzekerden moeten de mogelijkheid hebben om één keer per jaar van verzekeraar te wisselen. De acceptatieplicht is hiervoor van groot belang. Tevens moet er voldoende omvang en variatie in het aanbod van zorg kunnen ontstaan. Pas dan kunnen zorgvragers zorg inkopen op basis van goede prijs-kwaliteit verhoudingen.

Zorgaanbieders moeten zorg aanbieden die zoveel mogelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt en die van goede kwaliteit is. Er moet gezorgd worden voor voldoende aanbodscapaciteit. Alleen dan hebben zorgvragers voldoende keuzemogelijkheden en kan gewenste differentiatie ontstaan tussen zorgaanbieders (hetgeen nieuwe toetreders een kans geeft). Ook moeten er voldoende prikkels voor concurrentie aanwezig zijn, zoals het winstoogmerk. Een voorwaarde voor het toestaan van het winstoogmerk is het bestaan van duidelijke en transparante productomschrijvingen, ook op het punt van de kwaliteit. Kwaliteit moet dus genormeerd en gecontroleerd kunnen worden, zodat geen ongewenste afruil plaatsvindt tussen kwaliteitseisen en winststreven. Ook dienen zorgaanbieders zich publiekelijk te kunnen verantwoorden over hun prestaties. Waar geen concurrentie mogelijk is, kan bijvoorbeeld benchmarking plaatsvinden om zorgaanbieders te prikkelen.

De overheid moet over effectieve instrumenten beschikken om kaders (waarbinnen de partijen de centrale beslissingsvrijheid krijgen) te kunnen stellen. Er moet adequaat toezicht mogelijk zijn en de overheid moet instrumenten hebben om in te kunnen grijpen als er imperfecties optreden in het zelfregulerend systeem of als bepaalde publieke gezondheidszorgbelangen in geding komen. De verwachting is dat de komende tijd het concurrentiemechanisme nog niet goed zal werken en dat de overheid zolang dat het geval is nog de regie zal voeren in de zorg.

Er zijn zes parallelle trajecten voor de omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid.

(1) *Meer concurrentie tussen klantgerichte verzekeraars.* De verzekeraars moeten gelijkwaardig zijn en voldoende prikkels voelen om een aanbod te contracteren dat aansluit bij de preferenties van de verzekerden. Daarvoor moet er één algemene zorgverzekering komen met concurrentieprikkels en acceptatieplicht.

(2) *Vergroting van de transparantie bij verzekeraars en zorgaanbieders.* Een belangrijke voor-

waarde voor de werking van het concurrentiemechanisme is dat verzekerden en zorgvragers de beschikking hebben over optimale keuzemogelijkheden. Daarvoor is transparantie van de verzekeringsmarkt noodzakelijk (bijv. beschikbaarheid van informatie over aanbod, kwaliteit en prijs van zorg).

(3) *Betere verantwoording zorgverzekeraars en zorgaanbieders.* Gegeven de specifieke marktomstandigheden zijn verzekeraars en zorgaanbieders nodig die een maatschappelijk geëngageerde opstelling hebben. Dat wil zeggen: betrokkenheid bij de publieke belangen van de gezondheidszorg. Om deze houding te bevorderen zullen de partijen verantwoording moeten afleggen van hun prestaties op dit gebied.

(4) *Meer vrije prijsvorming.* Voor het ontstaan van concurrentie is vrije prijsvorming noodzakelijk. Waar mogelijk zullen de prijzen dan ook worden vrijgelaten.

(5) *Meer vrije investeringsbeslissingen.* Om een verruiming van het zorgaanbod mogelijk te maken, moeten bestaande zorgaanbieders zelf hun investeringsbeslissingen kunnen nemen en moeten nieuwe aanbieders vrij kunnen toetreden (dus verruiming van toetredingsmogelijkheden en verbreding van toelating binnen de AWBZ).

(6) *Globalere kostenbeheersing.* In de huidige situatie zorgde overheidsingrijpen in tarieven en budgetten voor de kostenbeheersing. Dit heeft de laatste jaren steeds meer spanning opgeroepen. Daaruit is de wens ontstaan om meer speelruimte op decentraal niveau te creëren, om daarmee de risicodragende en concurrerende verzekeraars hun verantwoordelijkheid voor de zorgregie te laten waarmaken. Voor een goede werking van dit systeem is van belang dat de zorguitgaven realistisch geraamd worden. Dit betekent geen raming vanuit beschikbaar gestelde budgetten, maar een raming op grond van te verwachten ontwikkelingen van vraag en aanbod.

4.2 Aanpassing van het verzekeringsstelsel

Naast het nieuwe sturingsmodel, is ook aanpassing van het verzekeringsstelsel noodzakelijk. Om goed te functioneren, dienen beide goed op elkaar te zijn afgestemd.

1) Introductie van een algemene verzekering curatieve zorg.

De duale verzekeringsstructuur wordt vervangen door één algemene (publiekrechtelijke) verzekering (die de zorg dekt die nu in het tweede compartiment is verzekerd) die door privaatrechtelijke zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.

2) Integratie van de algemene verzekering curatieve zorg en AWBZ.

De zorgverzekeraar moet, naast verzekeraar van de algemene verzekering curatieve zorg, ook de uitvoerder worden van de AWBZ. Op termijn zullen de algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ geïntegreerd worden.

4.2.1 Profielschets van een algemene verzekering (voor curatieve zorg)

Publiek belang	Randvoorwaarde	Verbeterpunten
Noodzakelijke zorg van goede kwaliteit moet voor iedereen toegankelijk zijn	Beheerste kostenontwikkeling	Risicosolidariteit, transparantie, doelmatigheid, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid

Risicosolidariteit en transparantie

Om een transparant zorgstelsel te kunnen realiseren waarin risicosolidariteit verankerd is, is het wenselijk dat er een wettelijke algemene verzekering komt voor één pakket noodzakelijke curatieve zorg. Een belangrijke voorwaarde voor risicosolidariteit is dat niemand zich aan de zorgverzekering kan onttrekken. Hiervoor kan gezorgd worden door de toegang tot de verzekering van rechtswege zo te regelen dat iedereen die aan de wettelijke voorwaarden voldoet automatisch is

verzekerd. Tevens is een wettelijke acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar noodzakelijk. Belangrijke onderdelen van de acceptatieplicht zijn het verbod op premiedifferentiatie en een acceptatieplicht die voor iedereen op hetzelfde pakket van toepassing is (daardoor is pakketdifferentiatie niet mogelijk). Een wettelijke verzekering voor noodzakelijke zorg met acceptatieplicht komt ook de transparantie van de verzekeringsmarkt ten goede doordat er geen pakketdifferentiatie kan ontstaan. Risicoselectie kan worden tegengegaan door een sluitend systeem van risicoverevening. Omdat het kabinet solidariteit en transparantie belangrijk vindt, is er gekozen voor één wettelijk verzekerd pakket voor iedereen met diverse keuzemogelijkheden voor verzekerden. Dit in tegenstelling tot het advies van de SER, dat vanwege nadruk op de keuzevrijheid kiest voor pakketdifferentiatie.

Noodzakelijke zorg: het pakket

Het pakket wettelijk verzekerde zorg dient te bestaan uit noodzakelijke zorg. Bovenop dat pakket kan de verzekerde een aanvullende verzekering afsluiten voor niet-noodzakelijke zorg (hierop zijn wettelijke regels ten aanzien van acceptatieplicht, verzekeringsplicht en verbod op premiedifferentiatie/risicoselectie niet van toepassing).

Beheerste kostenontwikkeling en doelmatige zorgverlening

Om moral hazard te voorkomen moet de algemene verzekering voldoende prikkels en instrumenten hebben voor een doelmatige zorgverlening. Zoals een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars, een vereveningssysteem op basis van risicovergoedingen die zorgverzekeraars risicodragend maakt (de verevening tussen zorgverzekeraars moet zoveel mogelijk vooraf plaatsvinden op basis van objectiveerbare risico's en zo min mogelijk achteraf op basis van gerealiseerde kosten), functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken en een effectieve nominale premie.

Keuzemogelijkheden

Om in te kunnen spelen op de diversiteit aan wensen van verzekerden, wordt de algemene verzekering voorzien van keuzemogelijkheden. De keuzevrijheid binnen de wettelijke ziektekostenverzekering bestaat uit vrije keuze van de zorgverzekeraar. Er is ook uitbreiding van de keuzevrijheid mogelijk. Deze extra keuzemogelijkheden gaan ten koste van de solidariteit en dienen daarom aan bepaalde voorwaarden te voldoen om de afzwakking van de solidariteit te beperken. De extra keuzemogelijkheden zijn: keuze uit gestaffelde (gemaximeerde) vrijwillige eigen risico's, preferred provider arrangementen en collectieve contracten.

Juridische vormgeving

De SER adviseert de algemene verzekering een privaatrechtelijke grondslag te geven. Het kabinet heeft gekozen voor een verzekering met een publiekrechtelijke grondslag en een privaatrechtelijke uitvoering, omdat ze op die manier de publieke belangen (die de overheid wettelijk moet regelen) het beste kan waarborgen en tegelijkertijd kunnen op die manier marktelementen in de uitvoering worden toegepast. De publiekrechtelijke grondslag kan goed worden gecombineerd met uitvoering door private partijen (waaronder partijen met winstoogmerk). Dit acht het kabinet van belang, omdat van een risicodragende en concurrerende omgeving waarin de uitvoering van de verzekering moet plaatsvinden doelmatigheidsprikkels uit gaan.

4.2.2 Het eerste compartiment (AWBZ)

Naast de besproken modernisering van het tweede compartiment, volgt ook het eerste compartiment een moderniseringstraject. De doelstelling van de modernisering komt voor een groot deel overeen met die van het tweede compartiment, namelijk: een omslag bereiken van centraal aanbodgestuurde zorg naar decentraal vraaggerichte zorg. Op termijn is de bedoeling dat de zorg in het eerste en tweede compartiment geïntegreerd wordt. Het grootste deel van de AWBZ zal dan ook voldoen aan het profiel dat voor de curatieve zorg is geschetst. Dit betekent dat keuzemogelijkheden en differentiatie in de wijze van verkrijgen van de wettelijk geregelde aanspraken moge-

lijk moeten zijn. Het beleid om meer keuzevrijheid te creëren, krijgt op twee manieren vorm. Enerzijds ligt het accent op het vergroten van medezeggenschap van mensen over de zorg die zijn ontvangen (PGB), anderzijds op het verruimen van de mogelijkheid van mensen om zelf een type aanbieder te kiezen (zorg in natura). De verandering moet er uiteindelijk voor zorgen dat cliënten vrij kunnen kiezen of zij zorg willen ontvangen in de vorm van een PGB (waarvoor ze zelf de zorg inkopen) of in de vorm van naturazorg (waarbij de uitvoerder van de verzekering de zorg heeft ingekocht).

5. Samenvatting CDA-rapport “Naar meer menselijke maat in de gezondheidszorg”

5.1 Basiswaarden

Het CDA-rapport is geïnspireerd door de volgende basiswaarden:

1. Ieder mens moet gelijkwaardig behandeld worden. Concreet betekent dit onder meer dat mensen die op een wachtlijst van een ziekenhuis staan binnen een redelijke termijn moeten worden geholpen. Bij de normen voor het bepalen van een redelijke termijn moet dan ook rekening worden gehouden met sociale factoren. In de verzorgingssector, het betreft onder meer ouderen- en gehandicaptenzorg, mogen geen al te lange wachtlijsten voorkomen. Weg met de wachtlijsten is voor het CDA prioriteit nummer één, ook bij tegenvallende cijfers of begrotingsoverschrijdingen elders.
2. Mensen mogen niet het gevoel krijgen als een object behandeld te worden. Daarom moet in de zorg ruimte zijn voor intermenselijk contact om de zorg naar menselijke maat te garanderen.
3. Mensen moeten de vrijheid hebben te kunnen kiezen voor hun leefomgeving en voor wie hen zal behandelen. Concreet betekent dit dat er volop ruimte moet zijn voor kleinschalige vormen van wonen met zorg die bieden wat bij de leefomgeving van de mensen aansluit. Niet alleen het voortbestaan van instellingen met een bijzondere functie moet worden veiliggesteld. Er moet ook volop ruimte zijn voor nieuwe initiatieven. Mensen moeten kunnen leven in een omgeving waarin zij zich thuis voelen, zeker op de oude dag.
4. Organisaties in de gezondheidszorg moeten een menselijke maat kennen. In kleinere, overzichtelijke verbanden voelen mensen zich meer thuis en betrokken bij het werk, de collega's en de cliënten. Mensen moeten ook zelf kunnen kiezen voor de gemeenschap waarin ze hun oude dag willen doorbrengen. De schotten die op dit terrein zijn ontstaan als gevolg van de regionalisering van de zorg moeten worden geslecht.
5. Het middenveld moet meer ruimte krijgen. De aanbieders van de zorg moeten meer eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de gang van zaken in hun organisaties en minder afhankelijk zijn van steeds gedetailleerder voorschriften en richtlijnen.
6. Solidariteit tussen gezond en ziek, rijk en arm, oud en jong. De gezondheidszorg moet gegarandeerd voor iedereen toegankelijk blijven. Om dit te kunnen financieren, geeft het CDA de voorkeur aan een verzekeringsstelsel om de kosten van noodzakelijke zorg te bestrijden. Tevens hecht het CDA aan het instrument van volksverzekeringen voor risico's die moeilijk verzekeraar zijn.

5.2 Verdere praktische consequenties van deze principes

De belangrijkste consequenties die uitwerking van bovengenoemde principes in de praktijk zal hebben, worden hieronder genoemd.

Minder bureaucratie

Veel bureaucratie kan worden weggesneden als verzekeraars, aanbieders van zorg en patiënten- en cliëntenorganisaties ruimte krijgen hun zelforganiserend vermogen te ontplooiën. Om het middenveld meer ruimte te geven, dient het vrijwilligerswerk te worden bevorderd met respect voor pluri-formiteit en identiteit.

Maatschappelijke ondernemingen

Een pluriforme invulling van taken kan worden bevorderd door instellingen te verzelfstandigen tot maatschappelijke ondernemingen. Dat zijn organisaties die uitsluitend met het oog op maatschappelijke behoeften zijn opgezet waarmee tevens een publiek belang is gemoeid. Een concreet voorbeeld is een woningbouwvereniging die taken verricht op het terrein van sociale huisvesting. Kenmerkend voor een sociale onderneming is, dat deze geen winstuitkering kent omdat alle inkomsten worden aangewend voor het doel waarvoor de onderneming is opgericht.

De taak van de overheid is tweeledig: het creëren van randvoorwaarden om zelfsturing mogelijk te maken en het houden van toezicht op het verloop daarvan. Specifieke overheidstaken zijn de openbare gezondheidszorg en de inspectie en het garanderen van de toegankelijkheid.

AWBZ en Ziekenfonds

De AWBZ moet worden gereserveerd voor langdurige verpleging en verzorging. Deze kan volstrekt persoonsgebonden worden gefinancierd. Betrokkene krijgt een budget toebedeeld waarmee hij zijn eigen zorg kan regelen of een plaats kan verwerven in een instelling naar keuze. Gevolg zal zijn dat er meer variatie komt in vormen van wonen en zorg. De financiering dient de vorm te krijgen van een volksverzekering met inkomensafhankelijke premies als uitdrukking van solidariteit, met een drempel die beperkt blijft tot een eigen bijdrage voor de eerste drie uren zorg in de week.

De overgang naar nominale premies is volgens het CDA, ook in het ziekenfonds, onvermijdelijk. Dit vanwege de realiteit van individualisering en internationalisering. De organisatievorm van maatschappelijke ondernemingen kan voorkomen dat commercie een leidend beginsel wordt. Ziekenfondsen dienen leeftijdsonafhankelijke criteria te hanteren en minstens de standaard dekking van het basisverzekeringspakket te bieden.

6. Samenvatting RVZ-advies “Winst en gezondheidszorg”

In de huidige regelgeving hebben alleen zorginstellingen die geen winstoogmerk hebben toegang tot publieke bekostiging door de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Het is de vraag of dit zo moet blijven. Het kabinet is bezig met het voorbereiden van een wijziging van het verzekeringsstelsel, een modernisering van de AWBZ en van de curatieve zorg. Er komt een omslag van aanbod- naar vraagsturing, waarbij de verschillende partijen worden aangezet tot concurrentie. Een gevolg hiervan is, dat de overheid de toelating tot de reguliere zorgverlening alleen nog kan beperken voor zover dat voor de borging van publieke belangen noodzakelijk is. In het wetsontwerp dat de toegang tot de reguliere zorg moet gaan regelen (Wet Exploitatie Zorginstellingen) blijft echter staan dat de toegang beperkt wordt tot zorginstellingen zonder winstoogmerk. Naar aanleiding van kritiek hierop van onder andere de Raad van State heeft de minister van Volksgezondheid, Sport en Welzijn de kwestie aan de RVZ voorgelegd.

De RVZ is van mening dat toelating van instellingen met winstoogmerk de toegankelijkheid en de cliëntgerichtheid van de gezondheidszorg bevorderen. De huidige schaarste in de zorg vermindert erdoor, de patiënt krijgt meer keuzemogelijkheden en de toenemende behoefte aan zorg zal er beter door kunnen worden opgevangen.

Voor de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn er kansen en voordelen, maar ook risico's en nadelen. Of en in welke mate er zich voordelen zullen voordoen, hangt vooral af van de wijze waarop winst wordt aangewend en aan wie ze ten goede komt. De risico's zijn dat ondernemers zoveel mogelijk winst willen maken en daarom onrendabele diensten en patiënten mijden, te hoge prijzen vragen en te weinig kwaliteit bieden. Deze risico's voor het publieke belang moeten worden beperkt.

De belangrijkste voorwaarden om bij de toelating van instellingen met winstoogmerk de publieke belangen voldoende te waarborgen zijn:

- de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit;
- een goed functionerende Inspectie voor de gezondheidszorg;
- een goed functionerend systeem van informatieverschaffing aan de burger over relevante prestatie-indicatoren van zorginstellingen;
- kostendekkende prijsstelling;
- een krachtige marktmeester (bij voorkeur de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)).

Noten

¹ De verzekering valt onder de Europese sociale zekerheidsverordening 1408/71, die betrekking heeft op migrerende werknemers en daarmee gelijkgestelde personen.

HOOFDSTUK 4

DE VRAAG NAAR EEN CHRISTELIJK-VERANTWOORD VERZEKERINGSPAKKET

1. Inleiding

Nadat we in de vorige hoofdstukken vooral gekeken hebben naar het feitelijke en naar gewenste zorgstelsels, richten we in dit hoofdstuk de aandacht op opvattingen omtrent een zorgverzekering en de samenstelling van het zorgvoorzieningenpakket. Ook hierbij staat het christelijke perspectief centraal.

Ongeveer 5% van de bevolking kan gerekend worden tot het orthodox-christelijk volksdeel, hetgeen redelijk goed overeen komt met de aanhang van de twee protestants-christelijke partijen in het politieke bestel: ChristenUnie (CU) en SGP. Voor deze groep is ook ten aanzien van de gezondheidszorg de Bijbel richtsnoer voor het handelen, hetgeen impliceert dat opvattingen over medische ethiek op verscheidene punten anders zijn dan bij rest van de bevolking.

Met name twee zorgverzekeraars richten zich met een aangepast pakket expliciet op (de particulier verzekerden van) het genoemde christelijke volksdeel.¹ De vraag bestaat hoe groot de behoefte is aan een pakketkeuze afgestemd op de godsdienstige en ethische opvattingen van dat volksdeel en daarmee tevens wat het potentieel is van deze zorgverzekeraars met dat speciale pakket. Gedurende het najaar van 2001 heeft het NIPO daarom bij een steekproef van 427 personen uit de achterban van CU/SGP informatie verzameld over een groot aantal aspecten ten aanzien van zorgvoorzieningen.

Zoals bekend bestaat er vaak geen volledige keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeringen: in het verleden hadden veel ziekenfondsen een monopoliepositie in hun eigen regio, maar ook worden veel verzekeringen collectief via de werkgever afgesloten. Daarom is niet alleen gekeken naar de huidige zorgverzekering, maar tevens naar het soort verzekering dat men zou kiezen als men volledige keuzevrijheid zou hebben.

Zoals gezegd is het onderzoek gehouden onder een steekproef van respondenten uit de achterban van CU/SGP (soms ook wel als 'gereformeerde gezindte' of nog korter, als 'gereformeerden' aangeduid, hoewel tot die achterban ook 'evangelische' christenen behoren). Daarnaast is echter ook als referentiegroep een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking getrokken, om zo de gegevens van de doelgroep in een breder kader te plaatsen. De wijze waarop de ondervraagden in de beide groepen 'christelijk' bij voorkeur invullen is weergegeven in tabel 1. Daaruit blijkt dat voor de doelgroep 'christelijk' synoniem is aan protestants-christelijk, reformatorisch of evangelisch. In de referentiegroep bestaat er een flinke groep die onder 'christelijk' rooms-katholiek verstaat:

Tabel 1 | Wat wordt onder christelijk verstaan?

	Geheel Nederland	Achterban CU/SGP
	%	%
Reformatorisch, gereformeerd	15	53
Evangelisch	8	21
Protestants christelijk	34	24
Rooms katholiek	41	1
Geen van deze	3	2
	100	100

2. De huidige zorgverzekering

De markt voor zorgverzekeringen is zeer gefragmenteerd. Er zijn vele aanbieders, maar geen enkele haalt een marktaandeel van meer dan 10% (zie tabel 2). Zijn bij de 'representatieve groep Nederlanders' (ook wel de controlegroep genoemd) VGZ zorgverzekeringen, CZ en Zilveren Kruis Achmea de belangrijkste marktpartijen, bij de doelgroep van personen uit de Achterban van CU/SGP zijn dat Groene Land Achmea (12%), Amicon Zorgverzekeringen (8%) en (ook) CZ (8%). Kleinere maatschappijen die bij de in vergelijking met de controlegroep doelgroep hoog scoren, zijn: Pro Life Zorgverzekeringen (4% vs. 0%), Trias (4% vs. 1%) en DVZ Zorgverzekeringen (2% vs. 0%).

Tabel 2 | Marktverdeling zorgverzekeringen

	Geheel Nederland	Achterban van CU/SGP
	%	%
Groene land Achmea	6	12
Amicon	6	8
CZ	9	8
Zilveren Kruis Achmea	8	7
Univé	6	6
Geove RZG	5	5
VGZ	10	5
Pro Life Zorgverzekeringen	0	4
Trias	1	4
DVZ Zorgverzekeringen	0	2

Zoals bekend heeft lang niet iedereen een geheel vrije keuze ten aanzien van zijn zorgverzekering en rond de veertig procent van de ondervraagden (waarbij slechts een klein verschil geldt ten aanzien van doelgroep versus controlegroep) is via zijn werkgever verzekerd, rond de twintig procent had geen vrijwillige keuze ten aanzien van het ziekenfonds. Vroeger waren ziekenfondsen immers vaak monopolisten in hun regio (vandaar waarschijnlijk dat dit argument onder oudere personen vaak opgeld doet).

Tabel 3 | Hoe zorgverzekering afgesloten?

	Geheel Nederland	Achterban van CU/SGP
	%	%
Ziekenfonds bepaalde het zelf	22	15
Via werkgever verzekerd	38	41
Zelf kunnen kiezen	40	43
	100	100

Derhalve heeft rond de veertig procent wel in alle vrijheid een keuze kunnen maken (43% bij de doelgroep en 40% bij de controlegroep; zie tabel 3). Van groot belang is daarom de groep uit de CU/SGP-achterban die zelf de keuze heeft kunnen maken. Heeft deze groep relatief vaak voor een

christelijke zorgverzekeraar gekozen? Het antwoord is bevestigend: zowel DVZ Zorgverzekeringen als Pro Life Zorgverzekeringen betrekken hun cliënten uitsluitend uit degenen die zelf een keuze hebben kunnen maken (zie tabel 4)!

Tabel 4 | Zorgverzekering van degenen die zelf de keuze gemaakt hebben

Selectie: zelf keuze kunnen maken	Achterban van CU/SGP
	%
CZ	11
Groene Land Achmea	10
Pro Life Zorgverzekeringen	9
Amicon	9
Zilveren Kruis Achmea	9
Univé	7
DVZ Zorgverzekeringen	4
Zorg en zekerheid	4
FBTO	4

Overigens is ook FBTO – als *direct writer* – een maatschappij die uitsluitend de zorgverzekeringen betreft uit degenen die geheel de keuzevrijheid hadden.

De motivatie van degenen die zelf hebben kunnen kiezen loopt enigszins uiteen tussen de controlegroep en de doelgroep. Voor de doelgroep geldt een aantal argumenten significant vaker: lagere premie, levensbeschouwelijke achtergrond, waarden en normen die men hanteert en een gunstige regeling voor kinderen.

Tabel 5 | Belangrijkste reden waarom de doelgroep voor zorgverzekering gekozen heeft

Selectie: zelf keuze kunnen maken	Achterban van CU/SGP	Percentage dat belangrijkste argument noemt
	Belangrijkste argument	%
CZ	Lage premie	34
Groene Land Achmea	Lage premie	38
Pro Life Zorgverzekeringen	Levensbeschouwing	100 (!)
Amicon	Lage premie	41
Zilveren Kruis Achmea	Collectief contract	48
Univé	Pakket op maat	43
DVZ Zorgverzekeringen	Levensbeschouwing	87
Zorg en zekerheid	Locatie	37
FBTO	Premie/pakket	48

In tabel 5 is voor de verzekeringen die bij de leden van CU- en SGP-achterban het meest worden aangetroffen, aangegeven welk argument het vaakst genoemd werd. Hoewel de aantallen respondenten per maatschappij niet zo erg groot zijn, is de uitkomst veelzeggend: Pro Life Zorgverzekeringen en DVZ Zorgverzekeringen worden met name vanwege levensbeschouwelijk oogpunt gekozen. De andere maatschappijen meer uit ‘rationele’ motieven, als prijs en uitgebreidheid van pakket.

3. De vrije keuze

Tot dusver is gesproken over de keuze van de huidige verzekering, die – zoals is aangetoond – voor een belangrijk deel wordt bepaald door de werkgever en door de regio waarin men woont c.q. het ziekenfonds dat daar gevestigd is (was). In deze paragraaf wordt ingegaan op het keuzeproces van een nieuw af te sluiten zorgverzekering. In het bijzonder zal worden ingegaan op de argumenten die tussen doelgroep en referentiegroep min of meer gelijk zijn, en de argumenten die waarschijnlijk voor de doelgroep zwaar zullen wegen.

Tabel 6 geeft het belang van een groot aantal aspecten weer die bij het afsluiten van een zorgverzekering een rol (kunnen) spelen. Deze aspecten zijn gerangschikt op basis van het belang dat leden van de doelgroep aan het aspect toekennen. 'Belang' is hierbij gedefinieerd als hetgeen men 'heel belangrijk' dan wel 'redelijk belangrijk' acht.

Tabel 6 | Belangrijke aspecten bij vrije keuze zorgverzekeraar

	Geheel Nederland	Achterban van CU/SGP
	%	%
Goede dekking ziektekosten	97	97
Snelle en correcte afhandeling	95	95
Beschermwaardigheid menselijk leven	54	94
Hoogte van de premie	93	93
Waarden en normen die verz. hanteert	75	91
Keuze bij samenstelling van pakket	93	90
Aandacht voor palliatieve zorg	80	87
Voorlichting, advisering, meedenken	86	85
Keuze bij hoogte van eigen risico	86	82
Solidariteit met financieel zwakkeren	70	80
Prettige contacten met personeel	79	73
Beeld dat men van maatschappij heeft	70	72
Levensbeschouwing van verzekeraar	30	70

De parallel met het onderzoek naar 'De vraag naar christelijke zorg'² dringt zich hierbij op. Ook in dat rapport werd geconstateerd dat de doelgroep in wezen hetzelfde wil als de referentiegroep, maar dat men in aanvulling daarop een aantal andere aspecten belangrijk vindt. Het is bijna vanzelfsprekend: een goede dekking van de ziektekosten is voor iedereen het belangrijkste aspect – CU/SGP achterban of niet. Die dekking moet zich ook vertalen in een snelle en correcte afwikkeling. Verder wil niemand natuurlijk te veel betalen, dus de hoogte van de premie speelt eveneens een belangrijke rol.

De aanvullende wensen van de doelgroep zijn heel duidelijk: de waarden en normen die de verzekeraar hanteert, met name ten aanzien van de beschermwaardigheid van menselijk leven, hebben een prominente plaats. Ook geldt – maar dan op een lager niveau – dat solidariteit met de financieel minder draagkrachtigen bij de doelgroep op relatief veel sympathie kan rekenen.

Opvallend is nog het belang van de levensbeschouwing van de zorgverzekeraar. Hoewel deze bij de doelgroep op de laagste plaats staat (met toch nog 70%), is het verschil met de referentiegroep enorm (bij hen 30%).

Met name de beschermwaardigheid van menselijk leven (dat onderdeel is van de waarden en normen die met name de christelijke zorgverzekeringen hanteren) is dus een belangrijk aspect wat de doelgroep aanspreekt. Voldoet men als zorgverzekeraar aan dat criterium, dan zal dit bij de doelgroep veel sympathie teweeg brengen. Als randvoorwaarde geldt echter wel dat ook deze zorgverzekeraars zich niet negatief onderscheiden van primaire vereisten die men aan een zorgverzekeraar stelt. Met andere woorden: de dekking van ziektekosten en de hoogte van de premie mag niet te veel afwijken van de andere 'algemene' zorgverzekeraars.

De bereidheid om over te stappen naar een maatschappij die een voorzieningenpakket heeft dat is aangepast aan de geloofsovertuiging van leden van de achterban van CU/SGP is groot: maar liefst de helft van de doelgroep geeft van deze bereidheid blijk. Jongeren en ouderen in ongeveer gelijke mate. Wanneer men niet daartoe bereid is, dan is de meest genoemde reden (63%) dat men over de huidige zorgverzekeraar tevreden is. Andere argumenten die genoemd worden zijn 'ben collectief via mijn werkgever verzekerd' (12%) en 'heb geen zin in administratieve rompslomp die een overstap met zich meebrengt' (12%).

Tabel 7 | Hoeveel bereid per maand extra te betalen?

			Achterban van CU/SGP
			%
NIETS			26
Maximaal	f 25,-	(€ 11,34)	21
Maximaal	f 50,-	(€ 22,69)	15
Maximaal	f 75,-	(€ 34,03)	3
Maximaal	f 100,-	(€ 45,38)	1
Zoveel als noodzakelijk is			23

(Het onderzoek vond plaats vóór intrede van de euro).

Natuurlijk is het zo dat bereidheid uitspreken nog niet hetzelfde is als deze bereidheid ten uitvoer brengen – enige mate van sociale wenselijkheid komt hier ongetwijfeld om de hoek kijken - maar hoe dan ook: het niveau van deze bereidheid is bijzonder hoog.

De bereidheid wordt minder vrijblijvend wanneer men er de vraag aan verbindt óf, en hoeveel, een dergelijke zorgverzekering extra mag kosten. Daarbij richten we ons vanzelfsprekend alleen op degenen die aangeven bereid te zijn om over te stappen. Uit tabel 7 kan worden afgeleid dat circa driekwart (74%) van degenen, die bereid zijn om over te stappen, minimaal f 25,- (€ 11,34) per maand voor een dergelijke zorgverzekering extra bereid is te betalen.

4. Waarden en normen - geloofsovertuiging

In de vorige paragraaf is veel gesproken over de normen en waarden die een christelijke zorgverzekeraar hanteert. In deze paragraaf wordt ingegaan op de inhoud van deze normen en waarden. Wanneer het gaat om medische ingrepen waartegen men bezwaar kan maken, is het niet verwonderlijk dat er een flink verschil bestaat tussen de doelgroep en de referentiegroep. De belangrijkste verschillen gelden ten aanzien van euthanasie, abortus provocatus en geslachtsveranderende ingrepen (zie tabel 8).

Tabel 8 | Medische ingrepen waartegen morele bezwaren bestaan

	Geheel Nederland	Achterban van CU/SGP
	%	%
Abortus provocatus	17	92
Euthanasie	10	90
Geslachtsveranderende ingrepen	22	77
Gentherapie	12	45
Cosmetische chirurgie	18	30
Reageerbuisbevruchting	6	23
Vruchtwaterpunctie	2	21
Anticonceptiepil	1	14
Inentingen/vaccinaties	0	5
Andere ingrepen	0	0
GEEN bezwaar tegen deze behandelingen	54	3
Weet niet	4	0

Moet een zorgverzekeraar begrip hebben voor de levensbeschouwing/geloofsovertuiging van de verzekerde of moet deze ook gedeeld worden door de zorgverzekeraar? Het orthodox-christelijke bevolkingsdeel vindt het (veel) belangrijker dat een zorgverzekeraar begrip en respect toont voor haar geloofsovertuiging (89%), dan dat deze ook daadwerkelijk hun geloofsovertuiging deelt (28%). Toch vormt de laatste groep waarschijnlijk het belangrijkste potentieel voor christelijke zorgverzekeraars. Dat is op te maken uit het feit dat juist degenen die gekozen hebben voor christelijke zorgverzekeraars als Pro Life Zorgverzekeringen en DVZ Zorgverzekeringen deze vraag in grote mate bevestigend beantwoorden (tabel 9). Het gaat hier om kleine aantallen onder-vraagden; de volgende uitkomsten geven daarom alleen een indicatie van de orde van grootte.

Tabel 9 | Aandeel van verzekerden bij DVZ en Pro Life dat delen van geloofsovertuiging belangrijk vindt

	%
Verzekerden bij DVZ Zorgverzekeringen	62
Verzekerden bij Pro Life Zorgverzekeringen	57

Dan nóg is het niet voldoende dat de geloofsovertuiging gedeeld wordt, men vindt tevens dat deze gedeelde geloofsovertuiging op een of andere manier tot uiting moet komen. Met name geldt dat voor de inhoud van het aangeboden verzekeringspakket en het aanbod van de medische voorzieningen (wat deels op hetzelfde neerkomt). Ook door de identiteit en de kwaliteit van de aangetrokken zorginstellingen kan men zich onderscheiden (zie tabel 10).

Tabel 10 | Wijze waarop de christelijke identiteit bij een zorgverzekeraar tot uitdrukking moet komen

	Achterban van CU/SGP
	%
Inhoud van aangeboden verzekeringspakket	76
Verzekerde medische voorzieningen	71
Identiteit en kwaliteit aangetrokken zorginstellingen	59
Identiteit en kwaliteit medisch personeel	42
Het beeld/de naam van de verzekeringsmaatschappij	32
Levensovertuiging van werknemers	29
Levensovertuiging van merendeel van klanten	12

Voor velen (41%) van degenen, die van mening zijn dat de zorgverzekeraar de geloofsovertuiging moet delen, betekent dit concreet dat zaken als abortus provocatus en euthanasie niet moeten worden verzekerd.

5. Samenvatting

Het (markt)aandeel van christelijke zorgverzekeringen onder de doelgroep is gering: Pro Life Zorgverzekeringen is met 4% de grootste; DVZ Zorgverzekeringen mag 2% van de doelgroep tot haar klanten rekenen. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat circa 40% van de doelgroep (voor de referentiegroep is het weinig anders) volledige keuzevrijheid had ten aanzien van de zorgverzekering. Het is zonder meer opvallend dat de klandizie van Pro Life Zorgverzekeringen en DVZ Zorgverzekeringen volledig afkomstig is uit de groep die een eigen keuze heeft kunnen maken. Binnen deze groep heeft Pro Life Zorgverzekeringen een aandeel van 9% en DVZ Zorgverzekeringen van 4%. Degenen die bewust hebben gekozen voor één van deze zorgverzekeringen noemen de levensbeschouwing van de zorgverzekeraar het belangrijkste argument om daar de zorgverzekering af te sluiten. Andere maatschappijen worden door de doelgroep vanuit meer 'rationele' argumenten als prijs en samenstelling van pakket gekozen.

Welke keuze zou men maken wanneer men opnieuw een zorgverzekering zou moeten afsluiten? Belangrijk is dan dat de CU/SGP-achterban dezelfde eisen stelt aan een zorgverzekering als de referentiegroep: een goede dekking van ziektekosten, een snelle en correcte afhandeling en de hoogte van de premie zijn voor beide groepen even belangrijk. De doelgroep heeft echter een aantal aanvullende wensen. Normen en waarden die de zorgverzekering hanteert, in het bijzonder ten aanzien van de beschermwaardigheid van het leven, zijn voor hen – anders dan bij de controlegroep – zeer belangrijke keuzeaspecten.

De bereidheid om over te stappen op een zorgverzekering die de levensbeschouwing deelt, is groot. Ruim de helft (jongeren en ouderen in gelijke mate) zegt te willen overstappen naar zo'n zorgverzekering. Een vraag in een onderzoek naar bereidheid heeft vaak te lijden onder enige mate van sociale wenselijkheid. Men zegt makkelijker 'ja', dan dat men daadwerkelijk de stap zet. Zelfs met dat in het achterhoofd blijft het niveau van bereidheid erg hoog; driekwart van degenen die zouden willen overstappen hebben er zelfs een extra bedrag van minimaal f 25,- (€ 11,34) voor over.

In dit onderzoek gaat het vaak over het delen van de waarden en normen die inherent zijn aan de levensbeschouwing (voor de doelgroep lees: geloofsovertuiging). De belangrijkste boodschap die

een christelijke zorgverzekeraar in dit verband moet uitdragen is de beschermwaardigheid van menselijk leven. Concreet betekent dit dat euthanasie en abortus provocatus buiten het verzekeringspakket dienen te vallen.

Noten

- 1 De betreffende verzekeraars willen zich weliswaar richten op de gehele Nederlandse bevolking, maar feitelijk hebben alleen particulier verzekerden keuzevrijheid inzake samenstelling van hun pakket. Dit betreft ongeveer 30% van de bevolking; hiervan is echter omstreeks de helft verzekerd via een collectief contract dat vaak de keuzevrijheid (enigszins) belemmert. Een volledig vrije keus heeft tot nu toe dus slechts ongeveer 15% van de bevolking. Daar komt nog bij dat het verstrekkingenpakket alleen over het tweede compartiment van de zorgverzekering gaat, en niet over de AWBZ. Laatstgenoemde verzekering, waaronder met name de identiteitsgebonden zorginstellingen vallen, is een volksverzekering en daarvoor is in het huidige systeem de verzekeraarskeuze niet relevant. Al met al bestaat voor slechts 8-10% van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg relevante keuzevrijheid t.a.v verzekeraar (zie ook hoofdstuk 1, tabel 1).
- 2 Zie: Lammerts van Bueren, W. De vraag naar christelijke zorg. Een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep 'Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte'. Amsterdam: Nipo rapport A-78907, 8 augustus 2001.

HOOFDSTUK 5

**KIEZEN MET ZORG,
NAAR MEER KEUZEVRIJHEID IN HET ZORGSTELSEL****1. Inleiding**

In hoofdstuk 2 hebben we een normatief kader gepresenteerd voor een zorgstelsel dat beantwoordt aan een christelijke visie op de gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 zijn enkele belangrijke visies op een nieuw zorgstelsel kort weergegeven. Daaruit wordt duidelijk waarover in dit verband momenteel de discussies gaan.

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten vermeld van een door het NIPO gehouden enquête naar de opvattingen van mensen met een (orthodox) christelijke geloofsovertuiging over de wenselijkheid van de mogelijkheid te kiezen voor een christelijk-verantwoord zorgvoorzieningenpakket. In dit hoofdstuk willen we de gegevens van de vorige hoofdstukken integreren in een schets van contouren van een christelijke visie op het zorgstelsel en in een bespreking van de vraag in hoeverre er mogelijkheden lijken te bestaan voor een aanbod van een christelijk-verantwoorde zorgpolis. Daarbij wijzen wij erop dat in de christelijke benadering die wij voorstaan, wij niet primair het onderscheid zoeken met wat anderen vanuit een andere geloofs- en levensovertuiging wenselijk achten. Wij trachten in alle bescheidenheid te formuleren wat naar ons inzicht beantwoordt aan onze christelijke geloofsovertuiging. Het is heel wel mogelijk, zelfs waarschijnlijk, dat onze visie op verscheidene punten overeenkomt met wat vanuit andere visies naar voren wordt gebracht. Het zou ons in elk geval genoegen doen.

2. Naar een christelijke visie op het zorgstelsel**2.1 Ijkkpunten van een christelijke visie op het zorgstelsel**

Op basis van het in hoofdstuk 2 geboden normatieve kader kan gesteld worden dat vanuit een christelijke benadering van het zorgstelsel de volgende normatieve ijkkpunten cruciaal zijn:

- het stelsel behelst een belangrijke mate van solidariteit; dit beïnvloedt de omvang van het basispakket en de wijze van bekostiging;
- het stelsel kent een verzekerplicht, een acceptatieplicht en een zorgplicht voor een basispakket;
- het zorgstelsel moet gepast gebruik van zorg bevorderen door een adequate indicatiestelling door zorgverleners en verantwoord gebruik door de zorggebruikers te bevorderen;
- het stelsel biedt de patiënt op verschillende punten keuzevrijheid, onder meer om mede op grond van levensbeschouwelijke overwegingen keuzes te kunnen maken met betrekking tot de aanbieder en de zorg.

Tussen de eisen van solidariteit en keuzevrijheid kan een spanning bestaan.¹ Dit is bijvoorbeeld te zien in de keuzes die gemaakt zijn door de SER en het kabinet: de SER kiest vanwege de nadruk op keuzevrijheid voor pakketdifferentiatie en het kabinet kiest vanwege de nadruk op solidariteit voor één wettelijk verzekerd pakket. We komen hierop terug.

Aan de hand van de relaties die een centrale rol spelen in de gezondheidszorg zal in onderstaande paragraaf een door ons wenselijk geachte inrichting van het zorgstelsel verder worden besproken. Daarna zullen de contouren van een christelijk zorgstelsel beschreven worden en zal een voorstel voor de omvang van het pakket gedaan worden.

2.2 Inrichting van het zorgstelsel

Voorafgaand aan de bespreking van de inrichting van het zorgstelsel willen we opmerken dat we positief staan tegenover de voorstellen van het kabinet om te komen tot een algemene verzekering curatieve zorg en - op termijn - de integratie van de algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ. Dit neemt niet weg dat op enkele punten de zorg van het eerste (AWBZ) en het tweede compartiment een verschillende behandeling in het zorgstelsel vraagt. Verder verschilt onze visie op de concrete uitwerking van de integratie van het eerste en het tweede compartiment in één basisverzekering op diverse punten van de kabinetsplannen. In deze paragraaf zal hierop verder ingegaan worden.

A) DE PATIËNT-ZORGVERLENER RELATIE

Taak van de zorgverlener ten opzichte van de patiënt

De zorgverlener (i.h.b. de arts, wiens werk het moeilijkst is te beoordelen door de patiënt) moet zich onverdeeld inzetten voor het gezondheidsbelang van de patiënt, zorg van goede kwaliteit bieden en respect hebben voor de patiënt. Respect voor de patiënt houdt in: respect voor het leven en de waardigheid van de mens, vertrouwelijkheid, keuzevrijheid en verantwoordelijkheid (autonomie).

Concurrentie tussen zorgverleners

In de relatie tussen patiënt en zorgverlener is geen plaats voor prijsconcurrentie oftewel winstoogmerk, omdat dan financiële belangen van de zorgverlener, de instelling of de samenleving direct de professionele beslissing beïnvloeden. Dit is in strijd met de onverdeelde inzet voor het gezondheidsbelang van de patiënt en zal van negatieve invloed zijn op de vertrouwensrelatie tussen de behandelaar en patiënt. Bij concurrentie tussen zorgverleners bestaat tevens de kans dat de zorgverleners nieuwe kennis voor zichzelf houden en minder patiënten zullen doorverwijzen naar collega's. Ook kan er 'case selectie' ontstaan (de behandelaar helpt alleen de 'goede' gevallen, die hem het minste geld en tijd kosten).

De sterker wordende visie dat zorg als een primair economische activiteit wordt gezien en behandeld, achten wij geen goede zaak. In het stelsel dient dus geen plaats te zijn voor prijsconcurrentie tussen zorgverleners. Om dezelfde reden achten wij een honorering die geheel is gebaseerd op een verrichtingentarief ongewenst. Bekostiging van de zorg op basis van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) kan een aanvaardbaar alternatief zijn. Wel dient dan een goede kwaliteitscontrole te bestaan om onderbehandeling te voorkomen. Het is dus wel een goede zaak dat zorgverleners worden geprikkeld tot concurrentie op kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld door verzekeraars de mogelijkheid te geven om zorgverleners die voortdurend zorg van slechte kwaliteit bieden niet (meer) te contracteren, zodat de zorg van die zorgverlener niet wordt vergoed. Een voorwaarde voor dergelijke kwaliteitscontrole is wel dat de beroepsgroep zich open en toetsbaar opstelt, iets wat tot nu toe vaak onvoldoende het geval is. De beschikbaarheid van transparante en verifieerbare informatie speelt daarbij tevens een belangrijke rol.

Concurrentie tussen zorginstellingen

Concurrentie tussen zorginstellingen is (binnen grenzen) acceptabel. Zo kan er concurrentie plaatsvinden op prijs doordat instellingen bijvoorbeeld efficiënt werken en daardoor een lagere prijs vragen dan hun concurrent. Maar concurrentie tussen instellingen mag zich niet doorvertalen in prijsconcurrentie tussen artsen, en de professionele autonomie van de arts (in de zin van behandelvrijheid volgens de medisch-professionele standaard) moet in stand gehouden worden. Verder lijkt het ons ook ongewenst als instellingen, met name ziekenhuizen, zich onder de tucht van de markt gaan specialiseren in een zeer beperkt aanbod waarop (veel) winst wordt gemaakt. Het nestelen in 'niche markets' van deze instellingen heeft namelijk tot gevolg dat instellingen met een generiek zorgaanbod structureel op achterstand staan en geen kruissubsidiëring van

winstgevende naar verliesgevende behandelingen kunnen toepassen. Men zou in dit verband zelfs kunnen bepleiten dat instellingen van een bepaald type, bijvoorbeeld ziekenhuizen, gehouden zijn aan een soort 'basispakket' van activiteiten.

Keuzevrijheid

Keuzevrijheid van de patiënt voor een zorgverlener of instelling is, vooral met het oog op vertrouwen en op de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt, van centraal belang in de gezondheidszorg. Het vertrouwen speelt vooral (maar niet uitsluitend) in de curatieve zorg. De kwaliteitservaring van de patiënt betreft, vooral in de AWBZ-zorg (de care), ook de levensbeschouwelijke identiteit van de zorgaanbieder. Uit onderzoek is gebleken dat zorggebruikers met een christelijke geloofsovertuiging ten aanzien van de care een sterke voorkeur hebben voor christelijke instellingen.² Het in het vorige hoofdstuk gerapporteerde onderzoek laat zien dat een meerderheid van geïnteresseerden in een christelijk zorgvoorzieningspakket van mening is dat de christelijke identiteit tot uiting dient te komen in de identiteit en kwaliteit van aangetrokken zorginstellingen (zie tabel 10). Voor het optimaal kunnen benutten van de keuzevrijheid is het nodig dat een patiënt de beschikbaarheid van zorg, de variatie in het aanbod en de kwaliteitsverschillen kan overzien. Regionalisering in de organisatie en financiering van de zorg mag dan ook in geen geval de keuzevrijheid van de patiënt beperken.

Zorgketen

De ontwikkelingen in de organisatie van de zorg en in de technologie leiden ertoe dat meer nadruk komt te liggen op samenhang en afstemming in de zorgketen, waarin de patiënt centraal staat. Volgens het kabinet zal het zorg- en verzekeringsstelsel zo moeten worden ingericht dat het die ontwikkeling stimuleert en niet belemmert. Wij zijn het daarmee eens. Maar in de keten moet voor de patiënt keuzevrijheid mogelijk blijven. Een patiënt moet zelf kunnen kiezen voor een instelling waar hij zorg wil krijgen. In een keten die bestaat uit een beperkt aantal aanbieders per zorgvorm die uitsluitend naar elkaar doorverwijzen, heeft de patiënt die keuzemogelijkheid niet. Daarom moet de keten primair niet instellingsgebonden, maar functiegebonden worden ingericht. Iedere instelling die zorg van nader omschreven kenmerken en kwaliteit biedt, dient in principe betrokken te kunnen worden tot zorgketens.

B) DE VERZEKERAAR-ZORGAANBIEDER RELATIE

Taak van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieder

Op basis van zijn zorgplicht maakt de verzekeraar afspraken met zorgaanbieders, zowel instellingen als (collectieven van) zorgverleners om te bewerkstelligen dat zorg voor verzekerden beschikbaar is. Hierin is vrijheid belangrijk. Tevens is van belang dat de contractering van de zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk plaatsvindt. Cruciaal hiervoor is dat er qua omvang en variatie voldoende aanbod van zorg kan ontstaan, zodat de zorg ingekocht kan worden op basis van een goede prijs-kwaliteitvergelijking. Hiervoor is weer noodzakelijk dat de huidige situatie van zorgschaarste moet worden omgebogen naar een toereikende capaciteit van het zorgaanbod.

'Preferred provider' arrangementen en keuzevrijheid

Door enkele instanties is voorgesteld om 'preferred provider'-arrangementen in te voeren, waarbij de verzekerde moet kiezen uit een beperkt aantal aanbieders die zijn verzekeraar heeft geselecteerd. Wij zetten daar vraagtekens bij. Voorkomen moet worden dat de verzekeraar slechts enkele aanbieders selecteert en dat zo de keuzevrijheid van de patiënt beperkt wordt. Ook moet worden voorkomen dat kleine en nieuwe zorgaanbieders geen toegang hebben tot de markt, of dat zij zelfs door de grote instellingen uit de markt worden gedrukt. Op die wijze zou een oligopolie ontstaan en dat is niet alleen vanuit de zorgvrager ongewenst, maar ook vanuit het oogpunt van de concurrentie als zodanig. Wel achten wij het terecht dat de verzekeraars alleen erkende zorgaanbieders contracteren die - eventueel na een overgangstermijn - aantoonbaar zorg van goede

kwaliteit bieden³ en aan kwaliteitsborging doen. Alleen om zwaarwegende redenen, zoals het leveren van zorg van slechte kwaliteit en principiële overwegingen mogen erkende zorgaanbieders van contractering worden uitgesloten. Wel achten wij het acceptabel dat de verzekeraars de mogelijkheid krijgen door een beperkt bonusmalus systeem de instellingen zo nodig tot kwaliteitsverbetering aan te sporen. Daarbij dient de kwaliteit dan wel op onafhankelijke wijze te worden vastgesteld.⁴ Kortom, als regel dienen alle instellingen gecontracteerd te worden. Uitsluiting van zorgaanbieders dient alleen op kwalitatieve gronden plaats te vinden. Wel is het denkbaar dat verzekerden premiekorting krijgen wanneer zij gebruik maken van een aantal 'preferred providers', maar dat mag er dus niet toe leiden dat andere, bijvoorbeeld kleine zorgaanbieders of instellingen met een specifieke identiteit, worden uitgesloten.

Indicatiestelling en de rol van de verzekeraar

De indicatiestelling en de zorgtoewijzing moeten in de cure sector volgens de professionele standaard plaatsvinden en is dus in handen van de zorgverlener voor wat betreft de benodigde professionele zorg. In de care sector moet de indicatiestelling plaatsvinden door een onafhankelijke commissie (zoals nu in principe het geval is). De zorgverzekeraar dient hier in beide gevallen buiten te blijven. Bij de indicatiestelling dient de wens van de patiënt voor wat betreft levensbeschouwelijke identiteit van de zorgvoorziening verdisconteerd te worden. De professie moet de indicatiestelling scherp formuleren, zodat onnodige zorg voorkomen wordt. Het is de taak van de verzekeraars (en de overheid) om vervolgens te bevorderen en te bewaken dat een goede zorgtoewijzing en zorgverlening tot stand komen, bijvoorbeeld door te bevorderen dat door zorgverleners zoveel mogelijk⁵ 'evidence based medicine and nursing' wordt geboden.

Persoongebonden financiering

In de plannen van het kabinet voor veranderingen in de sturing van de zorg speelt uitbreiding van het persoongebonden budget (PGB) een belangrijke rol. Aan de ene kant schept het PGB keuzemogelijkheden voor zorg op maat, omdat ieder zelf zorg kan inkopen die bij hem past. Daarmee biedt het ook mogelijkheden om voor identiteitsgebonden zorg te kiezen en die mogelijk te maken. Aan de andere kant kan door het PGB de zorg erg in functioneel omschreven activiteiten worden verknipt. Dan dreigt de samenhang en morele integriteit van de zorgverlening verloren te gaan. De vraag is bijvoorbeeld wie de kwaliteit van de zorg voor niet wilsbekwame patiënten controleert. In de praktijk blijkt het PGB nog wel eens een overschatting te zijn van wat de gebruiker kan overzien. Het komt bijvoorbeeld voor dat mensen hun jaarbudget in oktober al hebben opge maakt, waardoor bijzonder vervelende en pijnlijke situaties kunnen ontstaan, niet in het minst voor de zorgverlener. Het PGB kan tevens leiden tot commercialisering van het vrijwilligerswerk, waardoor de bereidheid tot belangeloze naastenzorg ondermijnd wordt. We verleren dan als samenleving ons voor hulpbehoevende mensen in te zetten omwille van henzelf en niet om daar zelf financieel beter van worden. We achten dit een onwenselijke ontwikkeling, ook al realiseren we ons goed dat zorgvragers het in onze samenleving vaak niet prettig vinden van de 'goedheid' van anderen afhankelijk te zijn en juist door een PGB meer het gevoel hebben zelf de regie over hun leven te voeren. Een beter alternatief voor persoongebonden financiering is in veel situaties het persoonvolgend budget (PVB). In de PVB-systematiek heeft de patiënt minder beschikkingsmacht dan bij het PGB, maar hoeft de patiënt ook minder zelf te regelen. Het PVB-budget wordt namens de patiënt beheerd door de zorgaanbieder. De patiënt kan met zijn PVB de zorg regelen bij zorgverleners en instellingen van eigen keuze, mits deze erkende zorgaanbieders zijn. Een voorwaarde voor een goede werking van dit systeem is dat er een voldoende ruim toelatingsbeleid is, zodat het aanbod niet te beperkt is en er keuzevrijheid is voor de patiënt.

C) DE VERZEKERAAR-VERZEKERDE RELATIE

Acceptatieplicht

Cruciaal in het nadenken over zorgverzekeringen is het verschil tussen schadeverzekering (indivi-

dueel gericht) en sociale verzekering (maatschappijgericht). Naarmate er meer sociale doelen worden nagestreefd (hogere solidariteit), worden de mogelijkheden voor marktwerking minder. Volledige marktwerking sluit een acceptatieplicht uit. Maar acceptatieplicht is nodig om toegankelijkheid voor ten minste een basispakket te garanderen. Als er geen acceptatieplicht is, zullen verzekeraars proberen de 'slechte risico's' zoals chronisch zieken en ouderen te weren. Acceptatieplicht heeft echter ook een keerzijde. Een eerste gevolg is dat het verzekeraars aanzet tot premie-differentiatie naar risicoklassen. Dit zou kunnen betekenen dat chronisch zieken en ouderen onaanvaardbaar hoge premies moeten betalen. Een ander gevolg van een acceptatieplicht zou kunnen zijn dat de kwaliteit onder druk komt te staan, omdat verzekeraars toch 'winst' willen maken en daarom zo goedkoop mogelijk gaan werken. Om zorg van goede kwaliteit te garanderen, is dan ook onafhankelijke controle op kwaliteit nodig. Om te voorkomen dat verzekeraars (die verplicht zijn iedereen die zich aanmeldt te verzekeren) in financiële problemen komen, zou kunnen worden besloten dat de verzekeraars geen financiële verantwoordelijkheid hebben voor de moeilijk verzekerbare risico's. Dit zou vorm kunnen krijgen via een vereveningssysteem die bijvoorbeeld door de SER is voorgesteld.

Taak van de verzekeraar ten opzichte van de verzekerde

Verzekeraars dienen tot op zekere hoogte belangenbehartigers te zijn van verzekerden. Ze voeren hun verzekering uit en dienen daarbij een zorgplicht te hebben om de in de polis omschreven voorzieningen te leveren. Zo moet de verzekeraar zorgen dat de patiënt bij de goede zorg terecht komt. Op die manier kan aan wachtlijstbeheer worden gedaan en kan bijvoorbeeld de 'verkeerde bed'-problematiek tegengegaan worden.

Als de verzekerde niet direct de gewenste zorg kan krijgen, zal hij (vanwege de zorgplicht van verzekeraars) via de verzekeraar proberen die zorg toch te krijgen. Van de verzekeraar mag verwacht worden dat hij bij de uitvoering van zijn taak blijkt geeft van betrokkenheid bij en inleving in de belangen van de verzekerde. Vanuit christelijk perspectief denken we hier ook aan het geleidelijk aan opvullen van de kloof die bestaat tussen de omvang van dat deel van de bevolking dat graag (orthodox-)christelijke zorg zou willen, m.n. in de care, (ongeveer 4,5%) en het deel dat die zorg ook krijgt (ongeveer 1 %).⁶

Het NIPO-onderzoek heeft uitgewezen dat verzekerden ook de administratieve uitvoering en de afhandeling van declaraties van grote betekenis vinden. Het gaat hier om een taak die vaak onbelicht blijft, maar die voor de verzekerden als cruciaal wordt ervaren als het gaat om de kwaliteit van de zorgverzekering en de eventuele motivatie om van verzekeraar te veranderen.

Concurrentie tussen verzekeraars

Tussen verzekeraars kan concurrentie plaatsvinden op prijs en kwaliteit voor wat betreft zowel een verplicht basispakket als de aanvullende vrijwillige pakketten. Verzekeraars kunnen door bijvoorbeeld efficiënt te werken een lagere (nominale) premie vragen dan de concurrent en zo verzekerden proberen te trekken. Zoals we hierboven hebben gezien, kan het wenselijk zijn dat voor moeilijk verzekerbare risico's een systeem van risicodeling wordt geïntroduceerd, waardoor een deel van de premie tussen verzekeraars wordt verevend.

Uit het NIPO-onderzoek blijkt dat voor verzekerden voorlichting, advisering en meedenken belangrijke aspecten zijn bij de keuze voor een zorgverzekeraar (zie hoofdstuk 4, tabel 6). In de toekomst kan voor de verzekeraars belangenbehartiging dan ook een onderscheidend vermogen worden. Het is daarmee een belangrijk aspect waarop geconcentreerd kan worden. Wel moet hierbij rekening gehouden worden met het feit dat het economische belang van de verzekeraar blijft bestaan en dat dus de rol van alleen belangenbehartiging niet mogelijk is.

Nominalisering van de premie

Om concurrentie tussen verzekeraars mogelijk te maken is een verdergaande nominalisering van de premie nodig. Een volledig nominale premie werkt als een (prijsconcurrentie)prikkel voor de verzekeraars. De patiënt kan zo namelijk beter de prijs-kwaliteitverhouding overzien dan wanneer er inkomensafhankelijke premies worden geheven. Wel is het bij volledige nominalisering van de premie cruciaal en een conditio sine qua non dat inkomenssolidariteit via het belasting- of sociale verzekeringsstelsel wordt gerealiseerd.

In het kader van de keuzevrijheid van de verzekerde moet het in de cure sector ook mogelijk zijn te kiezen voor een eigen risico binnen een bepaalde bandbreedte. In de care sector kunnen de eigen betalingen, zoals die nu in de AWBZ plaatsvinden, gehandhaafd blijven.

Keuzevrijheid inzake verzekeraar en pakket

Een voorwaarde voor goed werkende concurrentie op de prijs-kwaliteitverhouding is dat er keuzevrijheid voor de verzekerde is ten aanzien van een verzekeraar. Dit is nu vaak feitelijk nog niet het geval. Zo kunnen bij het afsluiten van collectieve contracten mensen belemmerd worden in hun keuzevrijheid. Mensen onttrekken zich namelijk in veel gevallen niet aan collectieve verzekeringen vanwege sociale druk of premieverschillen en hebben als gevolg van hun deelname aan een collectieve verzekering geen keuzevrijheid inzake hun pakket. Wanneer dan ook nog het zgn. 'preferred provider'-systeem wordt ingevoerd (waar wij niet voor zijn) dan kan ook de keuze voor zorgverleners sterk belemmerd worden. Tevens dient hierbij opgemerkt te worden dat de praktijk van het heffen van lagere premies op grond van collectiviteit betwistbaar is, omdat de mensen die die collectieve polis hebben (met een lagere premie dan een gewone polis) op oneigenlijke gronden bevoordeeld worden. In elk geval zal nader bepaald moeten worden aan welke eisen collectieve contracten dienen te voldoen.

Uit het NIPO-onderzoek blijkt dat met name een goede dekking van ziektekosten, een snelle en correcte afhandeling en de hoogte van de premie een belangrijke rol spelen bij de vrije keuze voor een zorgverzekeraar. Voor het orthodox-christelijke bevolkingsdeel geldt dat men daarnaast ook de normen en waarden die de verzekeraar hanteert belangrijk vindt (zie hoofdstuk 4, tabel 6). Men vindt dat de christelijke identiteit van de verzekeraar met name tot uitdrukking moet komen in de inhoud van het verzekeringspakket en de verzekerde medische voorzieningen (zie hoofdstuk 4, tabel 10). Omstreeks de helft van de mensen uit deze groep geeft aan dat ze, als ze keuzevrijheid zouden hebben, bereid zouden zijn om over te stappen naar een verzekeraar die een verzekeringspakket heeft dat aansluit bij hun levensovertuiging. Van deze bereid-tot-overstappen groep zou driekwart minstens ca. € 12,- (f 25,-) per maand extra willen betalen voor een hun passend pakket. Leden van de onderzochte christelijke doelgroep willen dus graag een verzekeraar die een pakket biedt dat is aangepast aan hun geloofsovertuiging, maar konden die tot nu toe in veel gevallen nog niet kiezen. Van belang is dan ook dat het zorgstelsel ruimte biedt aan verzekeraars om (onder meer) op levensbeschouwelijke gronden gedifferentieerde pakketten (basispakket en aanvullende pakketten) aan te bieden.⁷ Het pakket dat is aangepast aan hun levensovertuiging moet blijkens het NIPO-onderzoek onder meer geen abortus provocatus, geen euthanasie en geen geslachtsveranderende ingrepen bevatten, maar vooral wel goede palliatieve zorg (zie hoofdstuk 4, tabel 8).⁸

2.3 Contouren van een christelijk-verantwoord zorgstelsel

Het bovenstaande samenvattend komen wij tot de volgende contouren van een christelijk-verantwoord zorgstelsel.

a) Het zorgstelsel moet dienstbaar zijn aan de zorgverlening en moet dus geen verkeerde prikkels (tot te weinig zorg of overbehandeling) geven. Financieel-economische overwegingen moeten onmiskenbaar een rol spelen, maar mogen niet allesbepalend zijn. Primair in de zorg behoort het

gezondheidsbelang van de patiënten te staan en derhalve zorg van goede kwaliteit. Daarnaast dienen ook andere waarden zoals toegankelijkheid, solidariteit en rechtsgelijkheid gestalte te krijgen in de zorg. Zorgpakketten mogen niet uitgehold worden ten voordele van mensen in bepaalde persoonlijke levensomstandigheden (bijvoorbeeld verloskundige zorg eruit voor mensen voor wie dat niet (meer) van toepassing is, of 'niet roken'-polis). Ook moeten instellingen geen winstoogmerk hebben zoals een 'gewone' economische onderneming. Wij menen dat zij bij voorkeur ondernemingen moeten zijn met een not-for-profit karakter. Zo kan ervoor gezorgd worden dat de instellingen marges hebben om te overleven, maar wordt voorkomen dat ze bijvoorbeeld kennis voor zichzelf houden of veel geld besteed gaat worden aan reclameactiviteiten. We hebben dan ook sympathie voor het voorstel van het CDA waarin ervoor wordt gepleit dat instellingen maatschappelijke ondernemingen zijn.

b) Het zorgstelsel moet garanderen dat voor wat betreft noodzakelijke zorg (opgenomen in een zogenaamd basispakket) zorgvoorzieningen voor iedereen⁹ fysiek en financieel bereikbaar zijn.¹⁰ Ter wille van de solidariteit (bijvoorbeeld ter voorkoming van uitholling van risicosolidariteit door bijvoorbeeld vergrijzing of concurrentie) dienen verplichte basispakketten tamelijk breed te zijn. Zonder in details te treden willen we wel opmerken dat wij menen dat huisartsenzorg in het verplichte basispakket dient te worden opgenomen ter ondersteuning van de eerstelijns functie (poortwachterrol). Omdat wonen op zichzelf geen zorgfunctie is, menen wij met anderen dat dit uit het basispakket van zorgvoorzieningen gehaald kan worden. (Uiteraard met handhaving van bovengenoemde eis van toegankelijkheid van noodzakelijke zorg). Wij zijn voorstander van integratie van de zorg van het eerste en het tweede compartiment. Of het wenselijk is om daarbij enige differentiatie in de financieringssysteematiek voor de beide typen van zorg aan te brengen, is wat ons betreft een uitvoeringskwestie.

c) Het zorgstelsel moet keuzevrijheid bieden aan cliënten ten aanzien van verzekeraars en van voorzieningenpakketten en aan patiënten ten aanzien van zorgaanbieders. Ten aanzien van voorzieningenpakketten betekent dit dat wij pleiten voor een zekere differentiatie in basispakketten zodat mensen mede op grond van geloofsovertuiging en ethische opvattingen een hun passend pakket kunnen kiezen. Met name ethisch omstreden zaken als abortus provocatus, euthanasie en geslachtsaanpassende ingrepen dienen niet verplicht in een eenduidig basispakket opgenomen te worden. Daarnaast moet het mogelijk zijn in een dergelijk identiteitsgebonden basispakket bijvoorbeeld wel extra thuiszorg, gehandicaptenzorg, palliatieve zorg en een levensbeschouwelijk bepaald aanbod van geestelijke gezondheidszorg op te nemen.

d) Het zorgstelsel moet gepast gebruik en goede kwaliteit van zorg bevorderen. Dit kan door concurrentie tussen verzekeraars toe te laten. De concurrentiemogelijkheden kunnen versterkt worden door geleidelijk naar een volledige nominalisering van de premie te gaan. Een rechtstrekken van ongewenste inkomenseffecten via het belasting- of sociale verzekeringsstelsel is hiervoor wel een conditio sine qua non.

Andere instrumenten om gepast gebruik te bevorderen, betreffen het invoeren van beperkte mogelijkheden van eigen risico's voor de cliënt (zoals nu reeds bij particuliere verzekeringen het geval is) en een onafhankelijke controle op de indicatiestelling, de zorgtoewijzing en de zorgverlening. Gezien de druk die door concurrentie op de prijzen kan komen te staan, is een goed kwaliteitsbeleid voor instellingen en zorgverleners onontbeerlijk. Een kwaliteitsonderzoek dient altijd ook de tevredenheid van patiënten/cliënten te onderzoeken, maar kan hiermee niet volstaan. De kwaliteit van met name medische maar ook paramedische en verpleegkundige zorg zijn door de patiënten meestal niet in alle opzichten goed te beoordelen. Onderlinge professionele toetsing van de zorg is noodzakelijk en instellingen dienen een adequaat kwaliteitsbeleid te voeren. Wij achten dit zo belangrijk dat zonder dat dit algemeen is ingevoerd en functioneert, geen verdergaande concurrentie tussen verzekeraars en nog minder tussen instellingen geaccepteerd kan worden.

3. Mogelijkheden voor een christelijke zorgpolis

3.1 Inleiding

In deze paragraaf willen we nog kort bespreken wat op dit moment de mogelijkheden en de haalbaarheid voor verzekeraars lijken te zijn om te komen tot een aanbod van een polis die aansluit bij de wensen van het orthodox-christelijke volksdeel. We onderscheiden hier haalbaarheid in politiek opzicht en haalbaarheid vanuit verzekeraarperspectief.

3.2 Politiek perspectief

In politiek opzicht lijkt de mogelijkheid om te komen tot gedifferentieerde basispakketten nu groter dan tot nu toe het geval is geweest. In de eerste plaats is er een voortgaande discussie over een nieuw stelsel waarin ruimte is voor nieuwe ideeën. Ten tweede is er een algemene tendens om de keuzevrijheid van de burger (cliënt/patiënt) te benadrukken. Er is een omslag gaande van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. De burger dient ruimte te krijgen om zelf keuzes te maken inzake de zorg en de zorgpolis die hij wenst. Daarbij denken beleidsmakers vooral aan financiële (premie, eigen risico) versus kwaliteitsoverwegingen (breedte en diepte van verzekerd pakket). Maar dat sluit een levensbeschouwelijk bepaalde keuze inzake het verzekerde pakket natuurlijk niet uit; integendeel. Ten derde wil de overheid de zorg meer overlaten aan de drie partijen. Als er een groep gebruikers is die een dergelijke keuze wil en de verzekeraars zien er markt in, dan lijkt de overheid nu minder behoefte te hebben dan voorheen om daar een stokje voor te steken. Dit brengt ons bij de haalbaarheid in verzekeringseconomisch opzicht.

3.3 Verzekeraarperspectief

Het NIPO-onderzoek laat zien dat er onder het christelijke bevolkingsdeel een uitgesproken voorkeur bestaat voor de mogelijkheid te kunnen kiezen voor een voorzieningenpakket dat aansluit bij de eigen levensovertuiging en ethische opvattingen en bovendien een niet onaanzienlijke bereidheid om, als zich de reële mogelijkheid voordoet, over te stappen op een dergelijk pakket. Dat op dit moment slechts een relatief klein gedeelte van die groep heeft gekozen voor een verzekeraar die zich met een christelijk-verantwoord pakket profileert (DVZ-Zorgverzekeringen en Pro Life Zorgverzekeringen) heeft diverse redenen. In de eerste plaats geeft het onderzoek aan dat slechts 40 % van die groep een bewuste eigen keuze heeft (kunnen) maken, onder meer omdat men (nog steeds) is aangesloten bij het ziekenfonds waarbij men vroeger verplicht was verzekerd. Verder vermoeden wij (het onderzoek zegt hierover niets) dat een deel van de mensen voor het christelijk-verantwoorde pakket een hogere premie zou moeten betalen dan men nu doet, bijvoorbeeld door uit een collectief contract te stappen, en dat er niet voor over heeft. Daarbij zal voor een deel van de betrokkenen hebben meegespeeld dat men beseft dat de meest omstreden, duidelijk identificeerbare handeling, namelijk abortus provocatus,¹¹ voor zover die in een abortuskliniek plaatsvindt (en dat is de grote meerderheid) wordt betaald uit de AWBZ waaraan toch iedereen meebetaalt. Keuze voor een christelijk-verantwoord pakket is op dat punt dus betrekkelijk, zo zullen sommigen redeneren. Hiertegenover kan worden aangevoerd dat een keuze voor een dergelijk pakket ook een moreel signaal geeft en een morele distantie betekent van de omstreden handelingen. Maar dat is wellicht niet voor iedereen zo duidelijk en relevant. Voor de haalbaarheid van een christelijk-verantwoord pakket is het dan ook essentieel dat:

- a) er niet alleen theoretische maar ook feitelijke persoonlijke keuzevrijheid bestaat voor een gewenst verzekeringspakket (en dus geen druk van collectieve verzekeringen bestaat);
- b) dat een dergelijk pakket ten aanzien van handelingen die men ethisch afwijst een eenduidige keuze behelst;
- c) en vervolgens ook mogelijkheden biedt om binnen, of in aanvulling op het basispakket voorzieningen aan te bieden waarin de christelijke identiteit als een 'plus' tot uitdrukking komt, zoals in specifieke vormen van psychosociale of terminale zorg, of in instellingen van met name care met een specifiek christelijke identiteit;

d) aan enkele randvoorwaarden inzake premie (niet veel hoger dan andere, maar iets hoger lijkt niet onoverkomelijk), goede service, betrokkenheid bij cliënten e.d. wordt voldaan.

Onder deze voorwaarden lijkt een aanbod van een christelijk-verantwoord pakket gezien de resultaten van het NIPO-onderzoek, vanuit verzekeraarperspectief in principe haalbaar (zie hoofdstuk 4, tabellen 5, 6 en 7). Al geeft het feit dat van de helft van de doelgroep die niet bereid zegt te zijn om over te stappen, 63% als belangrijkste argument noemt dat men met de huidige verzekeraar tevreden is, wel aan dat de aanbieders van een christelijk-verantwoord pakket wel enige moeite zullen moeten doen om een voldoende aantal mensen tot het beoogde gedrag te bewegen om ook op langere termijn het aanbod van een dergelijke polis te kunnen veiligstellen.

Polisbeheer

Ten aanzien van bovengenoemde voorwaarde b) nog een opmerking. Op dit moment is het zo dat de twee aanbieders van een levensbeschouwelijk bepaald pakket onderdeel uitmaken van een grotere verzekeraar. Dit is ook noodzakelijk om te kunnen blijven bestaan: het aantal polissen is veel te gering om zelfstandig voort te bestaan. Dat betekent echter dat over de inhoud van de polis ook de moedermaatschappij uiteindelijk de zeggenschap heeft. Vanuit het gezichtspunt van christelijke identiteit zou het wenselijk zijn dat vertegenwoordigers van het betreffende bevolkingsdeel de zeggenschap over de polissen in eigen hand zou hebben. Met het oog op de terugtrekkende overheid lijkt het wenselijk dat het bevolkingsdeel dat zorg van een (orthodox-)christelijke identiteit wenst, erop toeziet dat elk van de drie partijen (patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars) identiteitsgebonden vertegenwoordigers kent. Dit wil zeggen christelijke patiëntenorganisaties, christelijke zorgaanbieders en christelijke verzekeraars. De eerste twee partijen bestaan in de betreffende bevolkingsgroep en hebben zelf zeggenschap over het eigen beleid. Dit laatste geldt (nog) niet voor de verzekeraars. Het zou een goede zaak zijn als de twee bovengenoemde verzekeraars hun polissen zouden kunnen onderbrengen in een stichting met een bestuur van vertegenwoordigers uit het betreffende volksdeel. De inhoud van de polis kan dan worden bepaald door degenen die het direct aangaat. Over de mate van zeggenschap zou verder doorgesproken moeten worden, maar vanuit het ideaal gezien geldt: hoe groter, hoe beter.

4. Aanbevelingen

Tot besluit van dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen samen in een aantal aanbevelingen met betrekking tot het beleid inzake de inrichting van het zorgstelsel.

4.1 Uitgangspunt

In de christelijke levensovertuiging ligt de waarde en waardigheid van de mens verankerd in het geschapen zijn naar het beeld van God. Leven en gezondheid zijn gaven van grote waarde die een verantwoordelijkheid meebrengen jegens de Gever, allereerst voor de eigen gezondheid maar ook voor die van anderen met wie men in samenlevingsverbanden is verbonden. Dit betekent een verantwoordelijkheid tot een gepast gebruik van de mogelijkheden van de gezondheidszorg voor zo goed mogelijke instandhouding van het leven en van de gezondheid. Tegelijkertijd wordt erkend dat de mens sterfelijk is en dat gezondheid niet het hoogste goed is. Dit brengt ook een zekere relativisering mee van gezondheid en van de medische mogelijkheden. De mens verliest met zijn gezondheid niet zijn waardigheid, en tegen een onevenredige behandel drift bij het onafwendbare levenseinde moet worden gewaakt. Wel is zorg voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven tot het (niet opzettelijk te veroorzaken) einde een blijvende verantwoordelijkheid.

4.2 Aanbevelingen ten aanzien van het zorgstelsel

- 1) Voor de inrichting van het zorgstelsel dienen de volgende normatieve ijkpunten gehanteerd te worden:
 - het stelsel behelst een belangrijke mate van solidariteit; dit beïnvloedt de omvang van het

basispakket en de wijze van bekostiging;

- het stelsel kent een verzekerplicht, een acceptatieplicht en een zorgplicht voor een basispakket; voor moeilijk verzekerbare risico's komt een vereveningssysteem;
- het zorgstelsel moet gepast gebruik van zorg bevorderen door een adequate indicatiestelling door zorgverleners en verantwoord gebruik door de zorggebruikers te bevorderen;
- het stelsel biedt de patiënt op verschillende punten keuzevrijheid, onder meer om mede op grond van levensbeschouwelijke overwegingen keuzes te kunnen maken met betrekking tot de aanbieder en de zorg. Dit houdt ook in dat ethisch zeer omstreden handelingen niet voor iedereen verplicht verzekerde voorzieningen zijn.

2) Gezien het karakter van de zorg heeft het onze voorkeur dat zorginstellingen maatschappelijke organisaties zijn met een not-for-profit karakter. Prijsconcurrentie tussen instellingen en verzekeraars dient de professionele behandelvrijheid van de zorgverleners ongemoeid te laten en dient alleen toegelaten te worden in de mate dat een goed en onafhankelijk kwaliteitsbeleid bij instellingen en zorgverleners functioneert. Uitsluiting van aanbieders van contracten mag alleen op basis van bewezen ondermaatse kwaliteit, van weigering mee te werken aan een kwaliteitsbeleid en –toetsing, of op basis van principieel ethische overwegingen.

3) Het streven te komen tot een algemene verzekering curatieve zorg en - op termijn - de integratie van de algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ verdient steun. Wel zullen de stappen waarlangs dit gerealiseerd kan worden zorgvuldig afgewogen en genomen moeten worden. Met het oog op concurrentie tussen verzekeraars is een verdergaande nominalisering van de premie gewenst, mits inkomenssolidariteit gehandhaafd blijft via aanpassingen van het belasting- of sociale verzekeringsstelsel.

4) De onverdeelde inzet van de zorgverlener voor het gezondheidsbelang van de patiënt staat niet toe dat het stelsel directe financiële belangen van de zorgverlener een rol laat spelen in de individuele behandelrelatie; dit houdt in dat er tussen zorgverleners geen prijsconcurrentie wordt toegestaan en dat honorering niet uitsluitend via het verrichtingentarief plaatsvindt. Diagnose-behandelcombinaties als bekostigingssystematiek van (curatieve) zorg kan aanvaardbaar zijn mits effectieve controle op de kwaliteit bestaat.

5) Onderlinge professionele toetsing van de zorg is noodzakelijk en instellingen dienen een adequaat kwaliteitsbeleid te voeren waarvan ook de (levensbeschouwelijke) identiteit een integraal aspect is. Wij achten dit zo belangrijk, dat zonder dat dit algemeen is ingevoerd en functioneert, geen verdergaande concurrentie tussen verzekeraars en nog minder tussen instellingen geaccepteerd kan worden.

6) Er dient tegen gewaakt te worden dat regionalisering in de organisatie en financiering van de zorg, het opzetten van zorgketens, verdere concentratie van zorgverzekeraars en het afsluiten van collectieve contracten tussen verzekeraars en verzekerden, de keuzevrijheid van de patiënt voor door hem gewenste aanbieders en voorzieningenpakket in gevaar brengen.

7) Het zorgstelsel dient ruimte te bieden aan verzekeraars om (onder meer) op levensbeschouwelijke gronden gedifferentieerde pakketten (basispakket en aanvullende pakketten) aan te bieden. Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot een christelijk voorzieningenpakket zijn opgenomen in bijlage 1.

8) Over zorgpolissen die een levensbeschouwelijk bepaald zorgpakket betreffen, dienen vertegenwoordigers van de betreffende bevolkingsgroep een zo groot mogelijke zeggenschap te hebben.

Noten

- 1 We herkennen hier de spanning die bestaat tussen twee van de waarden die de Franse revolutie voorstond en die sindsdien de moderne samenleving (mede) kenmerken, namelijk vrijheid enerzijds en gelijkheid verbonden met broederschap anderzijds. Overigens moet vanuit een christelijke mens- en maatschappijbeschouwing deze spanning als een vals dilemma worden afgewezen. De ware menselijke vrijheid is niet verkrijgbaar zonder onderlinge verbondenheid en verantwoordelijkheid.
- 2 Zie: Lammerts van Bueren, W. De vraag naar christelijke zorg. Een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte. Amsterdam: NIPO rapport A-78907, 8 augustus 2001.
- 3 Waarbij gewetensbezwaren tegen het verrichten van bepaalde ethisch omstreden behandelingen (bijv. abortus provocatus, euthanasie) geen reden mogen zijn tot een lagere kwaliteitsbeoordeling.
- 4 Ook de mate waarin en de wijze waarop de (levensbeschouwelijke) identiteit die een instelling zegt te hebben, dient op geobjecteerde wijze vastgesteld te kunnen worden.
- 5 De eis van 'evidence based' kan niet gelden voor het totaal van individuele professionele zorgverlening, daar de klinische praktijk qua kennisniveau nu eenmaal verschilt van de medische wetenschappelijke 'evidence'. (Zie Jochemsen, H., Glas, G. Verantwoord medisch handelen. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1997, hs. 4.) Alles willen vangen in wetenschappelijke 'evidence' doet tekort aan de unieke situatie van de individuele patiënt.
- 6 Polder, J.J., Wal, H. van der. Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte. Putten: Oikonomos Foundation 2000, p. 238, 239; zie ook Lammerts van Bueren, a.w.
- 7 Dit sluit aan bij een recent pleidooi van het College voor Zorgverzekeringen om experimenten met polisdifferentiatie mogelijk te maken.
- 8 Zie voor een uitgebreidere beschrijving van de inhoud van een christelijk-verantwoord voorzieningenpakket het eerder verschenen rapport 'Naar een christelijk-ethisch kader voor een verantwoord zorgverzekeringspakket' dat het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut heeft opgesteld in opdracht van DVZ-Zorgverzekeringen. Katwijk, 2001.
- 9 Wij laten de problematiek van de medische zorg voor illegaal in Nederland verblijvende mensen hier buiten beschouwing.
- 10 Daarbij moeten we ons realiseren dat het begrip noodzakelijke zorg in de praktijk moeilijk is te hanteren, omdat er niet een algemeen toepasbare interpretatie van het begrip bestaat. Zorgvormen op zichzelf zijn namelijk vaak niet in te delen in wel (dus wel in basispakket) of niet (dus niet in basispakket) noodzakelijk. De noodzaak van de zorg hangt af van de aandoening in kwestie en van de specifieke omstandigheden van het individuele geval.
- 11 Hiermee is niet gezegd dat men met euthanasie minder moeite heeft, maar dat is als handeling nauwelijks te onderscheiden van bepaalde zorghandelingen als pijnbestrijding en levert ook nauwelijks extra kosten op, zodat het 'meebetalen-argument' in elk geval in financieel opzicht niet zo aanspreekt.

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AMW	-	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	-	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	-	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CU	-	ChristenUnie
CVZ	-	College voor Zorgverzekeringen
DBC	-	Diagnose Behandeling Combinatie
DGVP	-	Dienst Geneeskundige Verzorging Politie
GGZ	-	Geestelijke gezondheidszorg
IZA	-	Instituut Zorgverzekeringen voor Ambtenaren
IZR	-	Interprovinciale Ziektekostenregeling
KNMG	-	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
LAD	-	Landelijke Artsen in Dienstverband
LHV	-	Landelijke Huisartsen Vereniging
MOOZ	-	Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
NMa	-	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVAB	-	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
PGB	-	Persoonsgebonden budget
PSO	-	Presymptomatisch onderzoek
PVB	-	Persoonsvolgend budget
RVZ	-	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SER	-	Sociaal-Economische Raad
SGP	-	Staatkundig Gereformeerde Partij
UVI	-	Uitvoeringsinstelling
UVO	-	Uitkomst van overleg
WGBO	-	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WTG	-	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	-	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering
WVG	-	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	-	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZFW	-	Ziekenfondswet
ZN	-	Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 1:

**CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT EEN CHRISTELIJK
VOORZIENINGENPAKKET**

(Bron: Naar een christelijk-ethisch kader voor een verantwoord zorgverzekeringspakket, opgesteld door het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut in opdracht van DVZ Zorgverzekeringen.)

- 1) Allerlei ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg, waaronder een pluralisering van de samenleving, een toenemende toegankelijkheid van informatie omtrent gezondheid en gezondheidszorg, een vermaatschappelijking van de gezondheidszorg en de omslag naar een (meer) vraaggestuurde zorg, maken het wenselijk dat een zekere diversiteit van voorzieningenpakketten mogelijk wordt, waardoor mensen een pakket kunnen kiezen dat meer aansluit bij hun levensbeschouwing. In dit verband is ook een aanbod van een christelijk-verantwoord pakket een goede zaak. Uit oogpunt van solidariteit en van de christelijke barmhartigheid blijft overigens een tamelijk breed verplicht basispakket gewenst.
- 2) Het verdient aanbeveling om een christelijk-verantwoord voorzieningenpakket samen te stellen dan wel te toetsen vanuit een christelijke visie op zorg en een christelijk-ethisch kader. Dit kan de consistentie van een dergelijk pakket bevorderen en komt de duidelijkheid en de verantwoording van het beleid tegenover de (potentiële) cliënten ten goede.
- 3) Belangrijke noties in een dergelijke zorgvisie zijn een hoge waardering van gezondheid als gave van God en een eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid (rentmeesterschap). Het gebruik van medische mogelijkheden ter voorkoming of behandeling van ziekten en ter verlichting van lijden en van de gevolgen van handicaps of aandoeningen valt in principe onder die verantwoordelijkheid. Maar gezondheid is niet het hoogste goed en het leven verliest niet zijn zin en beschermwaardigheid bij verlies van gezondheid en zelfredzaamheid, hoe ernstig ook. De eindigheid van het lichamelijke bestaan wordt erkend alsmede het principiële onvermogen van de geneeskunde die eindigheid op te heffen.
- 4) In een christelijke zorgvisie heeft goede basiszorg voor alle mensen (op indicatie) de hoogste prioriteit. Ook voor zorgverzekeraars ligt hier een verantwoordelijkheid en een inspanningsverplichting.
- 5) Het tot stand komen van een code voor maatschappelijk ondernemen en ethisch verantwoord ondernemerschap en het bevorderen van de implementatie daarvan door zorgverzekeraars moet worden toegejuicht en verdient navolging.
- 6) Alle middelen en methoden die de dood veroorzaken van een menselijke vrucht passen niet in een christelijke zorgvisie, afgezien van abortus provocatus op vitale indicatie. Wel dienen mogelijkheden te worden geboden van opvang van ongewenst zwangere vrouwen en opvang voor mensen met psychische problemen na een abortus provocatus (voor zover dit niet onder andere sociale verzekeringen valt.) Een christelijke zorgvisie geeft reden tot een gezinsvriendelijk beleid waarin plaats is voor goede gezins- en kraamzorg.
- 7) Beslissingen omtrent gezinsvorming en omtrent het gebruik van medische mogelijkheden hierbij, hetzij vormen van anticonceptie ter voorkoming van een zwangerschap, hetzij om m.b.v. een kunstmatige bevruchtingstechniek een zwangerschap tot stand te brengen, betreffen in sterke mate de persoonlijke levenssfeer, zijn vaak nauwelijks medisch (bijv. slikken van anticonceptiepil) en/of zijn onder christenen ethisch ten minste omstrede. Tegen deze achtergrond verdient het aanbeveling ze niet in een basisvoorzieningenpakket op te nemen dat is bedoeld voor christenen, met uitzondering van anticonceptiva op medisch voorschrift voor cyclusregulatie of ter voorkoming van een zwangerschap die levensbedreigend is voor de vrouw of waarbij geen levensvatbaar kind is te verwachten.
- 8) Het geven van palliatieve zorg is een eis van christelijke barmhartigheid. Ook kan die zorg de vraag naar euthanasie wegnemen. Ze behoort daarom een ruime plaats te krijgen in een christelijke ziektekostenverzekering (voor zover die zorg niet of onvoldoende uit AWBZ-gelden wordt vergoed). Er dient rekening te worden gehouden met het feit dat de vraag naar palliatieve zorg in de toekomst zal toenemen.

- 9) Veel mogelijkheden van onderzoek en voorlichting op het terrein van erfelijkheid kunnen zinvol worden gebruikt. Dit geldt ook het presymptomatisch onderzoek (PSO), al zouden wij daarbij voor een terughoudend opstelling pleiten bij de aanbieders van tests, met name voor die aandoeningen waarvoor geen goede behandeling bestaat. Verder is het zeer belangrijk dat PSO alleen wordt aangeboden tezamen met goede voorlichting en een aanbod aan psychische begeleiding rond de uitvoering van de test en het bekendmaken van de uitslag. Met erkenning van ieders eigen verantwoordelijkheid zouden verzekeraars het handhaven van deze regel kunnen bevorderen.
- 10) Bij psychische en psychiatrische zorg dient de vrijheid van de patiënt om zelf een behandelbaar te kiezen extra bewaakt te worden. Een verzekeraar die een christelijk-verantwoord voorzieningenpakket aanbiedt, dient ervoor te zorgen dat een voldoende aantal christelijke therapeuten is gecontracteerd.
- 11) Opname van alternatieve geneeswijzen in een christelijk-verantwoord voorzieningenpakket kan niet betekenen dat alle alternatieve geneeswijzen vergoed worden. Geneeswijzen waarbij gebruik wordt gemaakt van occulte methoden zijn onverenigbaar met een christelijke zorgvisie. De verzekeraar zal op dit punt een zorgvuldig contracteerbeleid moeten voeren. Magnetisme hoort in een christelijke ziektekostenverzekering niet thuis. Dat geldt ook voor acupunctuur en iriscopie, tenzij deze op empirische wijze worden gebruikt, los van de taoïstische achtergrond.
- 12) Een verzekeraar die een christelijk-verantwoord voorzieningenpakket aanbiedt, doet er goed daarin te voorzien in de mogelijkheid dat de cliënten een 'second opinion' krijgen bij een vertrouwensarts die ook de christelijke levensbeschouwing aanhangt.

