

Vergaderjaar 2000–2001

**23 619**

**Curatieve zorg**

**Nr. 18**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 februari 2001

Bijgaand zend ik u de beleidsbrief «Modernisering Curatieve Zorg, tweede fase», zoals ik deze heb aangekondigd in de aanbiedingsbrief bij de notitie Positionering Algemene Ziekenhuizen. De beleidsbrief vat de resultaten van de afgelopen jaren samen, en zet de lijnen uit voor de verdere voltooiing van dit belangrijke project.

In de achter ons liggende periode is op het gebied van de modernisering curatieve zorg al veel bereikt. De hoofdlijn die in 1995 door het toenmalige Kabinet is uitgezet: meer onderlinge samenhang en samenwerking in de curatieve zorg, krijgt organisatorisch steeds duidelijker vorm, zoals in het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (samenwerking medisch specialist-ziekenhuismanagement) en in de samenwerking binnen de eerste lijn in huisartsengroepen. Een doelstelling die de komende tijd een krachtiger accent krijgt is: de zorg zoveel mogelijk teruggeven aan de professionals, aan degenen die verantwoordelijk zijn voor het primaire proces: artsen, verpleegkundigen, paramedici. Zij moeten in de dagelijkse praktijk de ruimte krijgen hun deskundigheid naar eigen professioneel inzicht in te zetten voor de patiënt. Met het Actieplan Zorg Verzekerd – voor cure en care – heeft het Kabinet de contouren neergezet van een aanpak, waardoor zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter kunnen sturen op de vraag van de patiënten in hun regio. Kort samengevat gaat het erom de overgang van aanbodsturing, met gedetailleerde wet- en regelgeving van de zijde van de overheid en de daarbij behorende bureaucratie, naar vraagsturing te stimuleren. Uitgangspunt daarbij is dat mensen recht hebben op die zorg waarvoor ze geïndiceerd zijn en die in hun verzekerd pakket zit. Prikkel tot kostenbeheersing blijven uiteraard noodzakelijk. De budgettering van zorgaanbieders wordt geleidelijk aan vervangen door het risicodragend maken van zorgverzekeraars (ziekenfondsen). Op dit traject zijn al flinke stappen gezet.

Vraagsturing betekent meer ruimte voor partijen, dus verder doorzetten van de deregulering. Dit betekent onder meer dat de Wet tarieven gezond-

heidszorg verder wordt aangepast (u hebt daar vorig jaar een notitie over ontvangen), en de Wet ziekenhuisvoorzieningen vervangen moet worden. Bij deze deregulering moet overigens wel een kanttekening worden geplaatst. Een aantal zaken op dit terrein – zoals de topklinische zorg, of de opleidingen van artsen – vraagt om blijvende landelijke sturing. Aldus moet per deelmarkt in de curatieve sector bekeken worden wat voor dat specifieke terrein de beste oplossing is. Bij vraagsturing hoort immers ook (gereguleerde) marktwerking, maar de gezondheidszorg bestaat uit vele, uiteenlopende deelmarkten, die dan ook elk afzonderlijk gescreend gaan worden op hun specifieke eigenschappen, en op de mate van deregulering die voor deze deelmarkt gunstig is. Met gunstig bedoel ik dan: met als effect zorg met een goede prijs-kwaliteit verhouding. Voorts moet de nieuwe aanpak handen en voeten krijgen door het veld over de juiste instrumenten te laten beschikken. Een brede invoering van ICT is een onmisbare voorwaarde, evenals de invoering van een nieuw bekostigingsinstrument als de DBC's. Dit soort zaken wordt vanuit de overheid gestimuleerd, totdat het veld het zelf overneemt.

Het goede wat tot nu toe in de curatieve zorg bereikt is, moet uiteraard behouden blijven. Ik denk daarbij aan het tot stand komen van meer samenwerking, en het doorbreken van het domein denken. Zo zal in de tweede fase modernisering van de curatieve zorg gerichte aandacht blijven bestaan voor de samenwerking tussen ziekenhuisorganisatie en de medisch specialisten in het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, voor de samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders, en tussen eerste en tweede lijn onderling.

Ten aanzien van de huisartsen wijs ik erop dat allerlei activiteiten in gang zijn gezet om de positie van de huisartsen te versterken, zodat zij hun spilfunctie in de gezondheidszorg kunnen behouden. Op dit moment werkt de door mij ingestelde commissie Tabaksblat een aantal voorstellen uit, die in ieder geval moeten leiden tot een meer toekomstbestendig bekostigingssysteem dat de ontwikkelingen in de huisartsenzorg ondersteunt.

Bij dit alles moet ook de rol van de patiënt in het zorgproces worden versterkt. Dat houdt onder meer in dat er eisen worden gesteld aan informatie, dat er meer mogelijkheden komen voor het maken van keuzes door de patiënten zelf, en dat er meer invloed komt van patiënten respectievelijk consumenten. Dat betekent tevens dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders werken volgens de beginselen van maatschappelijk ondernemerschap, en volgens van te voren gezamenlijk vastgestelde normen of indicatoren, analoog met de Treek-normen voor de wachttijden.

De overheid blijft de hoeder van het publieke belang. Zij blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van alle noodzakelijke zorg en ziet toe op de kwaliteit. Tevens dient de overheid het stelsel zodanig in te richten dat alle partijen prikkels tot doelmatigheid onder vinden. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat er duidelijke normen en indicatoren worden ontwikkeld aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of de publieke belangen zijn geborgd. Een voorbeeld hiervan is het opstellen van en toetsen aan normen voor wachttijden.

Dit alles krijgt gestalte in een aantal projecten, zoals beschreven in bijgaande beleidsbrief. Deze projecten zijn deels een voortzetting van activiteiten die al enige tijd gaande zijn, deels gaat het om nieuw op te zetten projecten. Het betreft een omvangrijke taak, die zich nog over enkele jaren zal uitstreken (bijvoorbeeld wegens noodzakelijke wetswijzigingen etc.). Op dit moment kan voor bepaalde werkzaamheden een vrij

precies tijdpad worden aangegeven, andere daarentegen kunnen afhankelijk zijn van factoren die op dit moment nog niet goed kunnen worden ingeschat, of waarbij zich onverwachte externe ontwikkelingen kunnen voordoen. Afstemming van deze projecten onderling en bewaken van de procesgang is een verantwoordelijkheid die binnen mijn ministerie prioriteit heeft.

Tot slot wil ik benadrukken dat het, evenals in de voorgaande periode, om een geleidelijk proces gaat. Alle partijen moeten de ruimte en de tijd krijgen om in de nieuwe rollen te groeien. Noodzakelijke tussentijdse correcties moeten mogelijk zijn. Voorop staat uiteraard steeds het belang van de patiënt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

# BELEIDSBRIEF MODERNISERING CURATIEVE ZORG (TWEDE FASE)

## Inleiding

In deze brief kijk ik terug op wat tot dusverre is bereikt en geef ik de vervolgstappen en het perspectief van de volgende fase in dit moderniseringsproces.

Het traject modernisering curatieve sector startte in 1995 met het Kabinetsstandpunt op het rapport van Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel, 1994). In de daarop volgende periode zijn belangrijke vorderingen gemaakt in het proces om de curatieve sector meer samenhangend en meer vraaggestuurd te maken. Geleidelijk aan zijn vier lijnen ontstaan die richtinggevend zijn bij de verdere voltooiing van de modernisering:

1. De curatieve zorgaanbieders worden beter toegerust om met zorgverzekeraars<sup>1</sup> te onderhandelen. De overheid scheidt daartoe de voorwaarden.
2. De vraagkant van de curatieve sector, vertegenwoordigd door verzekeren en patiënten en – uit hun naam – de zorgverzekeraars, wordt versterkt. De consument/patiënt krijgt een sterkere positie en wordt zo meer gelijkwaardig ten opzichte van de zorgaanbieder. De zorgverzekeraars worden toegerust om namens de verzekeren als risicodragende regisseurs in de curatieve zorg te kunnen optreden.
3. Door uitvoering van een dereguleringsprogramma krijgen de partijen in de zorgsector meer vrijheid van handelen. Dit geeft met name de professionals in de zorg meer ruimte om aan hun verantwoordelijkheid vorm te geven. De eerste verantwoordelijkheid voor de zorg wordt aldus teruggegeven aan degenen die deze zorg ook daadwerkelijk uitvoeren: artsen, verpleegkundigen en paramedici.
4. Tegenover de vrijheid en verantwoordelijkheid die partijen krijgen, staat de noodzaak dat de overheid duidelijk verantwoordelijkheid neemt voor de publieke belangen die te allen tijden in de zorgsector moeten zijn gewaarborgd. Zij blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van alle noodzakelijke zorg en ziet toe op de kwaliteit. Tevens dient de overheid het stelsel zodanig in te richten dat alle partijen prikkels tot doelmatigheid ondervinden. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat er duidelijke normen en indicatoren worden ontwikkeld, aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of deze belangen zijn geborgd. Te denken valt aan het opstellen van en toetsen aan normen voor wachttijden.

De komende jaren zullen deze ontwikkelingslijnen convergeren naar een meer vraaggestuurde curatieve zorgsector<sup>2</sup>, waarin alle partijen prikkels ondervinden tot kwaliteit en doelmatigheid. Met het oog hierop hebben reeds gestarte activiteiten als de invoering van verzekeraarbudgettering en de ontwikkeling van productprijzen in ziekenhuizen de volle aandacht. Daarnaast dienen verschillende nieuwe activiteiten zich aan. Ik noem de ondersteuning van consument en verzekeraar bij het maken van goede keuzen door middel van expertise en informatie. Afstemming tussen de verschillende ontwikkelingslijnen zal voortdurend plaats vinden. In deel twee van deze brief ga ik daar verder op in.

Voltooiing van dit ontwikkelingsproces zal nog veel tijd vergen. Tijd die nodig is om bijvoorbeeld met deregulering meer keuzevrijheid aan partijen te geven. Deregulering die op zich weer per deelmarkt getoetst moet worden aan de voorwaarden voor mededinging of aan de borging van publieke belangen die per deelmarkt gegarandeerd moet zijn. Tijd die

<sup>1</sup> In het huidige duale stelsel onderscheiden we verzekeraars die de Ziekenfondswet (ZFW) uitvoeren, uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen en particuliere verzekeraars. Alle voorstellen en opmerkingen in deze brief die verwijzen naar verzekeraars in relatie tot regelgeving en regulering hebben betrekking op verzekeraars die de ZFW uitvoeren. Alle voorstellen en opmerkingen die verwijzen naar het (gewenste) gedrag van verzekeraars in deze brief hebben betrekking op beide groepen verzekeraars.

<sup>2</sup> Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg beter ingespeeld kan worden op wat patiënten willen en belangrijk vinden.

ook nodig is om de verschuiving van verantwoordelijkheden zorgvuldig te regisseren. De toenemende financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraar zal zorgvuldig worden afgestemd op de afnemende financiële bemoeienis van de overheid. Het gaat immers om heel veel patiëntenzorg, en om heel veel geld.

In deze beleidsbrief beschrijf ik waar we nu staan in dit veranderingsproces, voorts wat inmiddels is afgerond, welke huidige projecten, maatregelen en voorstellen worden voortgezet, en welke nieuwe activiteiten ik in deze fase van het ontwikkelingsproces ga starten. Voor de middellange termijn kan dit beleid worden gecontinueerd, mede omdat daarmee ook de noodzakelijke condities worden gecreëerd voor de langere termijn. Veranderingen in het zorgaanbod zijn nodig om de verzekeraars de hun toebedachte centrale, sturende zorg in de curatieve sector te kunnen laten waarmaken. De verzekeraars moeten meer vrijheid en keuzemogelijkheden krijgen als het gaat om het contracteren van zorg. Het aanbod moet de ruimte krijgen om voor eigen rekening en risico te anticiperen op ontwikkelingen die vanuit de vraag en vanuit de medische technologie op hen afkomen. De mogelijkheid van toetreding tot de sector kan bijdragen aan een dynamische curatieve sector. Onderzocht zal worden of het opheffen van het hebben van een winstmotief, waarmee een beroep op de kapitaalmarkt mogelijk wordt, hieraan kan bijdragen. In zijn algemeenheid zal gezocht worden naar institutionele arrangementen die maximale beslissingsvrijheid van aanbieders ten aanzien van capaciteit, productie en prijzen combineren met een adequate borging van de publieke belangen. Dit geldt zowel voor intramurale als voor extramurale aanbieders van zorg. De implementatie ervan zal echter onvermijdelijk een proces van kleine stappen zijn. Maatwerk is immers geboden en de inzichten van deelmarktstudies zijn nodig om dit proces op een verantwoorde manier te laten verlopen.

De modernisering van de curatieve zorg heeft de afgelopen jaren een stevig fundament gekregen. De ontwikkelingsrichting is duidelijk: de modernisering zal steeds meer ruimte bieden voor maatschappelijk verantwoord ondernemerschap, opdat iedereen die werkt in de curatieve sector dat ook met enthousiasme en elan kan doen. Dit alles ten behoeve van het uiteindelijke doel van deze modernisering: goede en blijvend betaalbare zorgverlening aan de patiënt.

Tot slot van deze inleiding sta ik kort stil bij de relatie tussen het traject Modernisering Curatieve Zorg, zoals hier beschreven, en de voorbereidingen voor een gewijzigd verzekeringsstelsel. Beide processen hangen samen, want ze staan in dienst van een vernieuwing van het zorgstelsel. Naast de noodzaak van de voortzetting van het reeds ingezette beleid, wordt ook steeds duidelijker dat voor een blijvende verbetering op langere termijn een aantal knelpunten moet worden opgeruimd waarvoor politieke besluitvorming nodig is. Bij de sturing van het tweede compartiment gaat het bijvoorbeeld om het duale stelsel waarin ziekenfondsen en particuliere verzekeraars ongelijke en verschillende prikkels hebben bij de sturing en bij het borgen van publieke belangen. Het gaat ook om de relatie tussen het zorgaanbod in de AWBZ en het zorgaanbod in het tweede compartiment. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bijvoorbeeld bestaat voor ruim 70 procent uit curatieve zorgverlening en kent zorginhoudelijk en in haar sturing (ontwikkeling van DBC's) een sterke verwevenheid en parallelle met het tweede compartiment. De huidige sturing is echter niet risicodragend en de financiering kent andere voorwaarden dan die in het tweede compartiment.

Het kabinet heeft voor de zomer 2001 een notitie met bouwstenen voor een stelselwijziging toegezegd. In deze beleidsbrief worden geen maatregelen

gelen voorgesteld waarmee op deze en andere onderdelen al een keuze wordt gemaakt voor de inrichting van een toekomstig zorgstelsel.

Voor de oplossing van deze vraagstukken bestaan verschillende opties. Met de lopende activiteiten en de nieuwe stappen die in deze brief staan beschreven, wordt geen van deze opties beperkt of uitgesloten.

## **DEEL I TERUGBLIK**

### **1 Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel): de ontwikkeling sinds 1995**

Halverwege de jaren '90 verscheen het advies van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel). Deze commissie schetste een beleidsperspectief tot het jaar 2000 voor de curatieve sector. Zij had de volgende doelen voor ogen:

- *ontwikkeling van de curatieve zorg; versterking van de onderlinge samenhang*

Het kernbegrip is integratie: werken aan het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB), aan integratie binnen de eerste lijn en aan de integratie tussen eerste en tweede lijn, door de vorming van een transmuuraal continuüm van de zorg.

- *ontwikkeling van de sturing van het tweede compartiment; zorgen voor het bijpassende instrumentarium*

Kernbegrippen zijn: versterking rol zorgverzekeraar, een grotere vrijheid van handelen voor de lokale partijen, aanpassing van de bekostigingssystematiek en deregulering van wetgeving.

Het Kabinet heeft het advies van de commissie Biesheuvel in grote lijnen overgenomen. Een actieprogramma uit 1995 gaf aan hoe het advies uitgevoerd zou worden.

In de jaren na 1995 heb ik de uitwerking van de diverse onderdelen in verschillende brieven en nota's beschreven. Die uitwerking is vervolgens met uw instemming ter hand genomen. In de tweede helft van de jaren negentig werd het sturingsvraagstuk dringender. De vorderingen bij de verzekeraarbudgettering, de verantwoordelijkheidsverdeling bij de aanpak van het geneesmiddelenvraagstuk, de nieuwe bestuurlijke meerjaren-aanpak en de wachttijdenproblematiek gaven impulsen aan het verder en sneller ontwikkelen van de vraaggerichte sturing in de gezondheidszorg. Onderstaand geef ik in een puntsgewijze opsomming de uitvoering van het Actieprogramma uit 1995, en andere vorderingen op het terrein van de modernisering van de curatieve zorg.

#### *1.1 De ontwikkeling van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB)*

Alle vernieuwingen in dit kader zijn erop gericht om stap voor stap de komen tot een synergie van prikkels voor ziekenhuizen en specialisten. Belangrijke mijlpalen waren:

- het mogelijk maken van de lokale initiatieven voor medisch specialisten en ziekenhuizen (vanaf 1995);
- de totstandkoming van de Integratiewet en de daarbij behorende de Model Toelatingsovereenkomst Medisch Specialist – Ziekenhuis (1999);
- de start van de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) (1996, gereed voor algemene toepassing in 2003);
- speciaal voor de academische ziekenhuizen: de totstandkoming van een loondienstmodel voor de specialisten (1998/1999).

### *1.2 De ontwikkeling van de eerste lijn/transmurale zorg*

De vernieuwingen binnen de eerstelijnszorg zijn erop gericht om te komen tot een krachtiger organisatie van de zorg.

Enkele hoofdpunten:

- vermindering van de werklast en een meer passende inzet van huisartsen door de inschakeling van praktijkondersteuning (vanaf 1998);
- afspraken met verzekeraars en huisartsen over een landelijk dekkende dienstenstructuur, ondersteund door de benodigde financiële faciliteiten (2001);
- landelijke invoering van het elektronisch voorschrijven (EVS) door huisartsen (vanaf 1998);
- deskundigheidsbevordering van huisartsen met betrekking tot psychische problematiek, om de generalistische aard van de huisartsenzorg meer recht te doen (1999);
- versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) door samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns psycholoog (2000);
- consultatieregeling om gespecialiseerd advies en deskundigheid uit de GGZ beschikbaar te stellen aan de eerste lijn (1999);
- vermindering van de werkdruk voor verloskundigen door verlaging van de normpraktijk en vergroting van de capaciteit; modernisering van de organisatie door ontwikkeling van District Verloskundige Platforms (vanaf 2000);
- stimulering van de transmurale zorg met de regeling voor flexiezorg voor verzekeraars en de regeling zorgvernieuwing voor ziekenhuizen (respectievelijk 1996 en 1998);
- opzet van (lokaal) farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO, 1999).

### *1.3 De ontwikkeling van de infrastructuur*

Bij de infrastructuur onderscheid ik een fysieke kant – gebouwen inclusief ICT – en een personele kant. Op het terrein van de infrastructuur zijn belangrijke stappen gezet. Ik noem:

- de afschaffing van de Nadere Detaillering van de Erkenning- beschikking (1996);
- de invoering van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), voor de taakverdeling en concentratie van bijzondere verrichtingen (1998);
- deregulering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen door de nieuwe meldingsregeling voor de bouw (1997);
- de instelling van het Capaciteitsorgaan, voor een betere planning van de opleidingscapaciteit voor artsen (1998);
- oprichting van het waarborgfonds (1999);
- de instelling van het platform ICT, ondertekening door partijen van een intentieverklaring met actiepunten (2000) en inzet van extra middelen (220 mln – 100 € mln).

### *1.4 De zorgverzekeraars*

De zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren geleidelijk kunnen voorbereiden op de rol van zorginkoper en doelmatig regisseur van de regionale zorg. In fases zijn ze in toenemende mate risicodragend geworden voor de kosten van de curatieve zorg, gepaard gaand met een groeiende vrijheid om met zorgaanbieders contracten te sluiten. De risicodragendheid en budgettering van de zorgverzekeraars zijn daarmee de afgelopen jaren de motor geweest achter veel veranderingen in de curatieve sector.

In de periode 1995–2000 zijn de zorgverzekeraars vrijwel geheel risico-



dragend gemaakt voor de kosten van de extramurale curatieve zorg. Dit risico kunnen zij beïnvloeden dankzij het feit dat zij thans contracteervrijheid hebben, en voorts ook de vrijheid om bij maximumtarieven over de prijs te onderhandelen.

De kosten van ziekenhuiszorg en specialistische zorg zijn nog steeds gebudgetteerd. Deze zorg valt ook nog steeds onder een contracteerplicht. In de nabije toekomst wordt het risico van de zorgverzekeraar voor deze kosten geleidelijk aan verhoogd. Vanaf dit jaar worden de verzekeraars voor slechts 25 procent van de ziekenhuiskosten die met de productie samenhangen, nagecalculeerd. Voor de kosten van de specialistische hulp wordt nog slechts 40 procent nagecalculeerd.

Met ingang van 2000 is de reservevorming van zorgverzekeraars aan een maximum gebonden, dit om te voorkomen dat verhoudingsgewijs te veel geld wordt opgepot, en te weinig besteed wordt aan de zorg voor patiënten.

De combinatie van risicodragend en toenemende onderhandelingsvrijheid leidt geleidelijk tot een andere aanpak bij de zorgverzekeraars. Er wordt onderhandeld met apothekers, ziekenhuizen en artsen over nieuwe vormen van dienstverlening, over de inkoop en over de ondersteuning van rationeel voorschrijfgedrag. Met huisartsen wordt onderhandeld over de inrichting van een dienstenstructuur, invoering van het EVS en praktijk-ondersteuning. Op verschillende plaatsen wordt geëxperimenteerd met aanbesteding van contracten voor fysiotherapie en hulpmiddelen. Recent hebben de zorgverzekeraars met de brancheorganisaties van ziekenhuizen en specialisten een convenant gesloten over de regionale aanpak van de wachttijden voor specialistische hulp.

### *1.5 Consumenten en klantgerichte zorgverlening*

In de curatieve zorg vormen de consumenten een zeer heterogene groep. Wanneer iemand een acute levensbedreigende aandoening of een ernstige psychische stoornis heeft, is zijn of haar inbreng in het zorgproces een heel andere dan die van iemand met een chronische zorgvraag. De laatste zal – in veel gevallen – beter dan de eerste (een deel van) de regietaak in eigen hand kunnen nemen. Uiteenlopende categorieën van patiënten stellen evenzeer uiteenlopende eisen aan de zorgverlening. De vraag naar efficiënt georganiseerde zorg, waarbij de verschillende onderdelen adequaat op elkaar afgestemd zijn, is echter algemeen. Het is aan zorgaanbieders en verzekeraars om dit dan ook in den brede tot stand te brengen.

Om de positie van de patiënt/consument te versterken, is in de afgelopen jaren een gedegen wettelijk instrumentarium ontwikkeld, bestaande uit onder meer de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de patiënt-vertrouwenspersoon en het Klachtrecht. Een groot aantal ziekenhuizen beschikt inmiddels over klachtencommissies en cliëntenraden. Het wetgevingsproces, gericht op de bescherming van rechten van patiënten/consumenten, is wat betreft de hoofdzaken thans afgerond.

Ten aanzien van de positie van patiënten en consumenten moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen beiden. Bij (vaak chronische) patiënten is veelal sprake van het behartigen van specifieke belangen door patiëntengroeperingen; voor consumenten – in die zin dat een ieder ooit wel eens daadwerkelijk «zorgconsument» wordt – is sprake van het waken over bredere belangen ten aanzien van de zorg. Hier noem ik graag de activiteiten van de Consumentenbond. Wat betreft de



specifiekere belangenbehartiging: met de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie (NPCF) wordt volop gewerkt aan de versterking van de rol van patiëntenorganisaties in de regio. Voor de curatieve zorg is vooral de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van chronische patiënten – veelal gebundeld in categoriale patiëntenorganisaties – onmisbaar. Ten behoeve van de bredere ondersteuning en versterking van patiënten in de tweede lijn is enkele jaren geleden het Patiëntenfonds opgericht.

De versterkte positie van de consument heeft resultaten geboekt voor de zorgverlening. In vele ziekenhuizen is men meer «door de ogen van de patiënt» gaan kijken, met als conclusie dat er veel verbeterd kon worden op het punt van samenwerking, afstemming en klantvriendelijkheid. Dit heeft geleid tot het «herontwerpen van zorgprocessen» (business proces redesign, BPR), met verbluffende resultaten.

*BPR-projecten hadden in de periode 1998–2000 onder meer de volgende resultaten:  
Hartrevalidatie: verkorting van de periode tussen ontslag uit de kliniek en de start van de eerste behandelperiode van 39 naar 14 dagen. Eigen beheer door de patiënt van het Patiënt Informatie Dossier.*

*Borstkanker: de tijd tussen de eerste afspraak en terecht kunnen daalt van 6,6 naar 3,9 dagen. Het aantal niet-conclusieve puncties daalt van 30 naar 10%.*

*Knieklachten: de doorstroomtijd daalt van 4 tot 7 maanden naar maximaal 4 weken.*

*Diabetisch voetulcus: dankzij multidisciplinair spreekuur worden alle patiënten binnen 1 week gezien door de revalidatiearts (was 3 maanden). Er wordt op termijn een reductie verwacht van het aantal amputaties van 50%.*

Ik wil verdere implementatie van zulke verbeteringen («best practices») stimuleren. Op dit gebied verwacht ik veel van de zogeheten doorbraakprojecten van het CBO. Verder zie ik veel in benchmarking als instrument om tot een bredere kennis en gebruik van die best practices te komen.

#### *1.6 Nog uit te voeren uit MCZ*

Aan een aantal punten uit het actieprogramma MCZ (1995) wordt nog gewerkt:

- een sectorale zorgvisie. Vooruitlopend op een sectorbrede visie zijn inmiddels nota's over de positionering van de academische en de algemene ziekenhuizen verschenen (zie ook hieronder) en een standpunt op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid over de redesign van de eerste lijn. Voor de GGZ is een sectorale zorgvisie uitgewerkt in de beleidsbrief GGZ (1999);
- volledige afschaffing van de nacalculatie voor ziekenhuis en specialistische zorg in het model waarmee verzekeraars risicodragend worden gemaakt;
- afzonderlijke financiering van de specialistenopleiding, aansluitend op de werkzaamheden van het capaciteitsorgaan;
- een landelijke regeling tot afschaffing van de goodwill voor medisch specialisten. Het belang van afschaffing wordt breed erkend. Partijen hebben een beroep gedaan op de overheid om mee te helpen aan een regeling;
- de beschikbaarheid van productprijzen voor ziekenhuizen. In oktober 2000 is een projectorganisatie opgezet (de stuurgroep «DBC 2003») om dit complexe, veelomvattende project te sturen, leidend tot het gebruik van productprijzen in 2003. Dit komt nader aan de orde in deel 2;
- voor de GGZ wordt een transparante bekostigingssystematiek uitgewerkt, vergelijkbaar met het DBC-traject.

## **2 Voornaamste (beleids)nota's na het Kabinetsstandpunt Modernisering Curatieve Zorg (1995)**

### *2.1 Over maatschappelijk ondernemen in «a Human Enterprise» (1998)*

In 1998 verscheen de beleidsnotitie «Over maatschappelijk ondernemen in «a Human Enterprise». Deze notitie was een uitwerking van de aanbevelingen uit het MDW rapport «Het ziekenhuis ontketend» uit 1995 en het RVZ-advies over het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming (1996). De aanbevelingen bestrijken een breed terrein van de ziekenhuiszorg. Ik noem bij wijze van voorbeeld:

- het belang van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de overheid, verzekeraars en zorgaanbieders;
- vrijheid voor ziekenhuizen om extra inkomsten te verwerven;
- flexibilisering van bedrijfstijden;
- prikkels om doelmatiger met kapitaallasten om te gaan.

Voorts gaf deze nota een verdere uitwerking van de modernisering van de bekostiging van het geïntegreerd medisch specialistische bedrijf. Uiteindelijk is de aanpak voor het complexe vraagstuk van een passende bekostiging in samenhang met het risicodragend maken van verzekeraars beschreven in mijn brief van 16 maart 2000 aan het CTG. In deze aanpak is de ontwikkeling van productprijzen cruciaal.

### *2.2 Meerjarenafspraken (1998)*

Bij de groei naar maatschappelijk ondernemerschap paste de totstandkoming van meerjarige afspraken tussen de overheid en de veldorganisaties. Op deze wijze kon een gezamenlijke bestendige lijn voor de middellange termijn afgesproken worden.

In 1998 zijn tussen mijn departement, verzekeraars, zorgaanbieders en de patiëntenorganisaties meerjarenafspraken gemaakt over de verdeling en verantwoording van de middelen die beschikbaar kwamen voor de curatieve sector (Najaarsakkoord Cure, november 1998). Daarbij is een groot aantal inhoudelijke afspraken gemaakt. Voorbeelden zijn:

- de opzet van een regionale ondersteuningsstructuur voor medisch specialisten: district op Orde;
- de opbouw van een infrastructuur voor kwaliteitsbeleid voor paramedici (intercollegiale overleggen, richtlijnontwikkeling, geaccrediteerde na- en bijscholing);
- de afspraken met de KNMP over honorering van de apothekers en de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Met deze afspraken wordt een kostenbesparing van 400 mln. (€ 181mln.) structureel bereikt.

Om de voortgang van en de samenhang tussen de verschillende afspraken te monitoren hebben enkele platforms gefunctioneerd, waaronder het platform Modernisering Curatieve Zorg.

De uitvoering van deze afspraken gaat gestaag door. Afspraken over bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid (o.a. richtlijnontwikkeling) en de ondersteuningsstructuur krijgen vooral door activiteiten vanuit de betrokken landelijke organisaties hun uitwerking. Andere afspraken, zoals die met betrekking tot de wachtlijsten, worden inmiddels door verzekeraars en zorgaanbieders in de regio ter hand genomen in het kader van het Actieplan «Zorg Verzekerd» (zie paragraaf 2.6).

### *2.3 Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg (1999)*

In april 1999 heb ik in een brief<sup>1</sup> de hoofdlijnen voor de sturing van het tweede compartiment uiteengezet. Het gaat erom de verantwoordelijk-

<sup>1</sup> «Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg» Kamerstuk nr. 1 vergaderjaar 1998–1999 nr. 26 517.

heden voor sturing en inrichting van het zorgproces geleidelijk te verleggen van de overheid naar het veld.

Gereguleerde marktwerking, samenwerking op de zorginhoud in de regio, transparantie en verantwoording, versterking van de rol van de consument, en de verzekeraar als regisseur van de regionale zorg zijn de sleutelbegrippen in deze brief.

De betekenis van gereguleerde marktwerking voor de curatieve sector had ik reeds eerder uiteengezet in de nota «Marktwerking in de gezondheidszorg»<sup>1</sup>.

#### *2.4 Positioneringnota's (1998 en 2000)*

In november 1998 en september 2000 verschenen nota's over de positionering van respectievelijk de academische en de algemene ziekenhuizen. Nog afgezien van de inhoud is een bijzonder kenmerk van deze nota's dat ze mogen worden beschouwd als een gezamenlijk product van de overheid en de meest betrokken zorgaanbieders. Dat getuigt van een hoge mate van overeenstemming tussen de betrokkenen over het te volgen beleid. In de nota Positionering Academische Ziekenhuizen neemt het beleid met betrekking tot de topreferentiefunctie en tot zorgvernieuwing een belangrijke plaats in, dit in het licht van de relatie van de academische ziekenhuizen met de medische faculteiten. Deze relatie versterkt zich. Uiteraard heeft ook de rol van de academische ziekenhuizen bij de specialistenopleidingen een prominente plaats in de nota.

Het zwaartepunt in de nota Positionering Algemene Ziekenhuizen ligt bij onderwerpen die in de resterende kabinetsperiode – in nauw overleg met de betrokken partijen – nog vorm zullen krijgen. Redenerend vanuit inhoudelijke noties worden daarbij vooral bestuurlijke en organisatorische aspecten uitgewerkt. Enkele voorbeelden:

- het stimuleren van projecten gericht op het herontwerpen van zorgprocessen binnen de ziekenhuizen;
- een verdere afstemming van de systemen voor visitatie van medisch specialisten en accreditatie van ziekenhuisorganisaties;
- de financiering van de vervolgopleiding voor medisch specialisten;
- verder dereguleren van de bouwwetgeving;
- het geven van een prikkel voor een ziekenhuis om op meerdere locaties te blijven functioneren.
- geavanceerde toepassing van de ICT.

#### *2.5 Deregulering*

De afgelopen jaren zijn verschillende partiële wetswijzigingen doorgevoerd en voorstellen gedaan voor de modernisering van de drie structuurwetten: Ziekenfondswet (ZFW), Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). De belangrijkste voorgenomen wijzigingen van de ZFW en de WTG heb ik in het voorjaar 2000 aan de Kamer voorgelegd<sup>2</sup>.

In dit verband maak ik ook melding van de betekenis van de mededingingswet voor deze sector. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) onderzoekt al enige tijd welke interne regelgeving van de verschillende belangenorganisaties in de curatieve sector strijdig is met de mededingingswetgeving.

#### *2.6 Actieplan Zorg Verzekerd: een omslag (2000)*

In het Actieplan Zorg Verzekerd, gepubliceerd in november 2000, zijn de ontwikkelingen van de afgelopen jaren in het kort samengevat voor de cure en de care. Het adagium van het actieplan is: verzekerde zorg dient binnen een redelijke termijn geleverd te worden. Twee zaken zijn daarvoor

<sup>1</sup> Kamerstuk nr 1. Tweede Kamer 1997–1998 nr. 25 962.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 1999–2000, 27 156, nrs. 1–1, Notitie over de Wet Tarieven Gezondheidszorg; Nota «Speelruimte en verantwoordelijkheid».

onontbeerlijk: 1) voldoende middelen en 2) een efficiënte organisatie van de zorg.

Met de in het actieplan beschreven aanpak worden belangrijke stappen gezet op de weg naar:

- een nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden;
- het doorzetten van decentrale besluitvorming;
- het beter afstemmen van vraag en aanbod van zorg;
- het vergroten van de keuzemogelijkheden van zorgverzekeraar, aanbieder en consument.

In december 2000 sloten de zorgverzekeraars een convenant met de betrokken zorgaanbieders waarin alle noodzakelijke afspraken werden gemaakt om de wachttijden terug te brengen en de financiering van ziekenhuis en specialistische zorg te verbeteren, ter overbrugging van de periode tot de uiteindelijke herziening van deze financiering in 2003. Daarmee pakken zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheden op die met het Actieplan Zorg Verzekerd gegeven worden. Thans vindt op lokaal niveau de inventarisatie van de knelpunten en oplossingen plaats. Voor de GGZ is vorig najaar een plan van aanpak wachtlijsten opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland. Daarin staat de terugdringing van wachtlijsten aan de hand van regionale wachtlijstplannen centraal.

De versterking van het verzekeringskarakter van de ZFW en de ruimte die partijen geboden wordt voor een nieuwe aanpak vormen een omslagpunt in een ingrijpend proces, dat in het begin van de jaren negentig is gestart. Een ander belangrijk element is dat het Kabinet zich gecommitteerd heeft aan het wegwerken van te lange wachttijden in het maximaal haalbare tempo, met twee maal per jaar een beslismoment over eventueel noodzakelijke aanvullende middelen.

## **DEEL II AGENDA VOOR HET VERVOLGTRAJECT MODERNISERING CURATIEVE SECTOR**

### **Wat staat ons nog te doen**

De modernisering van de organisatie en sturing van de curatieve zorg vormt een veelomvattend traject, dat zich over een langere periode uitstrekt. In deel I zijn de vorderingen op de diverse onderdelen samengevat. In dit deel II gaat het om werk dat thans al in voorbereiding is, en zaken die nieuw ter hand genomen worden.

Voor het welslagen van het verdere moderniseringsproces is een goede regievoering noodzakelijk, met als kenmerken:

- een duidelijk meerjarig perspectief voor alle betrokkenen;
- tijd en kennis om nieuwe vaardigheden te leren voor alle betrokken partijen;
- informatie vergaren om goede keuzen te maken;
- nieuwe en heldere grenzen stellen aan ieders verantwoordelijkheid.

Dit moderniseringsproces vraagt veel inzet en commitment van alle partijen. Een groot gedeelte wordt in partnership met het veld uitgevoerd. Gewerkt wordt in de geest van de meerjarenafspraken: samen met het veld wordt de richting bepaald, en wordt vastgesteld wat binnen een bepaalde periode tot stand moet komen. Dit alles vraagt om een consistente lijn, van zowel overheid als van veldpartijen. Alleen in goed vertrouwen kunnen de noodzakelijke veranderingen tot stand komen. Gezien de omvang van het moderniseringsproces en de impact daarvan, beschouwt de overheid zich als regievoerder.

## Algemene uitgangspunten

De taak waarvoor we de komende jaren staan, is om het veranderingsproces naar een vraaggestuurde en organisatorisch gemoderniseerde curatieve sector consequent en in samenhang mogelijk te maken.

In essentie krijgen zorgverzekeraars, consumenten en zorgaanbieders de vrijheid en de verantwoordelijkheid om de zorg die nodig is naar eigen inzicht, behoeften en mogelijkheden te regelen binnen een kader dat de overheid stelt. De curatieve sector is zeer omvangrijk en complex. Het bepalen van de juiste prikkels voor alle partijen met als doel om zo veel als mogelijk is te komen tot een goede kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, vraagt tijd en veel zorgvuldigheid. Sturingsbevoegdheden moeten worden overgedragen van overheid aan veld, maar dan moet ook aannemelijk zijn dat partijen hun verantwoordelijkheden waar kunnen maken. Onder meer door deregulering van wet- en regelgeving – een proces dat al geruime tijd aan de gang is – krijgen partijen de benodigde ruimte. De overheid blijft eindverantwoordelijk voor het niveau en de samenstelling van de collectieve uitgaven. De zorguitgaven blijven daarmee onderdeel van de jaarlijkse afweging in het reguliere budgettaire besluitvormingsproces.

Deze eindverantwoordelijkheid krijgt in een meer vraaggestuurd model een andere vorm. De overheid toetst prestaties en niet langer processen. Er vindt daarom een verschuiving plaats: van regulering, controle op input en toetsing vooraf, naar controle op prestaties en toetsing achteraf. Prestatie-afspraken die contractueel worden overeengekomen, de mate waarin men voldoet aan normen en indicatoren die kwaliteit en toegankelijkheid meten, gaan de basis vormen voor verantwoording en voor de handhaving door de toezichthouders. De komende jaren laat ik een programma uitvoeren met als doel deze publieke belangen zoveel als mogelijk meetbaar en toetsbaar te maken.

Bepaalde investeringsbeslissingen in deze sector hebben grote externe effecten of zijn zeer bepalend voor de landelijke (infra)structuur van de zorg. Het is niet waarschijnlijk dat partijen, gelet op het risico dat zij lopen, deze beslissingen adequaat kunnen en zullen nemen. De overheid blijft noodzakelijkerwijs hier een meer sturende rol houden. Tot dit soort beslissingen reken ik in elk geval die over de topklinische zorg (zoals de bijzondere medische verrichtingen ex WBMV), de opleidingen voor onder meer huisarts en specialist. Voor de onderbouwing van deze beslissingen zal de overheid een richtinggevende visie op organisatie en ontwikkeling van de curatieve sector nodig (blijven) hebben: een sectorale zorgvisie.

Binnen het kader zoals boven omschreven, krijgen zorgverleners, consumenten en verzekeraars een grotere vrijheid en financiële ruimte om de noodzakelijke zorg te organiseren. Om deze grotere vrijheid mogelijk te maken is een verdere deregulering nodig. Het dereguleringsprogramma voor de drie bekende structuurwetten, de ZFW, de WTG en de WZV zal binnen enkele jaren zijn voltooid. Echter, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen op lokaal en regionaal niveau alleen doelmatig van deze vrijheid gebruik maken (dat wil zeggen de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk organiseren) als de sector een passende incentivestructuur krijgt. Dat wil zeggen: zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten een existentieel belang hebben bij het voortdurend optimaliseren van de noodzakelijke zorgverlening zowel qua kwaliteit als qua doelmatigheid. De continuïteit die zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig hebben voor hun voortbestaan, zal uiteindelijk een belangrijke drijfveer zijn om zich naar elkaars belangen en die van de consument te richten. Het risicodragend maken van zorgverzekeraars, het opheffen van de contracteer-

plicht, de hervorming van het overeenkomstenstelsel en de tarief-hervorming<sup>1</sup> zijn belangrijke elementen van deze incentivestructuur. Transparantie van kwaliteit en prestaties van verzekeraars en zorgverleners is daarbij een voorwaarde. De toegankelijkheid, de organisatie en de beschikbaarheid van deze informatie voor contractpartijen en consument vormen een thema dat ik de komende tijd met de betrokken partijen verder ga uitwerken. Een ICT-netwerk is hierbij onmisbaar. Een dergelijk netwerk is tevens een doorslaggevend instrument bij een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn, ofwel voor de tot stand koming van ketenzorg. De ontwikkeling hiervan bevorder ik dan ook krachtig, bijvoorbeeld via het door mij vorig jaar opgerichte platform ICT in de Zorg.

Een tendens die een effectieve incentivestructuur verstoort, is de steeds verdergaande concentratie bij zowel de aanbieders als de verzekeraars. Dit kan een doeltreffend gebruik van de vrijheid die aan de partijen zal worden geboden in de weg staan. Ik acht deze verdergaande concentratie van aanbieders in deze sector, voorzover niet zorginhoudelijk gemotiveerd, een risico voor een goed functioneren van een vraaggestuurd model. Ik zal in overleg met de mededingingsautoriteit bezien hoe dit risico kan worden beheerst.

De daadwerkelijke transformatie van een aanbodgestuurde sector naar een meer vraaggestuurde sector vindt plaats op basis van onderzoeken naar de marktstructuur en het marktgedrag op de vele deelmarkten waaruit de curatieve sector bestaat. Ik laat in deze deelmarkten onderzoeken wat de uitgangspositie is op iedere deelmarkt; welke reacties van zorgverzekeraar en zorgverlener te verwachten zijn, welke informatie beschikbaar moet zijn om verantwoorde keuzen door consument en verzekeraar mogelijk te maken, en hoe de publieke belangen geborgd zullen zijn. Dit programma van deelmarktonderzoeken moet voldoende informatie opleveren ten aanzien van de vormgeving, voorwaarden en het tempo van de handelingsvrijheid die de overheid aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zal geven. Aldus wordt een verantwoorde en zorgvuldige overdracht van verantwoordelijkheden gewaarborgd.

*De deelmarkt voor topklinische zorg kent zeer kostbare investeringen, schaarse kennis en snelle medisch technologische ontwikkelingen. Het is doelmatic deze zorg te concentreren en waar nodig niet risicodragend te financieren. De deelmarkt van de fysiotherapie daarentegen kent voldoende aanbieders en kennis en een relatief minder kostbare infrastructuur. Op deze deelmarkt kan de regulering waarschijnlijk beperkt blijven tot kwaliteitsborging.*

De grotere vrijheid voor partijen heeft een onmisbare tegenhanger: verantwoording afleggen hoe men van deze vrijheid gebruik heeft gemaakt. Ook dit is een aspect van de borging van het publieke belang in deze sector.

De zorginhoudelijke lijn van het moderniseringsproces in de curatieve zorg wordt voortgezet. Een goede zorginhoudelijke samenwerking en taakverdeling tussen de professionals in de curatieve sector ondersteun ik. Een efficiënte organisatie van de specialistische zorg en huisartsenzorg, een herdefiniëring van functies en taken zoals bij de oogzorg en mond-zorg succesvol wordt aangepakt, een groter accent op het medisch technisch handelen in het verpleegkundig beroep en een helder inzicht in producten en prijzen van de vele zorgverleners zijn belangrijke onderdelen van dit programma.

Bovenstaande samenvattend, kom ik tot de volgende punten:

<sup>1</sup> Zie onder meer: de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» VWS mei 2000.



- de overheid draagt verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen in de curatieve sector;
- verzekeraar, consument en zorgverlener krijgen vrijheid en verantwoordelijkheid om de zorg lokaal en regionaal te organiseren;
- de overheid stelt een kader aan deze vrijheid. Dit kader bestaat uit een toetsbare omschrijving van publieke belangen;
- de overheid reguleert investeringsbeslissingen van nationaal belang;
- er is een goed werkende incentivestructuur voor alle partijen;
- de sector wordt transparant gemaakt voor de (verschillen in) prestaties, kwaliteit en de producten en dienstverlening van alle betrokkenen;
- per deelmarkt wordt de balans tussen vrijheid en regulering vastgesteld.

De agenda voor de komende periode wordt gevormd door negen projecten die de nieuwe rollen en verantwoordelijkheden van partijen de komende jaren mogelijk maken, stimuleren en ondersteunen. Deze projecten worden als een samenhangend programma uitgevoerd. In de bijlage bij deze brief heb ik dit schematisch samengevat<sup>1</sup>. Het gaat om een veranderingsproces waarvoor het fundament in de jaren negentig is gelegd, een proces dat nog tot ver in dit decennium zal doorlopen.

Een nauwkeurige tijdplanning is moeilijk te geven. Een aantal activiteiten kent een duidelijke tijdhorizon, in het bijzonder de deelprojecten met een instrumenteel karakter. In 2003 moet een werkbaar systeem van producttyperingen in de ziekenhuissector en de specialistische zorg beschikbaar zijn (diagnose behandelcombinaties ofwel DBC's). In 2005 zijn de verzekeraars risicodragend gemaakt voor het contracteren van alle curatieve zorgverlening.

Bij de deelmarktonderzoeken wordt het al lastig om een tijdschema te geven voor de uitvoering van de aanbevelingen die ik nu nog niet ken. Er zijn ook enkele deelprojecten zoals de transparantie en de ontwikkeling en meting van normen en indicatoren, waar de voortgang en inzichten sterk bepaald worden door de partijen die hierin het voortouw zullen krijgen. Wanneer omtrent deze deelprojecten de afspraken en projectdefiniëring gereed zijn, zal een beter inzicht ontstaan in deze tijdschema's, de synchronisatie met de andere deelprojecten en de gevolgen voor de regievoering.

In de volgende paragrafen schets ik de projecten, geclusterd naar de rolverdeling van de betrokken partijen: overheid, zorgverzekeraar, consument en zorgaanbieder.

## **1 De overheid**

De taken van de overheid hangen enerzijds samen met het behoud van haar specifiek opdracht ten aanzien van de zorg en anderzijds met haar rol als regisseur van het veranderingsproces. In de komende periode ligt de nadruk op vijf projecten:

- Deelproject 1: Operationeel maken van de publieke belangen in de curatieve sector
- Deelproject 2: Het handhaven van de publieke belangen
- Deelproject 3: Aanpassen wet- en regelgeving aan een meer vraaggestuurd systeem
- Deelproject 4: Doorlichten deelmarkten op structuur, gedrag en resultaten
- Deelproject 5: Transparant maken van de inkoopmarkt

Deze projecten worden hieronder nader uitgewerkt.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.



De overheid wil bij de sturing van het zorgstelsel drie publieke belangen kunnen blijven waarborgen: algemene toegankelijkheid van de zorg, goede kwaliteit, doelmatigheid en (dus) betaalbaarheid. De borging van deze belangen verloopt tot dusverre grotendeels via wet- en regelgeving, bijvoorbeeld met betrekking tot capaciteiten, investeringen, functies en tarieven. Deze wijze van borging berust voornamelijk op centrale besluitvorming, met als gevolg geringe keuzevrijheid op decentraal niveau. De overgang naar een vraaggestuurd stelsel brengt met zich mee dat de verantwoordelijkheid voor en besluitvorming over de inrichting van de zorg verschuift naar partijen op decentraal niveau. Dit betekent voor de overheid een verschuiving in het instrumentarium waarmee de publieke belangen worden gewaarborgd. Het belang van regulering van het aanbod via ZFW, WZV en WVG neemt af. Het belang van marktwerking, informatievoorziening, normstelling, verantwoording en transparantie neemt toe. Dit betekent overigens ook dat de partijen die thans betrokken zijn bij de uitvoering van voornoemde wetten, in de toekomst nieuwe taken krijgen, zoals uit onderstaande blijkt.

Zodra de overheid een grotere verantwoordelijkheid bij de lokale partijen legt, dient meer dan ooit helder te zijn waar de overheid zelf nog verantwoordelijk voor is en op aangesproken kan worden. Zij blijft eindverantwoordelijk voor een doelmatig werkend systeem dat toegankelijk is en noodzakelijke zorg van aanvaardbare kwaliteit levert. Deze verantwoordelijkheid wordt geoperationaliseerd door eisen aan het systeem te stellen en hierop achteraf te toetsen. In de regel zal de overheid deze eisen niet zelf formuleren. Ik wil in een wettelijke opdracht, gericht aan de betrokken partijen, vastleggen om normen, kengetallen of indicatoren op te nemen in de overeenkomsten die met aanbieders worden gesloten. Waar dit mogelijk is zal ik de betrokken ZBO's en andere organisaties inschakelen om de contracterende partijen ondersteuning te geven bij het ontwikkelen van dergelijke parameters.

De eisen die ik, vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid, aan een meer vraaggestuurd systeem stel, werk ik uit volgens de lijnen van toegankelijkheid, van kwaliteit en van doelmatigheid en betaalbaarheid.

#### Toegankelijkheid

Dit is een zeer actueel thema, gezien de wachttijden voor sommige vormen van zorg en de knelpunten in de 24-uurs beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorgverlening. Ten aanzien van aanvaardbare wachttijden hebben de zogenoemde Treekpartijen (aanbieders en zorgverzekeraars) afgelopen jaar voorstellen voor normen gedaan. In de GGZ bestaan reeds normen ten aanzien van de acute hulpverlening. Dit is tevens een voorbeeld van hoe ik borging in de toekomst zie: de overheid legt vast dát er normen zijn en de betrokken veldpartijen geven daar vorm en inhoud aan. De inbreng van patiënten/consumenten is daarbij uiteraard onmisbaar. Uiteindelijk toets ik deze uitkomsten aan het publiek belang. Ook voor de 24-uurs beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg wil ik graag normen ontwikkeld zien. Voor de acute tweedelijns verloskunde wordt dit thans nader uitgewerkt; een uitvoeringstoets hierover heb ik eind vorig jaar bij het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen neergelegd. De beantwoording vindt in nauw overleg met de betrokken beroepsorganisaties plaats.

Op dit punt is al veel bereikt dankzij de Wet kwaliteit zorginstellingen (1996), zoals ook bleek tijdens de laatste Leidschendam conferentie (voorjaar 2000). De Kwaliteitswet vereist dat het veld zelf activiteiten onderneemt om de kwaliteit te waarborgen, zonder dat de wetgever in detail treedt over hoe dat precies wordt uitgevoerd. Dat geeft de instellingen de vrijheid om kwaliteit naar beste – professioneel – inzicht te verwezenlijken. Op dit moment wordt de wet geëvalueerd. De resultaten daarvan verwacht ik aanstaande zomer.

In de komende periode wil ik, passend in het kader van de kwaliteitswetgeving, normen en indicatoren voor de kwaliteit van de geboden zorg laten ontwikkelen, opdat de wet op een betere basis gehandhaafd kan worden. Voorts wordt hierdoor de informatie aan consumenten en zorgverzekeraars verbeterd.

Een systematische ontwikkeling van professionele standaarden door de professionals zelf is noodzakelijk voor de borging van kwaliteit van diagnose en behandeling. Hieraan wordt overigens al geruime tijd door partijen gewerkt. Het maakt professionele handelingen toetsbaar voor de Raden van Toezicht van zorginstellingen, voor de IGZ en voor contractpartijen.

In overleg met de IGZ en met de beroepsgroepen wil ik een programma opstellen om het professionele handelen systematisch te laten toetsen aan de hand van, deels reeds bestaande, standaarden. Tevens wordt informatie verzameld over de variatie in medisch handelen, voorschrijven en doorverwijzen. De toezichthouders en contractpartners beschikken over instrumenten om professionals en instellingen bij onverklaarbare en onwenselijke componenten in die variatie bij te sturen. Binnen het verband van Verpleegkundige Advies Raden (VAR) zal de kwaliteitszorg voor het verpleegkundig handelen gepositioneerd worden. Dit zal nodig zijn bij een toenemende multiprofessionele samenwerking tussen de zorgverleners.

De verdere implementatie van het kwaliteitsbeleid krijgt veel aandacht. Voor de borging van de kwaliteit in ziekenhuizen is door het NIAZ een accreditatiesysteem ontwikkeld, op basis van de NIZA/PACE (proefproject accreditatie in ziekenhuizen)normen. In de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (SHKZ) ontwerpen partijen in tripartiete overleg per sector certificatieschema's en beoordelingsschema's die gebruikt kunnen worden door certificerende instellingen.

Op het gebied van de implementatie verwacht ik voorts veel van de zogeheten doorbraakprojecten van het kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), waarbij aantoonbare verbeteringen op specifieke onderwerpen bereikt worden door bestaande kennis breed te implementeren. De eerste serie heeft inmiddels plaats gevonden. Dit betrof de intensive care en de spoedeisende hulp.

### Doelmatigheid en betaalbaarheid

De overheid blijft verantwoordelijk voor de omvang en doelmatigheid van de collectief gefinancierde uitgaven. De betaalbaarheid wordt in de toekomst geborgd doordat partijen de juiste prikkels krijgen om tot een optimale prijs/kwaliteit verhouding te komen.

Van belang is daarbij om te beschikken over reële ramingen inzake demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kan bijvoorbeeld de vraag beantwoord worden of de kostenontwikkeling van de verplichte zorgverzekering op termijn inpasbaar blijft in het beslag dat de collectieve sector legt op de economie. Als het antwoord ontkennend mocht zijn, kan de overheid haar eindverantwoordelijkheid voor dit belang

dragen via het inzetten van in principe drie instrumenten: bijsturing op het verzekeringspakket, op de kring van verplicht verzekerden of door middel van eigen betalingen door verzekerden.

### *deelproject 2 Handhaving van het publieke belang*

Met de deregulering, de decentralisatie van veel besluitvorming en de toenemende keuzevrijheden voor partijen wordt het afleggen van verantwoording en van de rol van het toezicht belangrijker. Dit toezicht in de curatieve sector loopt via drie lijnen:

1. intern toezicht op het functioneren van instellingen door Raden van Toezicht;
2. extern toezicht op de kwaliteit van zorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
3. toezicht op de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de verzekeringsuitvoering door het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ).

#### Toezicht door de Raad van Toezicht

Zorginstellingen en professionals hebben de plicht om zorg van aanvaardbare kwaliteit te leveren. De naleving van deze plicht kan beter toetsbaar gemaakt worden door het gebruik van kengetallen, indicatoren en door accreditatie. Het geeft de Raden van Toezicht beter inzicht in het functioneren van hun instellingen en biedt de zorgverzekeraars aanknopingspunten om afspraken op toetsbare wijze in contracten vast te leggen en de naleving ervan te evalueren.

#### Toezicht door de Inspectie

De Inspectie houdt toezicht op de goede borging van de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd door instellingen en beroepsbeoefenaren. De IGZ heeft de bevoegdheid en de instrumenten om, als er sprake is van tekortschietende kwaliteit, de instelling of de beroepsbeoefenaar bij te sturen, in eerste instantie door middel van overreding en overtuiging, in laatste instantie door middel van cauties en sancties. Daarnaast ziet de IGZ toe op de doelmatigheid van instellingen en van beroepsbeoefenaren ten aanzien van de verleende zorg.

#### Toezicht door College Toezicht Zorgverzekeringen

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij geven daaraan inhoud door toetsbare contractuele afspraken met zorgaanbieders, en toezicht op de naleving daarvan. Het is vervolgens aan het CTZ om te beoordelen of zorgverzekeraars op rechtmatige en doelmatige wijze aan hun zorgplicht hebben voldaan. Het CTZ beschikt over de bevoegdheid en instrumenten om in individuele gevallen het gedrag van de zorgverzekeraar te sanctioneren en bij te sturen.

Als de regelgeving afneemt, en er andere borgingsmechanismen worden ingezet, veranderen ook dienovereenkomstig het toezicht en de oordeelsvorming daarover door de overheid. In de toekomst vormt het toezicht het sluitstuk van een systeem waarin steeds nieuwe evenwichten gezocht moeten worden tussen zelfsturing en overheidssturing. De uiteindelijke bedoeling van het toezicht op de werking van het systeem, is het verkrijgen van een antwoord op de centrale vraag in de zorg: krijgt de patiënt tijdig de kwalitatief verantwoorde zorg die hij of zij nodig heeft en waarvoor hij of zij verzekerd is. Om deze vraag goed onderbouwd te kunnen (blijven) beantwoorden wil ik een modernisering doorvoeren op drie aspecten:

- binnen het huidige toezicht op rechtmatigheid (wordt aan de regelgeving voldaan) wordt een zwaarder accent gelegd op het toezicht op doelmatigheid, namelijk op goede uitkomsten van het zorgsysteem voor de patiënt. De toetsing op rechtmatigheid blijft uiteraard bestaan, maar zal door de geringere hoeveelheid regels minder veelomvattend zijn. Voor de doelmatigheidstoetsing is verdere ontwikkeling van bovengenoemde kengetallen en indicatoren essentieel;
- verkleining van de thans bestaande scheiding tussen het toezicht van de IGZ en het CTZ. Op dit moment zijn de respectievelijke verantwoordelijkheden en functies sterk gescheiden. Antwoorden op aan elkaar gerelateerde vraagstellingen worden bijvoorbeeld niet gekoppeld (zoals: is er een kwaliteitsjaarverslag? – IGZ; voldoet deze ziekenfonds-uitgave aan de regelgeving? – CTZ). Om het gemoderniseerde toezicht toe te spitsen op de goede uitkomsten van het zorgsysteem, zullen de toezichtorganen meer met elkaar in overleg treden en afstemming zoeken, met behoud van eigen rol en verantwoordelijkheid;
- instrumenteren van partijen door het helpen ontwikkelen van kengetallen, normen en indicatoren. Dit is de grondslag voor meting en evaluatie van de resultaten van partijen. Zie voor een nadere uitwerking paragraaf 7.

### *deelproject 3 Aanpassen wet- en regelgeving aan een meer vraaggestuurd systeem*

De ZFW, WZV en de WTG vormen een drietal samenhangende wetten, die tezamen de aanbodstructuur van de curatieve sector bepalen. Het afgelopen decennium hebben al enkele moderniseringsronden plaatsgevonden. Resultaten hiervan zijn bijvoorbeeld de maximum tarieven, de trekkingsrechten in de bouw – de meldingsregeling – en het vrij contracteren van vrije beroepen.

Verdere modernisering van deze wetten is noodzakelijk om recht te doen aan de keuzevrijheid en verantwoordelijkheidsverschuivingen die uit vraaggestuurde zorg voortvloeien. Bij de modernisering van genoemde wetgeving is het adagium: geen regulering – tenzij. Alleen bepaalde, goed omschreven activiteiten in de curatieve sector, zoals transplantatie-geneeskunde, moeten weloverwogen worden onttrokken aan het systeem van zelfregulering.

Modernisering van voornoemde wetten is tevens noodzakelijk om ze in overeenstemming te brengen met de mededingingswetgeving en met verdragsrechtelijke verplichtingen in het kader van de EU.

Concreet gaat het om het volgende:

- bij de herziening van de WZV staat de vraag centraal welk deel van de infrastructuur uit het oogpunt van doelmatigheid door de overheid gepland en gefinancierd blijft.
- de werkingssfeer van de WTG en de tariefstructuur worden afgestemd op de marktstructuur van iedere deelmarkt. De uitkomsten van de diverse deelmarktonderzoeken vormen een basis voor de toepassing van de WTG. Omdat de WTG een procedurewet is, is deze zeer flexibel in gebruik. Aanpassingen kunnen daarom goed gerealiseerd worden. De WTG kan overigens ook een belangrijke functie vervullen bij het reglementeren van de wijze waarop door instellingen gedeclareerd wordt: bijvoorbeeld de manier waarop de kosten worden gedeclareerd is uniform. Ook kan de WTG ingezet worden om te bewerkstelligen dat door de zorgaanbieders relevante marktinformatie wordt verschaft;
- bij de ZFW gaat het om het opheffen van de contracteerverplichting, de herziening van het overeenkomstenstelsel en waar mogelijk het tot stand brengen van een functionele omschrijving van de aanspraken. Dit alles is een voortzetting van de reeds ingezette lijn in de voor-

gaande periode. De gevraagde uitvoeringstoetsen over opheffing van de contracteverplichting en herziening van het overeenkomstenstelsel zijn uitgebracht. Een wetsvoorstel hierover leg ik binnenkort aan u voor.

#### *deelproject 4 Het doorlichten van deelmarkten op structuur, gedrag en resultaten*

De deelmarktonderzoeken zijn de scharnierpunten tussen wat theoretisch wordt verwacht van de werking van een deelmarkt en van wat zich in de werkelijkheid afspeelt. Op grond van deze onderzoeken kan worden bepaald wat het tempo, de aard en de voorwaarden voor verdere deregulering zijn.

Elke deelmarkt – zoals die van de ziekenhuizen, de huisartsen, de fysiotherapeuten – kent haar eigen karakteristieken en specifieke uitgangspositie bij de overgang naar het toelaten van meer vraagsturing. Om de kans van slagen van gewenste gedragsveranderingen van partijen goed in te kunnen schatten, is het noodzakelijk, de eigenschappen van de deelmarkten helder in beeld te hebben.

Per deelmarkt laat ik daarom onderzoeken wat de marktstructuur, het marktgedrag en de uitkomsten zijn. Er zullen onder meer antwoorden komen op vragen naar de toetredingsmogelijkheden van nieuwe aanbieders, naar de noodzaak van al dan niet prijsregulering via de WTG, of naar het van toepassing zijn van de WZV. Eveneens moet zichtbaar worden hoe soepel een markt is: passen vraag- en aanbodverhoudingen zich snel aan, en op welke wijze dient het instrumentarium daaraan te worden aangepast. Tevens zal uit het onderzoek blijken hoe per deelmarkt toegankelijkheid en kwaliteit geborgd zijn, respectievelijk dienen te worden.

De eerste onderzoeken starten in de loop van 2001.

Een moderne curatieve zorg vereist tal van investeringen. Vele daarvan kunnen op doelmatige wijze door de zorgaanbieders in samenspraak met zorgverzekeraars zelf beslist worden. Een aantal investeringsbeslissingen leent zich daar echter minder goed voor, bijvoorbeeld omdat ze buitengewoon kostbaar zijn of een landelijke functie hebben. De risico's voor aanbieders en verzekeraars kunnen te groot zijn. Voor dergelijke investeringsbeslissingen blijft de overheid een rol houden in de planning en bekostiging. Ik heb in het voorgaande al genoemd wat ik hiertoe reken, recapitulerend komt het neer op de investeringen voor activiteiten die onder de WBMV gebracht zijn of dat nog worden, de opleiding van huisartsen en medisch specialisten. Onderzocht zal worden in hoeverre investeringsbeslissingen ten aanzien van infrastructurele projecten aan de verantwoordelijkheid van de aanbieders kan worden overgelaten, hoe de publieke belangen die hieraan raken (bijvoorbeeld spreiding van capaciteit) zekergesteld kunnen worden, voor welke investeringsbeslissingen de overheid zelf verantwoordelijk moet blijven, en tenslotte hoe de bekostiging kan worden aangepast om bij deze gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling aan te sluiten.

- In het vervolg hierop moet de vraag beantwoord worden op basis van welke criteria beslist wordt wat nog «des overheids» is, en wat tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar wordt gerekend. Afgezien van de noodzaak op dit vlak een glasheldere verantwoordelijkheidsverdeling vast te stellen, is dit eveneens van belang voor een correcte uitvoering van het model om verzekeraars risicodragend te maken. Het bepalen van deze demarcatielijnen geschiedt in nauw overleg met het CBZ en het CTG.

In de eerstvolgende paragraaf wordt uiteengezet wat de benodigde financiële prikkels ten aanzien van de zorgverzekeraar moeten zijn (deelproject 7). Er is echter meer nodig om de zorgverzekeraar effectief te kunnen laten contracteren. Ik denk aan deskundigheidsbevordering, aan het transparant maken van markten en aan de evaluatie van zorgprestaties (benchmarking).

In een aanbodgestuurd model wordt voornamelijk die informatie vastgelegd die noodzakelijk is in verband met de centrale bekostiging en planning. Informatie over prestaties, producten en kwaliteit is schaars en voorzover aanwezig moeilijk vergelijkbaar. In een vraaggestuurd model is dit soort informatie echter onontbeerlijk.

- Ten behoeve van een efficiënt zorginkoopbeleid moet de zorgverzekeraar beschikken over gedegen kennis van de behoeften van zijn verzekerden. Deze kennis zal de zorgverzekeraar zelf vergaren door gericht (markt)onderzoek. Omdat deze nieuwe behoefte aan informatie veel inspanning vereist, wil ik in de aanloopfase graag een aantal initiatieven ondersteunen, uiteraard in nauw overleg met de zorgverzekeraars. Deze zullen immers op den duur op eigen kracht in hun informatiebehoefte moeten kunnen voorzien. Het gaat om de volgende initiatieven:
- ontwikkeling van een methodiek voor de benchmarking van prestaties van ziekenhuizen en andere zorgleveranciers;
- vergroting van de expertise bij zorgverzekeraars inzake producten en diensten in de curatieve sector. Het CVZ speelt hierbij een initiërende rol;
- samenstelling van een «catalogus van producten (waaronder DBC's, zie ook hieronder) en diensten» in de curatieve sector;
- oprichten van kenniscentra met informatie over nut, noodzaak en doelmatigheid van producten en therapieën. Deze centra worden geen nieuwe of zelfstandige organisaties. Ze worden ingebed binnen bestaande organisaties. Het CVZ heeft al belangrijke initiatieven genomen met de kenniscentra voor hulpmiddelen, geneesmiddelen en diagnostische verrichtingen. De brancheorganisatie ZN is eveneens actief bij het ondersteunen van haar leden bij het doorlichten van de markten voor hulpmiddelen en geneesmiddelen.

## **2 De zorgverzekeraar en de consument**

De zorgverzekeraar en de consument vormen op het punt van de vraagsturing een duo: de zorgverzekeraar behartigt de belangen van zijn verzekerden die, zodra zij daadwerkelijk zorg behoeven, consumenten worden. Op het punt van de verzekering zijn verzekerde en verzekeraar contractpartijen.

Van de zorgverzekeraar wordt verwacht dat hij, namens zijn verzekerden, als regisseur optreedt van een regionaal passende organisatie van het zorgaanbod, waarbij hij doelmatig zorg inkoop. Omdat hier sprake is van het – gedelegeerd – uitvoeren van een publieke taak, is het zichtbaar maken van de wijze waarop de zorgverzekeraar deze taak uitvoert onmisbaar. Een toetsbare code «goed verzekeraarschap» laat zien hoe dit concreet vorm krijgt. De code geeft tevens inzicht hoe de verzekerde respectievelijk consument invloed heeft op het gezondheidszorgbeleid van de zorgverzekeraar.

De consument dient beter in staat gesteld te worden op basis van goede informatie keuzen in het zorgaanbod te maken, waarmee zij of hij ook meer verantwoordelijk wordt voor die keuzen.

In de komende periode worden de volgende projecten uitgevoerd om deze veranderingen mede mogelijk te maken:



Deze projecten worden hieronder nader uitgewerkt.

*deelproject 6 Goed consumentenschap/Verantwoord kiezen*

Voor de consument geldt in een vraaggericht stelsel dat:

- hij/zij in een zelfstandige positie is om te kunnen kiezen
- er informatie beschikbaar is om de goede keuzen te maken
- er iets te kiezen moet zijn

Voor het laatste punt worden de voorwaarden gecreëerd door de vrijheid te geven aan aanbieders en verzekeraars om het zorgaanbod regionaal passend in te vullen. Dat betekent dat er meer ruimte komt voor variatie in het zorgaanbod.

Uiteraard betekent vraaggestuurde zorg niet, dat altijd aan elke individuele wens van de consument tegemoet gekomen moet worden. De overheid zal therapieën en middelen die niet doelmatig of kosteneffectief zijn niet in het verplicht verzekerde pakket opnemen. Daarnaast wordt de vraag van de consument begrensd door standaarden van professionals, waarin is aangegeven wat gepaste zorg is.

Beoogd wordt om de relaties in de driehoek tussen zorgverzekeraar, consument en zorgaanbieder meer gelijkwaardig en evenwichtig te maken. Voor een evenwichtige relatie tussen consument en zorgaanbieder is het van belang, om de consument een zelfstandige positie te geven. Deze zelfstandigheid wil ik vergroten door de consument de beschikkingmacht te geven over zijn of haar medisch dossier.

De consument is ten behoeve van zijn/haar keuzen gebaat bij inzichtelijke informatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars:

- van zorgaanbieders: over het behandelaanbod, de kwaliteit daarvan en de leveringsvoorwaarden naar tijd en plaats;
- van zorgverzekeraars: over de service, dienstverlening, de verzekeringspakketten en de prijs/kwaliteitsverhouding van die pakketten.

Op dit gebied hebben de patiënten- en consumentenorganisaties een belangrijke rol. Ik wil daarom in nauw overleg met die organisaties de vergroting van kennis bij de consumenten bewerkstelligen. De al genoemde kenniscentra spelen hierbij uiteraard een grote rol.

In de nota patiënten/consumentenbeleid, die dit voorjaar verschijnt, worden deze en andere vraagstukken nader uitgewerkt.

*deelproject 7 Het risicodragend maken van Verzekeraars*

Zorgverzekeraars zijn met ingang van 2000 nagenoeg volledig risicodragend voor de kosten van de extramurale zorgverlening. De komende periode wordt de risicodragendheid voor de kosten van specialistische zorg en ziekenhuis vergroot. Afgelopen najaar heb ik met ZN bestuurlijke afspraken gemaakt over de verdere ontwikkeling van het financieringsmodel van de zorgverzekeraars in 2001 en 2002, voor de intramurale curatieve sector. Ik streef ernaar om in 2005 over een goed werkend systeem van verzekeraarsfinanciering te beschikken, waarin de zorgverzekeraars in hoge mate risico lopen op alle productiegebonden onderdelen van de verstrekking.



### 3 De zorgaanbieders

Van de zorgaanbieders die collectief verzekerde zorg bieden, wordt verwacht dat ze zich gedragen als maatschappelijke ondernemers, die zich controleerbaar opstellen, transparant zijn in hun handelen en toetsbaar in hun prestaties. Zij zullen de kwaliteit en organisatie van het zorgaanbod afstemmen op de behoeften van de consument. Ter ondersteuning voer ik de volgende projecten uit:

Deelproject 8 Modernisering ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg

Deelproject 9 Modernisering van de eerstelijnszorg

Deze projecten worden hieronder nader uitgewerkt:

#### *deelproject 8 Modernisering ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg*

De huidige wijziging van het bekostigingssysteem van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg (als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, het GMSB) is een essentieel project binnen het programma voor de modernisering van de curatieve sector. Als nieuw bekostigingsinstrument worden de diagnose behandelcombinaties, (DBC's: aan elke behandeling wordt een productprijs toegekend) thans (verder) ontwikkeld. Deze verandering heeft belangrijke effecten. In de eerste plaats wordt het medisch-specialistisch product op zich zichtbaar gemaakt en geprijsd, waarmee de activiteiten van ziekenhuizen en specialisten *transpanter* worden. In de tweede plaats heeft de invoering van productprijzen een grote spin off voor *doelmatig* werken in de ziekenhuisorganisatie, vooral dankzij de integratie van de specialist in die ziekenhuisorganisatie. In de derde plaats kan aan de hand van de nieuwe systematiek een herstructurering van de specialisteninkomens plaatsvinden.

Dit project heb ik in hoofdlijnen beschreven in mijn brief van maart 2000 aan het CTG. Het bestaat uit een aantal deelprojecten:

- het identificeren van de producten van specialist en ziekenhuis, de genoemde diagnose behandelcombinaties;
- de kostprijsberekening van deze producten;
- het separaat zichtbaar maken van de kosten van de specialistische zorg per product;
- implementatie van de ICT die voor het gebruik van DBC's binnen ziekenhuizen noodzakelijk is.

Dit omvangrijke project is in het najaar van 2000 met een krachtige projectleiding van start gegaan. De planning is gericht op de ingebruikname van productprijzen in 2003. Op dat moment zullen de huidige systematiek van lumpsum bekostiging van de specialistenhonoraria en het productiegebonden deel van ziekenhuisbudget komen te vervallen. Vanaf 2001 wordt de bekostiging van de GGZ op een vergelijkbare manier beschreven. Hier geldt ook de implementatie van het ICT-traject.

De bekostigingssystematiek van ziekenhuizen zal ook de voorgestane wijzigingen in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, verzekeraars en aanbieders accommoderen. Waar het streven is om de verantwoordelijkheid voor investeringen en productie zo veel mogelijk bij de aanbieders neer te leggen, zal dit ook tot uitdrukking moeten komen in de bekostigingsmethodiek. De DBC's zullen op termijn zoveel mogelijk het karakter van een integrale kostprijs moeten krijgen.

De eerstelijnszorg is een kostbaar goed. Ruim 90 procent van de gezondheidsklachten wordt in de eerste lijn afgehandeld. De zorgverlening die we in Nederland kennen door bijvoorbeeld huisartsen en verloskundigen mag internationaal uniek genoemd worden. Om te garanderen dat de eerste lijn in de toekomst toegerust blijft voor haar taken is modernisering op diverse gebieden nodig.

De eerstelijns zorg wordt geleverd door een scala van uiteenlopende beroepsgroepen, die als volgt gekarakteriseerd kunnen worden:

- zorginhoudelijk gezien is de organisatiegraad van beroepsbeoefenaren en de kwaliteit van die organisatie zwak. Dat betekent weinig (gestructureerde) onderlinge afstemming, veel «regelrompslomp» voor de individuele beroepsbeoefenaar en een gebrek aan countervailing power, bijvoorbeeld in onderhandelingen met zorgverzekeraar;
- er is sprake van een gestegen werkbelasting, onder meer door sneller ontslag na medisch specialistische behandeling en doordat meer complexe zorg vaker in de thuissituatie geboden kan worden;
- elke beroepsgroep kent zijn eigen systeem voor bekostiging en financiering. Deze systemen op zich zijn weinig transparant en onvoldoende toekomstbestendig;
- onvoldoende integrale benadering als er sprake is van zowel lichamelijke als psychische problematiek;
- onvoldoende inbedding in het lokale en regionale aanbod van aanpalende voorzieningen met betrekking tot wonen, werken, leefomgeving etc.

Dit alles vraagt dringend om een aantal veranderingen. In de kern gaat het daarbij om versterking van de organisatiestructuur, de taakdifferentiatie en taakspecialisatie en om de modernisering van de bekostiging en financiering.

#### Organisatie

Binnen een goed georganiseerde eerste lijn kunnen een aantal vraagstukken aanzienlijk efficiënter worden aangepakt door een aparte financiering van de infrastructuur, waardoor een verscheidenheid aan samenwerkingsvormen kan ontstaan. Een en ander draagt bij aan betere kennisoverdracht, kortere wachttijden, een betere bereikbaarheid en kwaliteit. De dienstenstructuur van huisartsen en verloskundigen wordt tevens aanzienlijk verbeterd. Ook biedt zo'n organisatie de mogelijkheden voor de genoemde taakdifferentiatie en specialisatie. Praktische ondersteuning valt tevens beter te realiseren. Bij een wat forsere schaalgrootte van de organisatie kan bijvoorbeeld een facilitair bedrijf functioneren, met beheersfuncties (werkgeversfunctie, administratie, automatisering, huisvesting, inkoop) en beleidsondersteuning.

Belangrijk is ten slotte dat men zich dankzij een goede organisatie beter kan toerusten voor het overleg met zorgverzekeraars en andere partijen.

In de komende periode wil ik modellen laten ontwikkelen voor eerstelijns organisaties. Daarbij wordt onderzocht welke schaal voor ondersteunende diensten optimaal is, welke disciplines hecht of losser georganiseerd kunnen worden, of welke voorbeeldfunctie de reeds bestaande gezondheidscentra kunnen krijgen. Deze modellen dienen ter facilitering van het regionale overleg. Daar immers zal de organisatie daadwerkelijk vorm krijgen. De regionale invulling geschiedt aan de hand van de behoefte en mogelijkheden ter plaatse. Het is aannemelijk dat een eerstelijnsorganisatie in de grote stad er anders uit zal zien dan één in een dun bevolkt landelijk gebied. Het kan voordelen hebben als de organisaties

fysiek zijn ondergebracht in één gebouw, maar ook virtuele organisaties behoren tot de mogelijkheid.

#### Bekostiging

De toekomstige bekostiging van de eerste lijn moet ruimte geven om tot de gewenste, krachtige organisatie te komen. Ook zal zij zodanig flexibel zijn dat zorgverzekeraars tot regionaal passende contracten kunnen komen met de eerste lijn.

In december 2000 heb ik de commissie Tabaksblat geïnstalleerd. Deze zal mij onder meer adviseren over een toekomstbestendige wijze van financieren van de huisartsenzorg. Aansluitend daarop heb ik een uitvoeringstoets voorbereid met betrekking tot de financiering van de geïntegreerde eerste lijn, die ik binnenkort aan het CTG wil voorleggen.

De bekostiging van de gezondheidscentra wil ik zo spoedig mogelijk herzien. Dit vindt thans plaats via een subsidieregeling. Gezondheidscentra zie ik als een blijvend goed. Dat betekent dat een structurele wijze van bekostiging op zijn plaats is. Dit neem ik mee in de bovengenoemde uitvoeringstoets.