

Vergaderjaar 1997–1998

25 962

Marktwerving in de gezondheidszorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 29 januari 1998

Op 10 en 17 november 1997 hebben de Staatssecretaris en ik overleg met u gevoerd over het Jaaroverzicht Zorg 1998. Tijdens het overleg hebben Kamerleden naar voren gebracht te willen discussiëren over marktwerving in de gezondheidszorg. Wij hebben toegezegd een aanzet te willen geven voor deze discussie in de vorm van een notitie waarin wordt ingegaan op de verschillende vormen van marktwerving. Deze toezegging is bevestigd in een aan u gerichte brief van 13 november 1997 (FBZ/BAZ 97714).

Het doet mij genoegen u, mede namens de Staatssecretaris de notitie over marktwerving hierbij te kunnen aanbieden

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

1. Aanleiding

Tijdens het nota-overleg over het Jaaroverzicht Zorg 1998 op 10 en 17 november 1997, hebben Kamerleden naar voren gebracht te willen discussiëren over marktwerking in de gezondheidszorg. Deze notitie beoogt een beeld te schetsen van bestaande en mogelijke vormen van marktwerking in de gezondheidszorg.

De notitie begint met een beknopte uiteenzetting over het volksgezondheidsbeleid en plaatst kanttekeningen bij het gebruik van het economische begrip marktwerking in het kader van de zorgsector (paragraaf 2). Daarna volgt een analyse van de zorgmarkt via drie invalshoeken: verzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt. Via elk van deze invalshoeken komen mogelijkheden voor marktwerking aan de orde. Vooral financiering en inputs lenen zich in principe voor marktprikkels (respectievelijk paragraaf 3 en 4). Vaak wordt het begrip gezondheidszorg gebruikt als een homogene sector van dienstverlening, voorbijgaand aan het feit dat er sprake is van een breed scala van diensten. Daarom wordt bij de bespreking van de zorgverleningsmarkt in paragraaf 5 een onderverdeling aangebracht naar de belangrijkste sectoren die in de gezondheidszorg kunnen worden onderscheiden. Ik besluit met een kort slotwoord in paragraaf 6.

2. Inleiding

Hoofddoel van het volksgezondheidsbeleid is het verbeteren van de gezondheidstoestand. Daarom spant de overheid zich ervoor in dat zo veel mogelijk mensen zo lang mogelijk gezond blijven en actief deelnemen aan de maatschappij. Daarbij ligt de nadruk op het voorkómen van ziekten en vroegtijdige sterfte, en het garanderen van de toegankelijkheid en kwaliteit van de noodzakelijke zorgvoorzieningen. Voor degenen met een langdurige ziekte of handicap concentreert de beleidsinspanning van de overheid zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het bevorderen van actieve participatie in de samenleving. Gezondheidsbevordering en preventie van ziekten zijn de primaire doelen van het zorg- en welzijnsbeleid, en niet de eventuele besparingen die daaruit voortvloeien. Ter illustratie: preventie zal de gezondheidszorg (zeker op lange termijn bezien) zelden goedkoper maken omdat op latere leeftijd een grote kans bestaat op «vervangende ziekten». De verbetering van de gezondheid en welbevinden rechtvaardigen echter de verdere uitbouw van preventie.

Deze visie op gezondheid, welzijn en zorg is vastgelegd in de nota «Gezond en wel»¹. Een van de conclusies van deze nota is dat het verminderen van de ziektelast in de samenleving, ondanks verdere verbeteringen van de doelmatigheid in de zorg, hoge kosten met zich mee blijft brengen.

Een van de overheidstaken binnen het volksgezondheidsbeleid is het garanderen van toegang tot noodzakelijke, betaalbare zorg van voldoende kwaliteit voor iedereen. Om een aantal redenen moet de overheid daarin een actieve, directe rol spelen. Allereerst geldt dat (een aantal) zorgvormen zo kostbaar zijn dat het niet vanzelfsprekend is dat iedereen over financiële middelen beschikt om in deze vraag te voorzien. De relatie zorgverlener en patiënt is in die zin ingewikkelder, dat de financiering van de zorg veelal verloopt via verzekeringen. Hierdoor ontstaat een driehoek van relaties: zorgvrager (verzekerde) versus zorgverzekeraar, zorgvrager (patiënt) versus zorgaanbieder en zorgaanbieder versus zorgverzekeraar. Een tweede kenmerk van de zorgsector is dat de zorgvraag, meer dan de vraag naar andere goederen en diensten, afhankelijk is van de kennis-overmacht (informatie-asymmetrie) en monopolistische positie van de

¹ «Gezond en Wel; Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995–1998»; Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, 24 126, nrs. 1–2.

zorgaanbieders. Bovendien doen zich bij het aanbieden van gezondheidszorg in toenemende mate medisch-ethische dilemma's voor. Het is politiek en maatschappelijk niet aanvaardbaar dat essentiële zorg niet verleend kan worden aan wie dat nodig heeft. Daarom is het een belangrijke taak van de overheid antwoorden te formuleren op de imperfecties die de zorgmarkt belemmeren optimaal te functioneren. Meer nog dan bij andere markten, vereist een goed functionerende zorgmarkt overheidsoptreden voor het beschermen van belangen van ondernemer en consument, het tegengaan van marktconcentraties, het verbeteren van transparantie, en het organiseren van countervailing power.

Daarnaast is het volksgezondheidsbeleid gebonden aan financiële randvoorwaarden. Zoals hiervoor al vermeld accepteert het kabinet dat de kosten van gezondheidszorg hoog zijn, maar de ter beschikking staande financiële middelen zijn toch begrensd. Vooral uit de schaarste bij de beschikbare middelen vloeit de noodzaak voort om via wet- en regelgeving «hekken» aan te brengen in de zorgsector die de vrije bewegingsruimte van de zorgpartijen afbakenen. Daarom beschikt de overheid over instrumenten waardoor de beschikbare hoeveelheid middelen zo effectief mogelijk wordt ingezet om te voorzien in de zorgbehoefte en waardoor zoveel mogelijk wordt gestreefd naar kostenbeheersing. De overheidssturing van zorgvolumina en -prijzen verloopt met name via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), de Wet op de Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het reguleren van het aantal beroepsbeoefenaren. Het overheidsingrijpen bij de financiële toegankelijkheid van de zorg (de aanspraken) strekt zich bij de langdurige zorg, het eerste compartiment, uit over de gehele bevolking via de AWBZ. Bij de kortdurende zorg, het tweede compartiment, beperkt deze overheidsinvloed zich tot de ziekenfonds-verzekerden; bij de particulier verzekerden heeft de overheid alleen enige invloed via de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Als gevolg van dit noodzakelijke overheidsingrijpen gaat het bij marktwerking in de zorgsector om gereguleerde competitie (regulated competition). Het streven naar volledige mededinging ten behoeve van doelmatigheid en kostenbeheersing, het ideaalbeeld van de klassieke economen, is dus zeker niet de juiste meetlat als het gaat om marktwerking in de zorgsector. Daar komt bij dat de overheid met name de wettelijke ziektekostenverzekeringen van rechtswege zo moet aansturen dat kosten worden beheerst en wettelijke aanspraken kunnen worden verwezenlijkt. Beter is het dan ook te spreken van prikkels die de marktpartijen stimuleren om te komen tot een doelmatig gebruik van middelen en een beheerste kostenontwikkeling, uitsluitend op deelterreinen waar dat mogelijk is zonder dat het ten koste gaat van voldoende zorg (ook in kwalitatieve zin). Voorbeelden van dergelijke marktprikkels zijn de eigen bijdragen in de Ziekenfondswet en het persoonsgebonden budget. Deze invalshoek is gebruikt bij de beschrijvende analyse in de hiernavolgende paragrafen.

In de praktijk is gebleken dat voorzichtig met de introductie van marktelementen in de zorg moet worden omgegaan. Een voorbeeld hiervan is de cumulatie van eigen bijdragen voor verzekerden. De oprichting van een bedrijfsziekenfonds illustreert dat ziekenfondsen toch selectief kunnen zijn ten aanzien van de toelating van verzekerden. Bij het streven naar meer marktwerking in de zorg is het derhalve nodig om voortdurend een risico-analyse uit te voeren: naast de positieve effecten dienen ook te verwachten negatieve effecten systematisch in kaart te worden gebracht. Daarbij moet er vooral voor worden gewaakt dat meer marktprikkels passen binnen de hoofdlijnen van de hiervoor geschetste overheidssturing.

3. Verzekeringsmarkt

Verzekeren heeft tot doel om de individuele risico's van burgers af te dekken door deze risico's als groep te dragen (risicosolidariteit), er naast risicosolidariteit ook sprake van inkomenssolidariteit door middel van de inkomensafhankelijke premieheffing. Deze premiestelling wordt jaarlijks betrokken in het totale inkomensbeeld. Het aangaan van een verzekerings-overeenkomst heeft tot gevolg dat op het moment dat een beroep op de verzekeringsuitkering wordt gedaan er geen sprake meer is van een directe prijsprikkel, hooguit een beperkte prikkel als eigen bijdragen of een eigen risico in het geding zijn. De markt werkt op dat moment niet perfect: er is zelfs sprake van «moral hazard» als de verzekerde te makkelijk een beroep op een verzekeringsuitkering zou doen. Risicosolidariteit en marktwerking kunnen in deze zin dus op gespannen voet met elkaar staan. De uiterste vorm van risicosolidariteit is dat alle verzekerden dezelfde premie betalen voor hetzelfde pakket, een vorm van verzekeringsdekking die bij de particuliere ziektekostenverzekeringen niet voorkomt. Een overigens veelal beperkt eigen financieel risico is daar gebruikelijk. In de sociale ziektekostenverzekering is er ook in zeer beperkte mate sprake van inperking van volledige risicosolidariteit: de eigen bijdragen in de ZFW hebben als doel om ZFW-verzekerden bewuster met de zorg om te laten gaan. Daarnaast kunnen ze bij opnamen in een instelling worden beargumenteerd vanuit de besparingen die verzekerden in die situatie op hun kosten van levensonderhoud hebben. Overigens geldt, bij de ZFW voor de verzekerde minder zichtbaar dan in de particuliere verzekeringen, dat eigen bijdragen en eigen risico's gepaard gaan met lagere premies.

Marktpartijen

Op de markt voor ziektekostenverzekeringen opereren zorgverzekeraars, uitvoerende organen voor publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, en uitvoeringsorganen AWBZ. Bij de zorgverzekeraars kan nog een onderscheid worden gemaakt tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen; vele werken nauw samen (concernvorming) maar zijn juridisch zelfstandig. Er zijn thans 31 ziekenfondsen, 45 particuliere ziektekostenverzekeraars en 3 uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, die vrijwel alle ook zijn toegelaten als uitvoeringsorgaan AWBZ.

Op de verzekeringsmarkt verkoopt de verzekeraar zijn verzekering aan aspirant-verzekerden. De aspirant-verzekerde zoekt als marktpartij naar de combinatie van lage premie en hoge dekking. Bij de ziektekostenverzekeringen speelt ook de werkgever een rol op de verzekeringsmarkt. Dit vloeit voort uit de opkomst van zogenoemde employee-benefits, een breed scala van met de arbeidsrelatie verbonden financiële regelingen, waaronder collectieve ziektekostenverzekeringen. In de polissen van ziektekostenverzekering wordt meer dan vroeger voorzien in vormen van managed care of zorgbemiddeling gericht op bespoediging van het herstel en dus, bij werknemers, werkhervatting.

Verzekeringsmarkt: ziekenfondsverzekeringen

Keuzevrijheid

In de ziekenfondsverzekering is sprake van een voor alle verzekerden identiek verstrekkingspakket zodat productdifferentiatie niet mogelijk is. Wel is de afgelopen jaren een begin gemaakt met flexibilisering van de zorgaanpakken. Ook in de prijskaartjes van de diverse ziekenfondsverzekeringen (nominaal premiedeel) zit nog weinig variatie. Ondanks de relatief vergaande differentiatie in de nominale premies, is het relatieve belang van de hoogte van deze premies in de totale premieheffing in bijna

alle gevallen te gering om van doorslaggevende betekenis te zijn bij de keuze van een zorgverzekeraar. Verandering van ziekenfonds wordt nu hoofdzakelijk bepaald door de kwaliteit in de dienstverlening van de zorgverzekeraar, het toenemend belang van collectieve contracten via werkgevers en een aantrekkelijker aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering betreft overigens zorg waarbij de burger zelf in staat wordt geacht verantwoordelijkheid te dragen, ook in financiële zin (derde compartiment).

Verzekerdenmobiliteit

Het aantal marktpartijen is na een periode van fusies in de meest recente jaren weer iets toegenomen en ziekenfondsen zijn over het algemeen landelijk gaan werken. Voorts is geregeld dat verzekerden jaarlijks van ziekenfonds kunnen veranderen. Anders dan in de particuliere ziektekostenverzekering geldt er in de ziekenfondsverzekering een acceptatieplicht. Formeel zijn de mogelijkheden voor verzekerdenmobiliteit dus optimaal. Mede als gevolg van de hiervoor genoemde beperkte differentiatie in pakket en premies, maken de verzekerden echter slechts beperkt gebruik van de potentiële mogelijkheid om te stemmen met de voeten.

Verzekeringsmarkt: particuliere ziektekostenverzekeringen

Keuzevrijheid

De verzekerde maakt bij de keuze van de ziektekostenverzekeraar met name een afweging tussen de premie en het verzekeringspakket en -voorwaarden. Daarbij zij aangetekend dat de combinatie van en productdifferentiatie en premiedifferentiatie in de particuliere markt het voor de verzekerde niet eenvoudig maakt om tot een goede afweging te komen. Bij een grotere marktdoorzichtigheid zou de consument bij de keuze van de verzekeraar ook andere factoren kunnen meewegen. Daarbij kan worden gedacht aan de kwaliteit en dienstverlening, en de mogelijkheden die de verzekeraar biedt bij bijvoorbeeld zorg- en wachtlijstbemiddeling.

De wijze waarop de verzekering aan de aspirant-verzekerden wordt aangeboden is divers. De zogenoemde direct-writers bieden de verzekering rechtstreeks aan de belanghebbenden aan, vaak met gebruikmaking van direct-mail of andere vormen van op de potentiële klantenkring gerichte informatie. Daarnaast vervult de onafhankelijke assurantietussenpersoon een bemiddelende rol; hij treedt op als adviseur van de aspirant-verzekerde. Zoals eerder vermeld treedt de werkgever in toenemende mate op als collectieve contractant (employee benefits) in de plaats van de individuele verzekerde. Deze laatste heeft in dat geval de keuze tussen het wel of niet aansluiten bij de collectiviteit. Een keuze die vaak wordt bepaald door de werkgeversbijdrage in de premie, die meestal alleen van toepassing is voor deelnemers aan de collectiviteit.

Verzekerdenmobiliteit

Het aantal in Nederland werkzame particuliere ziektekostenverzekeraars en de diversiteit in verzekeringsproducten duiden erop dat er voldoende aanbod van verzekeraars is. De verzekerdenmobiliteit is echter beperkt. De eerste beperking ontstaat door de directe relatie tussen de leeftijd en de (toenemende) kosten. Wanneer de verzekerde de veertig is gepasseerd, is het veelal niet mogelijk om van verzekering te veranderen zonder met uitsluitingen en/of leeftijdstoelagen te worden geconfronteerd. Het feit dat de verzekeraar voorzieningen dient te vormen die deels worden opgebracht met de premies van verzekerden, draagt hieraan bij. De door

de verzekerde bij een verzekeraar gevormde voorziening is immers niet overdraagbaar.

Een tweede rem op de verzekerdenmobiliteit bestaat bij de verzekerden ouder dan 65 jaar. In veel polissen is de bepaling opgenomen dat de verzekering dan eindigt en overgaat in de zogenoemde standaardpakketpolis. De kosten van deze verzekerden komen dan op grond van de WTZ¹ voor integrale pooling in aanmerking, indien de verzekeraar de verzekerde aanmeldt bij de Stichting Uitvoering Omslagregeling (SUO). De te betalen premies voor de standaardpakketpolis verschillen niet per verzekeraar, zodat de 65-plussers er geen belang bij hebben op die grond te veranderen van verzekeraar.

De verzekeringsmarkt: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Bij de AWBZ heeft het begrip verzekerdenmobiliteit geen betekenis: alle voorzieningen die zijn ondergebracht in de AWBZ staan ter beschikking van de gehele bevolking. De voorzieningen zijn onder andere verpleeghuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Belangrijk kenmerk van de voorzieningen is de vaak lange duur van de zorg en de daarmee samenhangende hoge kosten. Het aangeboden pakket is voor iedereen gelijk zodat productdifferentiatie in het verzekeringspakket in dit geval niet van belang is. Hetzelfde geldt voor premieverschillen: elke inwoner van Nederland draagt bij aan de financiering van deze kosten via een inkomensafhankelijke premie. Daarnaast bestaat een voor iedereen uniform stelsel van eigen betalingen.

4. Zorginkoopmarkt

Marktpartijen

Ziekenfondsverzekerden hebben via hun zorgverzekering van rechtswege aanspraken op hulp in natura (naturasysteem). De ziekenfondsen voorzien in deze aanspraken door de hulp te contracteren bij aanbieders en instellingen van zorg. Dit overeenkomstenstelsel is wettelijk vastgelegd in de ZFW. Bij het naturasysteem hebben verzekeraars dus een directe relatie met de aanbieders van zorg. Deze directe relatie ontbreekt bij de particuliere verzekeraars. Particuliere verzekeraars opereren als schadeverzekeraars: verzekerden benaderen zelf de zorgaanbieder en de verzekeraar vergoedt de kosten (restitutiesysteem). Door de toenemende concernvorming tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeraars neemt het gebruik van overeenkomsten door particuliere verzekeraars de laatste tijd enigszins toe, maar blijft nog erg beperkt.

De formele vrijheid die ziekenfondsen hebben bij de keuze van zorgaanbieders, wordt in de praktijk beperkt doordat in de zorgsector in vergelijking met de vraag slechts een beperkte groep aanbieders aanwezig is. Dit gerantsoeneerde aanbod heeft als gevolg dat de «marktmacht» van verzekeraars beperkt is. Onbeperkte toelating van nieuwe aanbieders biedt echter ook niet voldoende soelaas doordat op de zorgmarkt vraagremmende factoren bij patiënten beperkt zijn, vanwege onder meer het ontbreken van adequaat inzicht in mogelijke en noodzakelijke zorg. Het voorkómen van aanbodgeïnduceerde vraag en het gevaar van medicalisering zijn ook precies de redenen dat kostenbeheersing in de zorg primair op aanbodbeheersing is gericht.

Inkoopmarkt: ziekenfondsverzekeringen en particuliere ziektekostenverzekeraars

Om binnen het tweede compartiment concurrentie op de zorginkoopmarkt te kunnen realiseren dient aan twee voorwaarden te zijn voldaan:

¹ WTZ: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen.

risicodragende ziektekostenverzekeraars en een effectief mededingings-instrumentarium.

Risicodragende ziektekostenverzekeraars

Ziekenfondsen zijn van oudsher wettelijk verplicht met aanbieders van zorg afspraken te maken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg. Op dit moment wordt via de stapsgewijze invoering van de verzekeraarsbudgettering een marktprikkel ingebouwd voor doelmatig handelen bij de zorginkoop door zorgverzekeraars; daarmee ontstaat (indirect) tevens een prikkel tot doelmatige en efficiënte inkoop van goederen en diensten door vrije beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Het belang van de ziekenfondsen om de verzekering efficiënt uit te voeren wordt zichtbaar bij de nominale premie: hogere kosten dan het budget kunnen leiden tot een verhoging van de nominale premie en dus tot een verslechtering van de concurrentiepositie. Einddoel is het geheel afbouwen van verevening en nacalculatie, zodat ziekenfondsen 100% risico lopen over het variabele – en beïnvloedbare – deel van de kosten. De variabele kosten behelzen thans circa 65% van de totale kosten. Het bevorderen van volledige risicodragendheid van ziekenfondsen is een belangrijk uitgangspunt van het beleid.

In de particuliere ziektekostenverzekering is sprake van risicodragende zorgverzekeraars voorzover verzekerden niet zijn ondergebracht in de omslagregeling van de WTZ. Toch hebben particuliere ziektekostenverzekeraars weinig ervaring met doelmatig handelen bij de zorginkoop. Dit komt omdat zij zich in de praktijk opstellen als schadeverzekeraars. In tegenstelling tot de ziekenfondsen hebben zij daardoor alternatieven voor het maken van efficiënte afspraken met de aanbieders van zorg. Dit geldt met name voor het acceptatiebeleid. Op de particuliere markt kan bij acceptatiebeleid het financiële motief een belangrijke rol spelen. Voor ziekenfondsen is een dergelijke overweging niet mogelijk. Ook het verhogen van de premie is een begaanbare weg, zeker gegeven de beperkte mobiliteit van de verzekerden. Particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen er dus voor kiezen om via deze oplossingen te komen tot een evenwicht tussen schade en premie.

Effectief mededingingsinstrumentarium.

Een effectief mededingingsinstrumentarium dient zowel van toepassing te zijn op de zorgaanbieders als op de ziektekostenverzekeraars. De nieuwe Mededingingswet is per 1-1-1998 in werking getreden en is ook van toepassing op de gezondheidszorg. De projectgroep «Mededinging gezondheidszorg» heeft vastgesteld dat toepassing van de Mededingingswet op de gezondheidszorg vooralsnog niet tot onverwachte of onwenselijke gevolgen lijkt te leiden. Daarmee acht de Minister van Economische Zaken de noodzaak vervallen van het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit met betrekking tot het beoordelen van afspraken tussen ziekenfondsen, waarvan eerder in het kader van de parlementaire behandeling van de Mededingingswet sprake was. Daar waar de overheid partijen de vrijheid heeft gegeven moet deze in beginsel gehandhaafd en zo nodig verbeterd worden; deze mag dus niet worden ingeperkt door onnodige concurrentiebeperkende afspraken of door misbruik van economische macht. Overigens blijven bestaande overeenkomsten, besluiten en gedragingen die bij of krachtens wet zijn onderworpen aan bijvoorbeeld goedkeuring door een bestuursorgaan of die op grond van enige wettelijke verplichting tot stand zijn gekomen, voor een periode van vijf jaar buiten het bereik van de Mededingingswet. In deze periode moet worden bezien of handhaving van de regelgeving dan wel het van toepassing verklaren van de mededingingswetgeving voor de hand ligt.¹

¹ «Mededinging in de gezondheidszorg»; Rapport van de projectgroep mededinging gezondheidszorg. Rijswijk, Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Economische Zaken, 1997.

Sinds 1984 geldt bij de AWBZ-instellingen een budgetteringssysteem met als belangrijkste doel het beheersen van de kosten. Sinds de tweede helft van de jaren tachtig is het besef gegroeid dat deze aanbodbeheersing weliswaar leidt tot beheersing van de kosten op macroniveau, maar onvoldoende recht doet aan de zorgvraag op micro-niveau. Teneinde ook binnen de AWBZ voldoende rekening te houden met vraagfactoren wordt door middel van flexibilisering van aanspraken gestreefd naar meer zorg-op-maat. Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn daar een goed voorbeeld van. Daarnaast wordt de autonomie van de patiënt vergroot door de introductie van patiënt gebonden budgetten. Een andere belangrijke stap binnen de AWBZ-zorg is begin 1997 gezet met de introductie van de onafhankelijke regionale indicatiestelling. Bovendien is met ingang van 1 januari 1998 de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ geleidelijk gewijzigd om te komen tot een meer doelmatige regionale uitvoering van de AWBZ: regionale afstemming van zorgvraag en zorgbehoefte, meer zorg-op-maat en aansluiting bij de regionaal georganiseerde indicatiestelling. Vanaf 1 januari 1998 geschiedt de uitvoering van de AWBZ door daarvoor per WZV¹-regio aangewezen zogenoemde zorgkantoren. Op dit moment wordt overwogen om een zorgkantoor door middel van een concessiestelsel te toetsen op de uitvoering van zijn taak. Bij de verlening c.q. verlenging van de concessie zou het zorgkantoor worden beoordeeld op een doelmatige en efficiënte uitvoering van de AWBZ. Voor de toetsing van het functioneren van het zorgkantoor moeten nog criteria worden ontwikkeld. Hierover is de Ziekenfondsraad gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen.

5. Zorgverleningsmarkt

In de vorige paragraaf is de kerngedachte achter de huidige benadering van marktprikkels in de zorgsector geschetst: in het tweede compartiment via een verdere uitbouw van vraagsturing in het kader van de ZFW, in het eerste compartiment via het aansturen door regionale zorgkantoren, aanscherpen van indicatiestelling en budgettering, en zorg-op-maat, onder meer door persoonsgebonden budgetten. Het huidige kabinet is bezig met stapsgewijze verbeteringen en nadere invulling van deze structuur. Bij de uitwerking gaat het om twee aspecten:

1. Publieke (de)regulering. Sinds 1 januari 1992 zijn ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ niet langer gehouden om elke vrije beroepsbeoefenaar die daarom vraagt een contract aan te bieden (Wet beperking contracteerplicht). Sinds datzelfde moment bestaat ook het regime van maximumtarieven voor vrije beroepsbeoefenaren. Hierdoor ontstond een grotere bewegingsvrijheid voor partijen. Bij publieke regulering die de bewegingsvrijheid aan de aanbodzijde onnodig belemmert gaat het vooral om bepalingen die voortvloeien uit de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Een voorbeeld van versterking van de incentive-structuur is de normering van de korte rentekosten voor de ziekenhuissectoren in 1996: door normatieve waarden te formuleren voor de omvang van het werkkapitaal en de prijs voor kort krediet worden de instellingen geprikkeld een efficiënter financieel beheer te voeren. Ook het inkoopgedrag van instellingen (bijv. ten aanzien van hulpmiddelen, voeding etc.) kan met deze normering efficiënter worden.
2. Streven naar een meer transparante markt. Transparantie van de markt is voor het verbeteren van de doelmatigheid van groot belang. In dat kader worden stapsgewijs de volgende instrumenten beproefd. Protocolen (richtlijnen, standaarden, consensus-documenten) met eisen voor kwaliteit (huidige situatie) en doelmatigheid kunnen helpen optimale, in plaats van te weinig of maximale, zorg te leveren.

¹ WZV: Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

Doelmatigheidsbevordering is wellicht ook mogelijk door het creëren van een permanent bestand met kengetallen, die gebruikt kunnen worden voor benchmarking: het geven van spiegelinformatie. Hiervan gaat een normerende werking uit. Dankzij protocollen en benchmarking zouden ook verzekeraars en consumenten de zorgaanbieders beter kunnen beoordelen.

De uitwerking van deze aspecten is niet uniform voor de gehele zorgsector. Integendeel, de invulling wordt effectiever naarmate deze meer aansluit bij de verscheidenheid aan functionerende instellingen en werkzame personen. Daarom volgt hierna een korte schets van de huidige situatie bij de verschillende zorgsectoren en een beschrijving van de positie van de consument/patiënt.

Vrije beroepsbeoefenaren

Naast marktprikkels via de reeds eerder genoemde beperking van de contracteerplicht ten aanzien van vrije beroepsbeoefenaren en de introductie van maximumtarieven, is in het kader van de MDW¹-operatie nog apart aandacht besteed aan de bevordering van marktwerking bij de vrije beroepsbeoefenaren. Dit MDW-traject spitste zich met name toe op fysiotherapie en mondzorg. Op 15 juli jongstleden heeft het kabinet zijn standpunt over het MDW-rapport naar de Tweede Kamer gestuurd.² Het kabinet kan in het algemeen instemmen met de voorstellen die overigens (op onderdelen) nog verder moeten worden uitgewerkt.

Revitalisering van het overeenkomstenstelsel

De MDW-werkgroep stelt vast dat de concurrentie in de sectoren fysiotherapie en tandheelkunde gebrekkig is. Er komen geen tarieven onder het maximumtarief tot stand, veelal worden individuele afspraken verlengd zonder echte onderhandelingen, individuele contracten wijken nauwelijks af van de landelijk geldende Uitkomst van Overleg (UvO). Ondanks een ruim aanbod van fysiotherapeuten gaan ziekenfondsen niet vaak in onderhandeling met nieuwkomers op de markt. Dat heeft onder andere te maken met een gerechtelijke uitspraak dat een jarenlange bestaande overeenkomst niet zo maar mag worden verbroken. Voorgesteld wordt het overeenkomstenstelsel nieuw leven in te blazen, te revitaliseren. Daarom stelt de werkgroep voor de UvO af te schaffen, zodat de mogelijkheden toenemen om in individuele contracten te differentiëren. Een verdergaande maatregel is het voorstel van de MDW-werkgroep om te gaan werken met een systeem van openbare inschrijving.

Het kabinet heeft aangegeven het eens te zijn met de analyse van de MDW-werkgroep van het huidige overeenkomstenstelsel. Revitalisering is gewenst. De voorstellen die de werkgroep doet vergen echter een verdere uitwerking. Zo moet er een balans worden gevonden tussen concurrentie en samenwerking. Enerzijds geldt dat tarieven onder het maximum-tarief alleen tot stand zullen komen als er sprake van enige concurrentie. Met het oog op doelmatigheid, zorg-op-maat en zorgvernieuwing is anderzijds samenwerking tussen aanbieders wenselijk. Aan de ziekenfondsraad zal advies worden gevraagd over het overeenkomstenstelsel. Tot slot: het kabinet is van mening dat definitieve besluitvorming over het overeenkomstenstelsel aan het volgende kabinet moet worden overgelaten.

¹ MDW: Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit.

² «Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg»; Rapport van de MDW-werkgroep, 23 mei 1997.

Differentiatie tarieven

Voor individuele beroepsbeoefenaren geldt een stelsel van maximumtarieven. Binnen de restrictie van het maximumtarief kunnen verzekeraars en aanbieders vrijelijk, dit wil zeggen zonder tussenkomst van het COTG¹, tariefsafspraken maken. In de praktijk komen er echter geen tariefsafspraken tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen tot stand onder het maximumtarief. Hetzelfde doet zich voor bij tandheelkundigen.

De MDW-werkgroep stelt voor de huidige prijsregulering te wijzigen via het instellen van een basistarief. Dat kan dan als startpunt voor onderhandelingen fungeren in plaats van het automatisme om altijd de maximumtarieven te hanteren.

In het standpunt van het kabinet is aangegeven dat het kabinet van mening is dat concurrentie een nuttige rol kan spelen met het oog op de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Het bevorderen van meer differentiatie in de tarieven past in deze lijn. Differentiatie kan worden bereikt door het instellen van een basistarief. Dit mag echter geen afbreuk doen aan de kwaliteit. Aan het COTG is hierover een uitvoeringstoets gevraagd. Besluitvorming wordt overgelaten aan een volgende kabinet.

Ziekenhuizen

Marktwerving is tot nu toe voor de ziekenhuissector van beperkte betekenis gebleken. Deels heeft dit te maken met het beperkte aantal ziekenhuizen, met name in de meer landelijke gebieden, deels ook met een vrij strakke aanboden tariefwetgeving op basis van de WZV en WTG.

Vanuit overwegingen van kostenbeheersing is het voorkómen van een overschot aan capaciteit in de ziekenhuiszorg steeds het uitgangspunt van dit kabinet geweest en daarmee continuering van de bemoeienis bij met name grootschalige bouw van ziekenhuizen. Tegelijkertijd streeft het kabinet ook naar vergroting van de mogelijkheden van de ziekenhuizen door middel van overheveling van verantwoordelijkheden naar de ziekenhuizen. Bijvoorbeeld voor het instand houden van de bouwkundige staat van ziekenhuizen, zijn de ziekenhuisbesturen nu grotendeels zelf verantwoordelijk.

Daarnaast is het beleid erop gericht om meer competitieve prikkels voor de ziekenhuizen in het stelsel in te bouwen. In dit kader zijn in de loop van 1996 twee belangrijke rapporten verschenen met aanbevelingen voor meer vrijheid van handelen voor ziekenhuizen en de introductie van marktelementen in deze sector: «Het ziekenhuis ontketend» en «Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming»². Deze rapporten zijn in het afgelopen jaar door een projectgroep verder uitgewerkt. De resultaten van de werkzaamheden van deze projectgroep hoop ik een dezer dagen voor discussie aan de Tweede Kamer aan te bieden. De kern van een meer competitieve ziekenhuiszorg zou volgens de projectgroep moeten bestaan uit onderlinge vergelijkingen van prijs/kwaliteit-verhoudingen tussen ziekenhuizen op basis van zorgproducten (benchmarking); hiervoor is het nodig producttyperingen en diagnose-behandelcombinaties (DBC's) te ontwikkelen. Risicodragende zorgverzekeraars zijn een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van deze aanpak. Tegelijkertijd zou de ziekenhuisbudgettering meer ruimte moeten geven om verzekeraars deze rol te kunnen laten spelen.

¹ COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

² «Het ziekenhuis ontketend»; Rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg, 1996. Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1996.

Verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg

De bestaande budgetsystemen prikkelen de instellingen nog onvoldoende om de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten voor zorg van aanvaardbare kwaliteit. In de sector geestelijke gezondheidszorg zijn per 1-1-1997 nieuwe COTG-richtlijnen vastgesteld die wel een aantal van deze prikkels bevatten. Kern van deze richtlijnen is dat rekening is gehouden met de aard van het behandel aanbod en de zorgzwaarte, en dat de richtlijnen meer in overeenstemming zijn gebracht met de werkelijke kosten. In combinatie met een systeem van budgetmaximering bevordert dit de substitutie en zorgvernieuwing, en leidt dit tot kostenbeheersing en transparantie.

Dergelijke prikkels zijn des te meer noodzakelijk nu de komende jaren door vergrijzing de druk op de AWBZ-instellingen zal toenemen. Voor het kunnen realiseren van doelmatigheidswinsten en kwaliteitsverbetering dienen de instellingen de instrumenten te krijgen om mogelijkheden voor verbetering te onderkennen en te realiseren. Daarom is dit kabinet gestart met een Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar de mogelijkheden van benchmarking voor instellingen werkzaam in de AWBZ¹. Streven is het haalbaarheidsonderzoek midden 1998 af te ronden. Afhankelijk van de resultaten kan daarna invulling worden gegeven aan het implementatietraject.

Zorg-op-maat-regelingen AWBZ

Het verder concretiseren van zorg-op-maat-regelingen binnen de AWBZ heeft tot doel meer rekening te houden met de behoefte en wensen van de patiënt. In dat kader speelt ook de discussie over het scheiden van wonen en zorg, daar waar het voor de patiënten tot een betere afstemming tussen zorgbehoefte en zorggebruik kan leiden. Dergelijke ontwikkelingen geven zowel bij zorgvrager als bij zorgaanbieder een prikkel om duidelijker na te denken over de noodzakelijke en gewenste zorgverlening.

Een nog duidelijker voorbeeld van prikkels die de positie van de patiënt versterken vormen de persoonsgebonden budgetregelingen (PGBen) voor verpleging en verzorging respectievelijk voor verstandelijk gehandicapten. In een vraaggestuurd systeem kunnen cliënten kiezen voor die zorgaanbieder die de beste zorg kan bieden tegen een bepaalde prijs. Hoewel op kleine schaal (totale budget 1998 circa f 220 mln) gaat van beide regelingen een doelmatigheidsimpuls uit. Toegelaten en niet-toegelaten instellingen zullen immers moeten concurreren om de gunst van de budgethouder. Monopolieposities kunnen daarmee worden doorbroken. In het kader van de zorgvernieuwingsregelingen vinden ook nog experimenten plaats.

Thuiszorg

Dit kabinet is gestart met invoering van marktwerking in de thuiszorg door iedereen het recht te geven thuiszorg te leveren (spreidingsbeleid) en de contracteerplicht voor verzekeraars af te bouwen. In 1997 is echter besloten deze vorm van streven naar verdere marktwerking te bevriezen. De reden hiervan was onder meer dat de praktijk uitwees dat de nieuwelingen zich vooral richtten op het exploiteren van de meer winstgevende delen van de thuiszorg. Hierdoor was er te weinig sprake van een stimulans tot doelmatigheidsvergroting. Daarom is weer teruggekeerd naar het stichtingsen spreidingsbeleid door het departement. Op dit moment vindt onderzoek plaats naar de mogelijkheden om doelmatigheid te vergroten via benchmarking.

¹ Zie hiervoor: Brief van het Ministerie van Financiën aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal «Interdepartementale beleidsonderzoeken 1997» (IRF97/285M), 2 september 1997.

Genees- en hulpmiddelen

De overheid wil de doelmatigheid in de geneesmiddelensector vooral bevorderen door middel van gereguleerde marktwerking en andere vormen van incentives. In 1994 heeft de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG) voorstellen gedaan gericht op het uit de weg ruimen van rigiditeiten aan de aanbodzijde. Een deel van deze maatregelen is inmiddels uitgevoerd, een deel is in voorbereiding. Aan de aanbodzijde is een belangrijk voorstel het wegnemen van bestaande wettelijke en privaatrechtelijke belemmeringen voor nieuwe distributeurs om tot de markt toe te treden. De maatregelen worden genomen in het kader van de modernisering van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG).

Aanbieders kunnen er desondanks onder bepaalde omstandigheden nog baat bij hebben juist niet op prijs te concurreren of gezamenlijk het gebruik van geneesmiddelen te stimuleren. De per 1 januari in werking getreden nieuwe Mededingingswet zal de kartelvorming sterker moeten tegengaan.

Met het wegnemen van belemmeringen aan de aanbodzijde is de afwezigheid van prijsafweging aan de vraagzijde niet opgelost. De IWG heeft aangegeven dat bij afwezigheid van een kostenbewuste vraagzijde het toelaten van meer aanbieders juist kan leiden tot hogere kosten en minder doelmatigheid. Een voldoende kostenbewuste vraagzijde is daarom een harde randvoorwaarde voor het liberaliseren van de aanbodzijde. In dit kader is met name het beleid gericht op het vergroten van het risico voor verzekeraars van belang. Het risico op de variabele kosten voor verzekeraars is inmiddels vergroot, maar volledige afbouw van nacalculatie en verevening is nog niet bereikt. Een van de essentiële vraagstukken in het geneesmiddelenbeleid is of er inmiddels voldoende «countervailing power» aan de vraagzijde is, om over te kunnen gaan tot verdere liberalisering van de aanbodzijde.

Ook de Wet op de Geneesmiddelenprijzen (WGP) heeft mede ten doel de mededinging op de geneesmiddelenmarkt te bevorderen. Veel eindprijzen liggen in de buurt van de maximale vergoeding uit hoofde van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). De apotheekhoudende kan deze prijs ook in rekening brengen aan de verzekerde. Ondertussen is er sprake van margeconcurrentie: fabrikanten en groothandels wedijveren wie de hoogste kortingen en bonussen kan bieden aan de apotheekhoudende. Op deze wijze binden fabrikanten en groothandels de apotheekhoudende aan zich door middel van «gouden ketenen». Op zichzelf is er geen bezwaar tegen het verschijnsel kortingen en bonussen, mits de revenuen hiervan voor het grootste deel ten goede komen aan de verzekerde. De WGP heeft een deel van de «ruimte» voor het geven van kortingen en bonussen afgeroomd. Na de invoering van de WGP is gebleken dat nog steeds forse kortingen en bonussen worden gegeven. Daarom is met de apothekers afgesproken om te komen tot een structurele korting van f 150 mln. op de materiaalkostenvergoeding en wordt verder onderzoek gedaan naar de omvang van de kortingen en bonussen. Indien hieruit blijkt dat er nog meer ruimte is, zullen aanvullende maatregelen genomen worden.

De projectgroep medische hulpmiddelen van het ministerie van VWS ontwikkelt maatregelen gericht op het beheersen van de kostenontwikkeling bij extramuraal verstrekte hulpmiddelen die worden verstrekt krachtens de Regeling hulpmiddelen 1996, de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering en de daarmee overeenkomende regelingen in particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. Daarbij gaat het onder meer om de beoordeling van maatregelen gericht op ondersteuning van (gebudgetteerde) verzekeraars, het aansprakenpakket en prijs-en-vergoedingenstructuur. Ook hier is uitgangspunt van

het te ontwikkelen beleid dat de zorgvrager centraal staat en dat marktwerking er niet toe mag leiden dat de patiënt in het gedrang komt.

Consument/patiënt

In hoeverre kan de consument invloed uitoefenen op hoeveelheden, kwaliteit en allocatie van middelen? Eerder werd al melding gemaakt van de verdere concretisering van zorg-op-maat-regelingen en van de impuls die uitgaat van persoonsgebonden budgetregelingen. Als patiënt wil de consument gepaste zorg. Als gevolg van het verzekeringssysteem zijn er vrijwel geen financiële prikkels (moral hazard). Om consumenten toch enigszins via financiële prikkels te stimuleren bewuster met zorg om te gaan heeft het kabinet in deze periode eigen bijdragen tot een maximum van f 200,- per huishouden geïntroduceerd. Als gevolg van informatie-asymmetrie is het voor de patiënt echter vrij moeilijk te bepalen wat voor hem gepaste zorg is – zeker nadat hij is opgenomen in het zorgcircuit – en wanneer in voldoende mate in zijn zorgvraag is voorzien. Zijn gebrek aan deskundigheid maakt hem afhankelijk van de zorgverlener. Dit gebrek aan inzicht, en inkomens-politieke randvoorwaarden, beperken de mogelijkheden voor verdere uitbreiding van eigen bijdragen. In paragraaf 2 is al gewezen op de verzekeraar die in het tweede compartiment een intermediaire rol kan vervullen door de verzekerde inzicht te bieden in de beschikbaarheid, de kwaliteit en de kosten van de benodigde zorg. Ook de zorgbemiddeling in geval van wachtlijsten en dergelijke kan als een taak van de verzekeraar worden gezien.

Daarenboven wordt de consument ook zelf steeds mondiger. Recente wetgeving legt de rechten en plichten van zorggebruikers vast en biedt niet zelden een goed houvast voor het verkrijgen van informatie over de aard, de gevolgen, de eventuele risico's en eventueel bestaande andere behandelingen. In dat verband kunnen worden genoemd de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Hier gaat het veelal om de relatie zorgaanbieder / patiënt. Verder verleent het ministerie van VWS financiële steun aan organisaties van consumenten en patiënten, en werkt het samen met deze organisaties bij het ontwikkelen van beleid. Daarvoor is structurele financiering beschikbaar via het Patiëntenfonds; deze financiële ondersteuning is in 1998 flink toegenomen. De positie van de consument / patiënt kan worden versterkt door de invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenhuizen te vergroten. Daartoe is reeds onder het vorige kabinet een aanzet gegeven.

Informatie-asymmetrie speelt vooral een grote rol bij gespecialiseerde medische hulp, maar veel minder bij andere vormen van dienstverlening waar goed geïnformeerde (groepen) consumenten tegenwicht bieden aan het professionele aanbod. Het is opmerkelijk dat juist bij voorzieningen gefinancierd uit de AWBZ steeds meer sprake is van een mondige goed geïnformeerde en invloedrijke consument. De snelle groei van alternatieve gezondheidszorg en de opkomst van commerciële thuiszorg wijzen op keuze- en exit-mogelijkheden voor de consument. Ouders en familieleden van kinderen met een lichamelijke of verstandelijke beperking zijn vaak goed georganiseerd en geïnformeerd¹. Een recente SCP-verkenning wijst op een versterking van deze ontwikkeling in de toekomst. Het rapport «Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen» laat zien dat de toekomstige ouderen gezonder zijn, langer zelfstandig blijven wonen en de voorkeur geven aan professionele hulp in hun eigen woon- en leefomgeving.²

¹ Zie hiervoor: «Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg», Kieke G.H. Okma; in: Tijdschrift voor Politieke Economie 1997 jaargang 20(2), pag. 164–178.

² Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen; Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk december 1997.

6. Tot slot

Het huidige kabinet maakt onderscheid in drie «compartimenten». In het eerste compartiment (AWBZ) wordt gestreefd naar een goede balans tussen aanbodsturing en vraagelementen zoals zorg-op-maat en het persoonsgebonden budget. Het tweede compartiment valt in toenemende mate onder beheer en financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars (het budgetteren van ziekenfondsen). Voor de zorg in het derde compartiment is de burger zelf verantwoordelijk.

Elk van deze compartimenten kent zijn eigen mogelijkheden tot marktwerking, wanneer dit begrip wordt geïnterpreteerd als prikkels tot doelmatigheid, kwaliteit en kostenbeheersing voorzover dat binnen de zorgsector mogelijk is. Bovendien is het van belang de vormgeving van de prikkels aan te passen aan de betreffende zorg(deel)markt. Op onderdelen kan marktwerking dan beperkt mogelijk zijn, zij het binnen het geheel van maatschappelijke en zorginhoudelijke randvoorwaarden.

Daarbij functioneert de overheid als regisseur, maar zijn de betrokken partijen mede-verantwoordelijken. Vanuit deze invalshoek is de afgelopen jaren gestreefd naar verdere intensivering van marktwerking in de gezondheidszorg. In de praktijk is dit een moeilijk proces omdat nieuwe initiatieven moeten aansluiten bij een complexe praktijk van ontstane gebruiken, belangen en wet- en regelgeving. De MDW-rapporten blijken goede praktische aanknopingspunten te bieden voor het beter benutten van de mogelijkheden die eerder in deze notitie genoemd zijn. Bij het beoordelen van elk van de eventuele verdere stappen is een risico-analyse van zowel positieve als negatieve effecten noodzakelijk.

Zoals hiervoor geschetst zijn in deze kabinetsperiode ook concrete, misschien kleine maar wel belangrijke, stappen gezet. Ik vat ze nog even kort samen. De introductie van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet. Het aanscherpen van de verzekeraarsbudgettering bij de ziekenfondsen. Het vergroten van de verantwoordelijkheden van instellingen voor de instandhoudingsbouw (meldingen). Een aanzet tot een meer doelmatige uitvoering van de AWBZ via regionale zorgkantoren. Het opstarten van onderzoeken naar de mogelijkheden van benchmarking. Het wegnemen van rigiditeiten aan de aanbodzijde in de geneesmiddelensector. Het bevorderen van een goed georganiseerd consument als «countervailing power» via recente wetgeving en versterkte financiële ondersteuning van het Patiëntenfonds. Het normeren van de korte rente bij de ziekenhuissectoren waardoor ze worden gestimuleerd efficiencywinsten te behalen. Ook bij nieuwe voorstellen kan de medeverantwoordelijkheid van de betrokken partijen worden gestimuleerd door de partijen ook de ruimte te geven om de opbrengsten van een betere marktwerking binnen hun eigen sector aan te wenden voor verbetering van het voorzieningenniveau.