

Frans van de Pol

Artikel geplaatst in Maandblad Geestelijke Volksgezondheid november 2005 (jaargang 60 nummer 11 p. 1095-1107)

Gereguleerde marktwerking in de GGZ

Het kabinet wil meer marktwerking in de gezondheidszorg en dus ook in de GGZ. Ze denkt hiermee een antwoord gevonden te hebben op de problemen in de zorg, zoals de oplopende kosten. Een geheel nieuw jargon doet hierbij haar intrede: de taal van de markt.

Toch wordt er al meer dan twintig jaar gestaag gewerkt aan de invoering van 'marktprikkels' in de zorg. Wat dat betreft is de huidige discussie over marktwerking niet nieuw. Ook niet nieuw is een overheid die blijft investeren in een instrumentarium om het aanbod te beheersen. Het gaat immers om gereguleerde marktwerking. Wel nieuw is dat dit kabinet er voor het eerst in lijkt te slagen om de ontwikkelingen richting marktwerking vast te leggen in een samenhangend wetgevend stelsel. De invoering per 1 januari aanstaande van de zorgverzekeringswet, waar straks ook een groot deel van de GGZ onder valt, is een belangrijke mijlpaal. De Wet Marktordening gezondheidszorg (WMG) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) wachten op parlementaire goedkeuring en zullen de zorgverzekeringswet en de AWBZ gaan ondersteunen.

In dit artikel schets ik de contouren van de markt en zoom ik in op de beoogde marktprikkels en beheersingsaspecten.¹

Eerst schets ik de specifieke en gecompliceerde situatie waarin de GGZ zich als sector bevindt. De GGZ wordt niet langer beschouwd als één sector die een eigen benadering en besturing verdient of behoeft. Er is sprake van herverkaveling van de sector, waarbij de sector wordt geïntegreerd in andere sectoren.

De herverkaveling van de GGZ

Waar 'het groot project modernisering AWBZ' van het Ministerie van VWS vooral ook de ontschotting tussen de AWBZ-sectoren tot doel heeft, leidt dat ironisch genoeg tot een veelvoud aan schotten binnen de GGZ. De GGZ is actief op diverse terreinen. Ze omvat medisch specialistische zorg waarbij artsen, psychologen en therapeuten patiënten kunnen genezen van hun psychiatrische ziekte, of waar tenminste de ziekte gestabiliseerd kan worden. Ze biedt een asielfunctie voor hen die bescherming nodig hebben. Ze ondersteunt mensen met een blijvende psychische handicap en heeft daarbij ook aandacht voor de welzijnsaspecten. Ze is actief op het terrein van de OGGZ en bemoeit zich ook met hen die dat liever niet willen (bemoeizorg).

In diverse rapporten, zoals *Zorg van Velen* (2002) is gewezen op de kwetsbaarheid en onwenselijkheid van deze brede benadering. De GGZ zou beter moeten samenwerken met andere sectoren. De discussie hierover is door VWS beslecht met de vaststelling dat de GGZ zich dient te voegen in de beleidskaders en besturing van de diverse sectoren. Ik zet deze beleidskaders in het kort op een rij.

Curatieve zorg

Voor de op genezing gerichte GGZ betekent de herverkaveling een integratie met het besturingskader van de algemene curatieve zorg (ziekenhuizen, huisartsen). Dit is het kader van de ziekenfondswet dat vanaf 1 januari 2006 opgaat in de zorgverzekeringswet. De op genezing gerichte GGZ zal daar vanaf 2007 deel van gaan uitmaken. Voor de bekostiging staat hier de systematiek van de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) centraal. Op de leer van die van de algemene ziekenhuizen wordt een dergelijke systematiek nu ook voor de GGZ ontwikkeld.

Care

Voor langdurige klinische zorg of voor beschermd wonen is integratie met de sectoren ouderenzorg en gehandicaptenzorg voorzien. Dit is vooralsnog het domein van de AWBZ (dat nu eenvoudig als de caresector wordt getypeerd). Ook hier streeft men naar één geïntegreerde bekostigingssystematiek. Bij deze functiegerichte bekostiging staat financiering op basis van zorgzwaarte centraal. Dit is voor de GGZ niet zo vreemd; die kent dat al sinds 1996, maar voor de andere sectoren is dat een lang gekoesterde wens. VWS streeft er bovendien naar om op termijn grote delen van de zorg uit de AWBZ te halen en onder te brengen in de door de gemeentes uitgevoerde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Voor de GGZ begint het met de activiteiten in het kader van de OGGZ en de collectieve preventie.

Forensische zorg

De Commissie Houtman heeft voorgesteld om de forensische zorg onder het regime van Justitie te brengen. Het kabinet heeft dit advies overgenomen. Hiermee wordt onvermijdelijk de relatie met behandelen en zorg lossen, en die met beveiligen en beheersen groter. De commotie omtrent op proefverlof ontsnapte TBS'ers geeft aan hoe grimmig de politieke sfeer is geworden als het gaat om de keuze tussen beveiliging van de samenleving aan de ene kant en het behandelen en resocialiseren van forensisch psychiatrische patiënten aan de andere kant.

Jeugdpsychiatrie

De jeugd-GGZ is voor wat betreft de indicatiestelling onder de werking van de Wet op de Jeugdzorg gebracht. Zo zou een integrale jeugdzorg mogelijk gemaakt moeten worden, maar in de praktijk wordt de directe toegang tot noodzakelijke zorg nodeloos gefrustreerd.

Nieuwe scheidslijnen

De herverkaveling van de GGZ trekt nieuwe scheidslijnen die soms dwars door zorgprogramma's heen lopen of die een geïntegreerde benadering frustreren. Het meest duidelijk is dat te zien bij het zorgprogramma schizofrenie/psychotische stoornissen (ook wel aangeduid als LZA, de langdurig zorgafhankelijke cliënten).

De herverkaveling verklaart ook een beetje de beleidsdrukke die vooral de managers en bestuurders voelen. Er is niet alleen sprake van een uitgebreid wetgevend programma. Van de GGZ wordt bovendien ook een meer dan gemiddeld adaptief vermogen verwacht. In ieder van de nieuwe domeinen wordt de GGZ door diverse partijen de maat genomen. De zorgverzekeringswet gaat ervan uit dat GGZ behandelingen identiek zijn aan somatische behandelingen, in de AWBZ moeten we bij herhaling uitleggen dat we niet zomaar te vergelijken zijn met een verpleeghuis. Het effect is dat men de GGZ lastig vindt en weinig transparant. Ondertussen mogen instellingen de samenhang binnen de GGZ niet uit het oog verliezen omdat anders cliënten tussen het wal en schip dreigen te vallen. Dit geldt vooral voor de cliënten die langdurig zorg behoeven. Hier is veelal sprake van zowel curatieve zorg als *care*.

Verschuivende verantwoordelijkheden

Het belangrijkste motief voor de introductie van meer marktwerking is het beheersen van de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg en het besef dat VWS dat niet alleen kan. Het ministerie wil de burgers zelf en andere partijen zoals zorgverzekeraars en lagere overheden (mede)verantwoordelijk maken voor de kosten van zorg – voorzover die onder de collectieve lasten wordt gerekend. Vooral vanwege de vergrijzing verwacht VWS dat bij ongewijzigd beleid de zorgkosten in de toekomst te hoog gaan oplopen ten

opzichte van de totale inkomsten (het bruto binnenlands product). De financiering van de zorg zou daarmee op termijn in gevaar komen.

Marktwerking moet de partijen dwingen tot een meer doelmatige en efficiënte inzet van middelen, zo is de gedachte. De markt moet dan wel aan een aantal condities voldoen, zoals elkaar beconcurrerende zorgaanbieders en een sterke positie voor de zorgverzekeraars, die op hun beurt ook weer moeten gaan concurreren om de gunst van de verzekerden. Het nieuwe wetgevende kader, waarin de Zorgautoriteit centraal staat, zal die condities moeten gaan creëren.

Een van de pijlers van de marktwerking is de eigen verantwoordelijkheid van de burgers zelf. Die moet groter worden. Concreet vertaalt de eigen verantwoordelijkheid zich in meer eigen risico's en no claim-kortingen bij de verzekeringspolissen, en in meer eigen betalingen bij afname van zorg (verhoging eigen bijdrage psychotherapie, thuiszorg e.d.). Onder de noemer van eigen verantwoordelijkheid worden de toegangsdrempels tot de AWBZ steeds hoger; het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) krijgt de opdracht om landelijk steeds strengere criteria te hanteren.

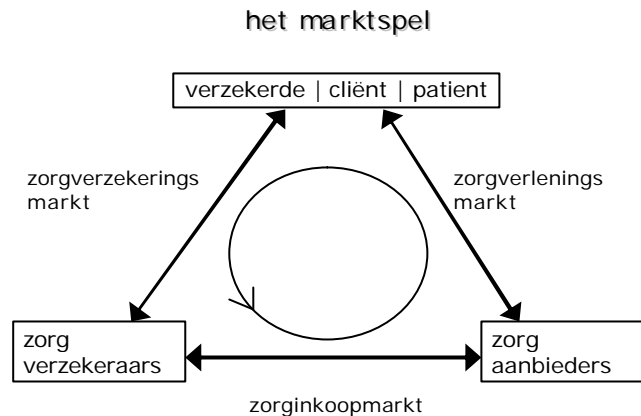
Naast beperking van de toegang tot zorg verkleint het kabinet het verzekerde pakket. Hoewel met de overgang naar de zorgverzekeringswet niet aan het pakket getornd zal worden (ze voegt zelfs de eerstelijnspsychologen toe aan de basisverzekering), is het pakket enkele jaren geleden al versoberd (beperking psychotherapie, beperken zittend ziekenvervoer e.d.). Na invoering van de zorgverzekeringswet zal deze draad ongetwijfeld weer worden opgepakt.

Tevens verlegt het kabinet een deel van haar verantwoordelijkheid naar de lokale overheid. Het Wetsvoorstel Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) moet dit mogelijk gaan maken. Met de WMO kan het kabinet op termijn grote delen van de zorgaanpak AWBZ uit het verzekerde pakket halen. De onder de WMO vallende zorg is een voorziening en geen verzekerd recht. Het is een vangnet waar geen aanspraak op bestaat (meer een gunst waar de spelregel geldt 'op is op'). De kosten zijn daarmee beheersbaar

Tot slot krijgen de zorgverzekeraars een belangrijke verantwoordelijkheid in de kostenbeheersing. Zij bepalen met hun inkoop immers een groot deel van de kosten. Nu heeft een zorgverzekeraar geen intrinsieke motivatie om de prijs laag te houden, maar hier komt de marktwerking in het spel. Hogere kosten vertalen zich direct in hogere premies. Verzekerden (die de helft van de kosten betalen) en werkgevers (die de andere helft voor hun rekening krijgen) moeten de nodige tegendruk gaan bieden.

Het marktspel

In de discussie over marktwerking gaat het om de aloude relatie tussen de drie belangrijkste partijen: de cliënten/verzekerden, de zorgaanbieders/professionals en de zorgverzekeraars. Met de keuze om deze relatie via de metafoor 'markt' te benaderen, kiest men voor een meer ruimtelijke benadering. Het accent komt daarmee meer te liggen op de condities en omgeving waarbinnen de partijen elkaar treffen, en minder op de inhoud van die relatie.



De onderlinge relaties zijn in drie te onderscheiden markten te schetsen: de zorgverleningsmarkt waarin cliënten en zorgaanbieders elkaar ontmoeten, de zorgverzekeringsmarkt waarin verzekeraars hun polissen aan verzekerden trachten te slijten, en de zorginkoopmarkt waarin zorgverzekeraars en zorgkantoren de benodigde zorg bij zorgaanbieders inkopen. De gehele markt wordt bewaakt door de Zorgautoriteit. Dit is een krachtige bundeling van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). In de wet Marktordening Gezondheidszorg heeft VWS de positie van de Zorgautoriteit vastgelegd. Hieronder ga ik uitgebreider in op elk van de hierboven genoemde markten.

Zorgverzekeringsmarkt

De zorgverzekeringswet die per 1 januari van kracht wordt, reguleert de zorgverzekeringsmarkt. Deze wet is de opvolger van de ziekenfondswet en integreert het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering in één wetgevend kader. De 'marktprikkels' die in beide systemen zaten, vinden we in de nieuwe wet terug. De wet is een verplichte verzekering voor iedereen met eenzelfde reikwijdte als die van de AWBZ (alle ingezetenen van Nederland). Het benodigde budget voor de onder de zorgverzekeringswet verzekerde zorg wordt voor de helft opgebracht via een inkomensafhankelijke premie (die feitelijk door de werkgevers wordt opgebracht) en voor de helft via direct bij de verzekerden te innen nominale premies. Met deze middelen moeten de zorgverzekeraars de benodigde zorg inkopen of vergoeden.

De zorgverzekeraar heeft een acceptatieplicht (zoals nu in de ziekenfondswet) en heeft de plicht voldoende zorg voor haar verzekerden in te kopen. Verzekeraars krijgen hiervoor via een ingenieus ontworpen risicovereveningssysteem compensatie indien ze relatief veel 'dure' verzekerden hebben. Binnen de curatieve zorg is hier onder het regime van de ziekenfondswet de nodige ervaring mee opgedaan. Dit vereveningssysteem is van groot belang voor chronisch zieken. De NPCF heeft dit systeem dan ook onlangs onder de loep genomen en pleit ervoor om nog beter te letten op de positie van chronisch zieken. Ze vreest dat zorgverzekeraars anders aan verkapte risicoselectie zullen gaan doen via de aanvullende verzekeringen (waarvoor geen acceptatieplicht geldt) en via een kwalitatief zuinige inkoop van de benodigde zorg.

Zorgverzekeraars krijgen verder de mogelijkheid om in hun polis op te nemen dat de zorg afgenomen dient te worden van aanbieders waarmee zij een contract hebben afgesloten (voorkeuraanbieders). Als een verzekerde deze beperking van de keuzevrijheid niet acceptabel vindt, dan kan hij een duurdere restitutiepolis aanschaffen. Een andere mogelijkheid is om bij een zorg-in-natura polis zelf het prijsverschil bij te betalen tussen een door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder en de zelf gekozen aanbieder.

De overheid gaat ervan uit dat er op de zorgverzekeringsmarkt concurrentie zal ontstaan. Hiertoe wordt jaarlijks gedurende de maanden januari en februari de markt opengesteld en kunnen verzekerden indien ze dat wensen overstappen naar een andere verzekeraar.

Deze maatregelen zouden de kosten van de polissen (en daarmee van de zorg) in bedwang moeten houden en tevens een hoog serviceniveau van de verzekeraar jegens zijn verzekerden moeten garanderen. Om de markt levendig te houden wordt een aparte website (www.kiesbeter.nl) geopend waarin verzekerden de polissen kunnen gaan vergelijken.

WVS blijft verantwoordelijk voor de vraag welke zorg is verzekerd. Tot nu toe had ze maar beperkte mogelijkheden om in het pakket te snijden omdat bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg in zeer algemene termen werd beschreven. De ontwikkeling van de DBC-systematiek geeft mogelijkheden om met chirurgische precisie in de omvang van het verzekerde pakket te snijden. Per DBC kan besloten worden of deze al dan niet zal gaan behoren tot het verzekerde pakket. Hiervoor is een complete bureaucratie opgetuigd (zie hiervoor de website DBConderhoud.nl en DBCloket.nl).

Zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt wordt gereguleerd door de wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI), de opvolgers van de klassieke aanbodsturingswetten Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De WMG bevat de belangrijkste delen uit de WTG en geeft WVS en de Zorgautoriteit de mogelijkheid om net als nu de prijzen volledig te reguleren. Daar waar WVS vrije prijsvorming mogelijk acht, krijgt de Zorgautoriteit de opdracht en mogelijkheid om als marktmeester te interveniëren indien partijen zich niet aan de spelregels houden en bijvoorbeeld misbruik dreigen te maken van hun eventuele marktmacht. De WTZI eist dat aanbieders toegelaten moeten zijn om zorg te mogen leveren. De wet regelt de voorwaarden waaraan aanbieders hebben te voldoen. Anders dan nu het geval is, komt het afgeven van toelatingen volledig bij WVS te liggen. In de overgangsfase is ook de bouwregulering van de WZV in deze wet ondergebracht.

De zorgverzekeraar krijgt meer instrumenten om scherp te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders (daar moeten immers de 'doelmatigheidswinsten' vandaan komen). Hierin zijn al een aantal belangrijke stappen gezet. In hoofdlijnen gaat het om het afschaffen van de contracteerplicht, de ontwikkeling van nieuwe mogelijkheden voor zorginkoop, en meer vrijheden in het maken van prijsafspraken over de zorg.

De contracteerverplichting is voor de extramurale zorg in de AWBZ al in het najaar 2004 afgeschaft. Hierin loopt de AWBZ-sector voor op die van de ziekenfondswet, waar de contracteerplicht voor instellingen pas wordt afgeschaft met de komst van de zorgverzekeringswet. Voor de intramurale AWBZ-zorg wil men de contracteerverplichting in 2007 gaan afschaffen, maar de afschaffing is gekoppeld aan de invoering van de functiegerichte bekostiging. De afschaffing van de contracteerplicht geeft verzekeraars meer ruimte om zelf te bepalen welk volume aan zorg ze met een zorgaanbieder wil afspreken.

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraar of zorgkantoor en zorgaanbieder werden gereguleerd via door brancheorganisaties opgestelde modelovereenkomsten - later Uitkomsten van Overleg (UVO's) genoemd. De individuele overeenkomsten tussen verzekeraar en aanbieder waren daarvan afgeleid. Deze landelijke overeenkomsten zijn komen te vervallen. Nu zie je dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor haar leden een modelovereenkomst heeft opgesteld die de zorgkantoren vervolgens eenzijdig aan de aanbieder proberen op te leggen. Er bestaat dan ook enige verwarring over de vraag of het gaat om overeenkomsten (resultaat van onderhandeling) of het formuleren van inkoopvoorwaarden. Zorgverzekeraars kunnen ook besluiten om via aanbesteding zorg in

te gaan kopen (aanbesteding van zorg is overigens niet verplicht: de Europese Richtlijn voorziet in een uitzondering voor gezondheidszorgdiensten). We kunnen een wisselend beeld verwachten. De ene verzekeraar zal de voorkeur geven aan *partnership* waarin een zakelijke samenwerking met zorgaanbieders wordt voorgestaan. De ander zal meer richting aanbesteding gaan. Zo wordt bijvoorbeeld in de kraamzorg al geëxperimenteerd met vormen van internetveilingen.

Tot slot krijgen zorgverzekeraars en zorgkantoren steeds meer mogelijkheden om naast het volume ook over de prijs van zorg zelf te gaan onderhandelen. Hiervoor is het wel noodzakelijk om de bekostigingssystematiek van zorgaanbieders aan te passen. Reden om daar even bij stil te staan.

Bekostigingssystematiek zorgaanbieders

Het gaat bij het bekostigingsvraagstuk om drie zaken: de invoering van prestatiefinanciering, de ontwikkeling van de DBC-systematiek, en een systeem van vrije en maximumtarieven.

Prestatiefinanciering.

De huidige op productieafspraken gebaseerde budgetfinanciering wordt vervangen door een prestatiefinanciering. Hiermee heeft de GGZ al enkele jaren geleden een start gemaakt. Sinds 2004 worden de aanbieders vrijwel volledig (behalve de kapitaallasten) afgerekend op de daadwerkelijk geleverde prestaties. Tenminste, voorzover deze productie de gemaakte (aanvullende afspraak) niet overstijgt. De te maken afspraken zijn weer gekoppeld aan de door VWS gefixeerde contracteerruimte van het zorgkantoor.

DBC-systematiek.

Ook wordt de grondslag van de bekostiging gewijzigd. Deze gaat nu nog uit van verrichtingen (*face-to face* contacten in diverse soorten en verpleegdagen in verschillende zorgzwaarten). Hiervoor in de plaats komt binnen de zorgverzekeringwet de DBC-systematiek zoals die voor algemene ziekenhuizen is ontwikkeld. Belangrijkste kenmerk is niet langer de vergoeding van verrichtingen, maar een tarief voor het gehele behandeltraject. Deze behandeltrajecten worden landelijk beschreven met de bedoeling dat ze kwalitatief goed vergelijkbaar zijn zodat de zorgverzekeraar op basis van prijsvergelijkingen tot een goede keuze kan komen bij zijn zorginkoop. Hier wordt een geloof in landelijke standaardisatie zichtbaar, de gedachte dat zorg zich in eenvoudige pakketjes laat vangen, waarna vervolgens alleen de prijs nog het verschil uitmaakt. De DBC-systematiek is straks de onderhandelingsstaal op de zorginkoopmarkt, zo wordt gesteld.

Vrije en maximumtarieven.

Hoewel er in de discussie over DBC's gesproken wordt over vrije prijsvorming, zal hiervan vooralsnog beperkt sprake zijn. VWS zal de prijzen geleidelijk loslaten, afhankelijk van de vraag of er voldoende marktprikkels op de betreffende deelmarkt aanwezig zijn. Ze realiseert zich dat gedurende langere tijd een gemengd systeem zal bestaan.

We krijgen grofweg een combinatie van vrije tarieven en maximumtarieven. Bij de vrije tarieven bekommert de overheid zich in beginsel niet meer om de prijs, zolang de betaalbaarheid van zorg niet in gevaar komt. Bij maximumtarieven worden zorgverzekeraars gestimuleerd om onder dit tarief te gaan contracteren. De zorgautoriteit zal zich in de toekomst bij het vaststellen van de maximumtarieven bovendien meer en meer laten leiden door 'maatstafconcurrentie'. Hierbij wordt het tarief periodiek vastgesteld op basis van de gemiddelde kosten van een bepaald percentage meest efficiënte zorgaanbieders. Op deze wijze kan het tarief stelselmatig verlaagd worden (zie de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel Marktordening Gezondheidszorg). De landelijke database van de DBC-systematiek, het DBC Informatie Systeem (dis), zal gaan voorzien in de hiervoor benodigde informatie. In deze databank wordt van iedere cliënt minutieus bijgehouden hoeveel zorg per DBC wordt geleverd.

Of het verlagen van de tarieven opgevangen kan worden met de veronderstelde doelmatigheidsverbeteringen, is maar de vraag. Er zijn nu al veel kwalitatieve tekorten in de zorg.

Zorgverleningsmarkt

Voor de zorgverleningsmarkt, die tussen zorgaanbieder en patiënt, is geen nieuwe wetgeving voorzien. Wel krijg de inspectie een zwaardere rol als het gaat om het bewaken van de geleverde kwaliteit. De inspectie formuleert in overleg met de brancheorganisatie prestatie-indicatoren. De algemene en academische ziekenhuizen doen hier al ervaring mee op. Deze prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. De indicatoren worden op het internet gepubliceerd en zijn daarmee ook voor de cliënt beschikbaar. Ze zijn daarnaast bedoeld voor VWS om op afstand te controleren of de zorg toegankelijk is en van voldoende kwaliteit.

Voor wat betreft de informatievoorziening investeren zowel VWS als de cliëntenorganisaties in websites waarin aanbieders (maar ook verzekeraars) onderling vergeleken kunnen worden. Op deze wijze kunnen cliënten betere keuzes maken, zo is de gedachte. Zie bijvoorbeeld de website www.kiesbeter.nl van VWS en kiesmetzorg.nl van de consumentenorganisaties. ZonMW financiert voorhoedeprojecten waarin de consumenteninformatie wordt verbeterd

De marktwerking beoogt ook meer keuzevrijheid voor cliënten. De toelatingsdrempel voor nieuwe zorgaanbieders in de ambulante zorg is daarom verlaagd. Nieuwe aanbieders melden zich al, om vervolgens geconfronteerd te worden met de beperkte contracteerruimte van het zorgkantoor. Bestaande zorgaanbieders kunnen nu buiten de eigen sector gaan kijken en hun zorg uitbreiden naar andere doelgroepen (bijvoorbeeld dagbesteding door een instelling voor verstandelijk gehandicapten aan GGZ-cliënten). Ook kunnen bestaande aanbieders buiten hun oorspronkelijke regio actief worden, als tenminste het zorgkantoor waaronder de aanbieder valt, daar aan mee wil werken.

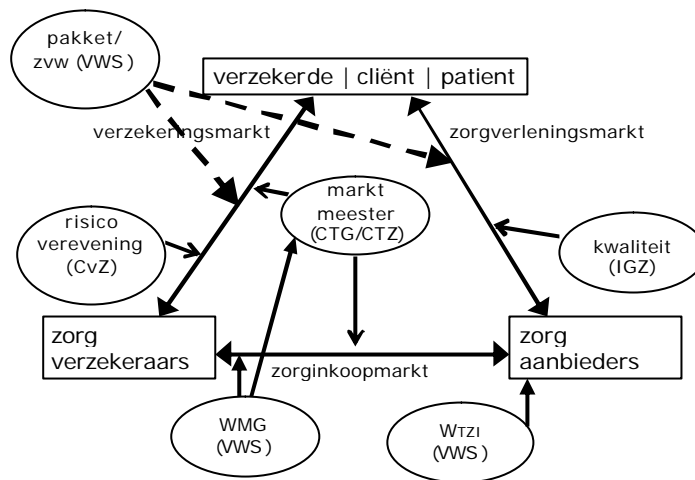
Overigens ontstaat er net als op de verzekeringsmarkt ook op de zorgverleningsmarkt de kans op risicoselectie. De financiering in termen van behandeltrajecten heeft het risico in zich dat relatief dure patiënten binnen zo'n DBC verliesgevend zijn. De instelling krijgt dan een (mogelijk krachtige) financiële prikkel om al te dure patiënten te weren of omgekeerd – als zij dit wil voorkomen – juist meer eenvoudiger problematiek binnen te halen (om zo op een gemiddelde patiëntenmix) uit te komen. Dit laatste staat weer haaks op de *stepped care* filosofie.

Verweven markten

De burgers hebben een dubbelrol. Ze zijn verzekerde en tegelijk (potentieel) cliënt of patiënt. Als verzekerde zal het belang van een betaalbare polis zwaar wegen, als cliënt telt vooral de beste zorg die er bestaat. De zorgverzekeringswet geeft aan deze dubbelrol een nieuwe dynamiek. De acceptatieplicht en de mogelijkheid om ieder jaar te *switchen* geven cliëntenorganisaties de kans om steviger dan voorheen te interveniëren op de zorgverzekeringsmarkt. Ze kan haar leden gericht informeren over de wijze waarop verzekeraars hun cliëntenbelang verzilveren. Zeker de wat grotere organisaties worden daarmee een interessante gesprekspartner voor de zorgverzekeraars.

Zorgaanbieders zullen meer dan nu gaan letten op de zorgverzekeringsmarkt. Als zorgverzekeraars via Ster-spotjes verkondigen dat hun verzekerden binnen vijf dagen een afspraak met de specialist hebben, dan moeten ze dat bij de inkoop van zorg contractueel met een aanbieder van zorg geregeld hebben. Vervolgens zal die aanbieder dat ook waar moeten maken. Als de aanbieder niet tijdig levert dan zal dat direct schade berokkenen aan het imago van de verzekeraar. De zorgverzekeraar zal dit vervolgens verhalen op de aanbieder.

Het belangrijkste blijft als vanouds natuurlijk de zorgverleningsmarkt zelf. Immers, goede zorg verkoopt zichzelf.



Het spel van reguleren en loslaten

Het nieuwe wetgevende kader (en vooral de WTZI en WMG) is hybride van aard. De nieuwe wetgeving bevat de mogelijkheid van meer vrijheid voor partijen (marktwerking), maar ook vrijwel alle mogelijkheden van centrale aanbodregulering zoals we die nu kennen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

VWS spreekt zelf liever over een transitie-model. Geleidelijk zal VWS meer afstand nemen en de partijen in de zorg meer vrijheid geven, zo is de gedachte. VWS bepaalt hierbij bij Algemene Maatregelen van Bestuur en Ministeriële Regelingen het tempo. Zij is de grote roerorganger en de sector zal steeds opnieuw moeten bewijzen dat ze het aan kan. Het lijkt erop dat we van doen hebben met de 'rijschool Hoogervorst', waarbij het de instructeur is die bepaalt wanneer je 'er' geschikt voor bent. En als VWS tijdens de les niet op de rem trapt, dan is het wel de Tweede Kamer die meent aan het stuur te moeten trekken.

Ondertussen zien we dat VWS, met in haar kielzog de Zelfstandige Bestuursorganen, zich steeds meer laat leiden door een rigide handhavingsbeleid van al onder het kabinet Paars II afgeschreven maar nooit ingetrokken regelgeving. Ook zorgkantoren willen zich steeds indringender met de zorg bemoeien, ook op terreinen waarvan de bestuurders van instellingen menen dat ze dat met een gerust hart aan de zorgafdelingen en behandelaars zelf kunnen overlaten.

De zorg wordt onder de noemers van transparantie en sturen op afstand steeds meer gevangen in grote landelijke centrale databases. Het DBC Informatie Systeem (de Dis) en straks ook de verantwoording in het kader van het jaardocument zijn daar voorbeelden van. Minutieus moet de zorg aan de bron worden geregistreerd en wel op een door ICT afgedwongen uniforme wijze. Alles moet tenslotte opgeteld en vergeleken kunnen worden. Wat niet geteld en geregistreerd kan worden, lijkt hierbij van minder waarde. Dit zal weer leiden tot toenemende drukte en frustraties bij behandelaren, die immers weten dat hun wereld toch iets complexer en veelzijdiger is dan systeembouwers ooit kunnen bevroeden.

VWS hinkt met haar wetgevend programma op twee gedachten en durft hierbij de zorg niet het vertrouwen te geven dat ze verdient. Een vertrouwen dat overigens onderhevig

is aan een economisch humeur. De geschiedenis van de afgelopen twintig jaar leert dat bij economisch slecht weer de overheid het beheersingsinstrumentarium (re)activeert en dat ze dan vooral oog heeft voor kostenbeheersing en het handhaven en controleren van regels. Bij wat gunstiger tij krijgt de zorg weer meer ruimte en worden zorgaanbieders aangespoord om onorthodoxe initiatieven te ontwikkelen om zo de zorg vooruit te helpen, zo nodig tegen de bestaande regelgeving in. Deze dynamiek van reguleren en loslaten is inherent aan de boeiende en zo complexe wereld die gezondheidszorg heet.

Frans van de Pol
© september 2005

¹ Dit artikel is een bewerking van een presentatie voor medewerkers van het Trimbos-instituut in het kader van *'Trimbos in Debat'* op 27 juni 2005. In dit artikel worden diverse wetten genoemd en diverse beleidsnota's aangehaald. Al deze wetten en nota's zijn te raadplegen op www.GGZbeleid.nl, de website van de auteur. Daar staan ook samenvattingen van de genoemde wetten alsmede overzichten van de gevoerde beleidsdiscussies.