

Hij beschouwt de Zorgverzekeringswet als de grootste verworvenheid voor de burger/zorgvrager en ziet zonder regulering geen marktwerking. Het is uitkijken niet te ver door te schieten, want dat zou de geografische spreiding van zorg en de kwaliteit en de veiligheid van zorg in gevaar kunnen brengen, stelt Jos Werner (68), voormalig bestuurder bij de academische ziekenhuizen van Amsterdam en Nijmegen. Hij vertrekt in mei dit jaar als senator uit de Eerste Kamer, waar hij sinds 2003 fractievoorzitter van het CDA was en woordvoerder voor volksgezondheid. Zijn brede expertise over de zorg blijft Werner uitdragen in verschillende nevenfuncties.

**De Autoriteit** | Loek Kusiak

**Ex-zorgmanager en scheidend CDA-fractievoorzitter Eerste Kamer Jos Werner:**

# ‘Linksom of rechtsom blijft regulering nodig’

**De zorg loopt als een rode draad door uw loopbaan: ambtenaar op Volksgezondheid, ziekenhuisbestuurder en politicus. Wat is het belangrijkste dat in de zorg tot stand is gebracht?**

De Zorgverzekeringswet uit 2006 is een mijlpaal in de publieke ordening van medische zorg. Met de wens om verschillende zorgverzekeringen onder één noemer te brengen, ging ik al aan de slag als ambtenaar ten tijde van het kabinet-Den Uyl. De Zorgverzekeringswet is een goede mix tussen wat de verzekerde zelf bijdraagt en wat collectief gefinancierd wordt. De wet laat ook voldoende ruimte voor dynamiek in onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De volgende slag die de politiek moet maken is de modernisering van de AWBZ.

**Wat moet er rond de AWBZ veranderen?**

De AWBZ is uitgedijd tot een expansievat met allerlei collectieve voorzieningen, die niet meer te maken hebben met de oorspronkelijke uitgangspunten. Dat zijn de onverzekerbare risico's, de moeilijke gevallen die levenslang zorg nodig hebben, zoals mensen met een handicap. Voor ouderenzorg moeten voortaan het eigen inkomen, vermogen en woningbezit maatgevend zijn. Huisvestingskosten en woonlasten moet je niet meer vanuit de AWBZ vergoeden. Ouderenzorg die wel vergoed wordt moet geïndiceerd zijn en via een budget aan de persoon gekoppeld, niet aan de instelling. Een cliëntvolgende bekostiging, waar cliënten en ouderenorganisaties ook voorstander van zijn.

**Nu het toch over politiek en zorgwetgeving gaat: minister Edith Schippers kondigde onlangs aan de marktwerking in de zorg tot 2015 uit kostenoverwegingen te willen verminderen. Voor een liberaal politica een opmerkelijk standpunt. Wat vindt u?**

Er is een misverstand. Dat bericht over Schippers' voornemen berust op een notitie die achterhaald is en uit de Klink-periode stamt. Maar dat er budgettaire problemen zijn staat wel vast. Daarom verwacht ik in Schippers voorstellen, zoals Klink ook al wilde, een sterk accent op meer doelmatigheid, op beter presteren en meer kwaliteit in de zorg. Om de stijging van de collectieve uitgaven onder de duim te houden, zal ze een overgangssituatie creëren. Dat is de invoering van het DOT-systeem, de vereenvoudiging van de DBC's, die prestatiebekostiging mogelijk moet maken.

**Wordt het er daarmee allemaal duidelijker op voor de zorgaanbieders?**

Was het maar waar. Alleen al dat absurde woord DOT of DBC's. Dat houdt in dat we er nog lang niet zijn. Ik benijd de ziekenhuisdirecteuren niet. Het prijsbeleid in de zorg is een chaotische boel. Dat werkt ook door naar banken, die uiterst terughoudend zijn met leningen. Ziekenhuizen en zorginstellingen zitten met een cumulatie aan onzekerheden opgescheept dankzij een overheid die ieder jaar weer andere dingen gaat doen. Daar kun je het woord 'marktwerking' niet op loslaten. Voor wat betreft de inkomens



## CV Jos Werner

Jos Werner (Nijmegen, 1943) studeerde economie in Tilburg en werkte tot 1984 in verschillende functies, voor het laatst als directeur financieel beleid, op het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Hij stapte over naar het AMC in Amsterdam, waar hij tot oktober 1991 vice-voorzitter van de raad van bestuur was. Vervolgens was hij tot 2004 voorzitter van de raad van bestuur van het UMC St Radboud in Nijmegen. Zijn politieke entree als lid van het CDA in de Eerste Kamer maakte hij in 1995. Sinds 2003 was hij fractievoorzitter. Werner was ook voorzitter van de Vereniging van Academische Ziekenhuizen en kroonlid van de Ziekenfondsraad. Momenteel is hij onder meer lid van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, voorzitter van MEE Nederland, voorzitter van de stuurgroep Zorg voor Beter van ZonMw, lid van de raad van advies van de NZa en lid van de raad van commissarissen van farmaciebedrijf MSD ('Merck') in Haarlem.

van de medisch specialisten is dat met het financiële kader dat recent met ministerie en beroepsgroep is overeengekomen voorlopig wel geregeld.

Maar de ziekenhuizen, die graag intern budgetbeleid willen voeren en dat willen integreren met de budgetafspraken voor de specialisten, weten niet of ze morgen nog met de maatstaven van vandaag beoordeeld en betaald krijgen. Ziekenhuizen willen ook heel snel zekerheid van de overheid over de doorberekening in hun DBC-tarieven van afschrijvingen en rente voor leningen voor nieuwbouw.

### Hoe ziet het scenario er op de langere duur uit?

#### Blijft het een gereguleerde zorgmarkt?

Een volledig open markt is een illusie, want in een open markt voor de zorg is er geen limiet aan wat je mag besteden. Zolang de kosten voor de zorg niet hoger mogen zijn dan het politiek vastgelegde maximum uit het regeerakkoord, zal de markt zich daar naar moeten schikken.

De bandbreedte van solidariteit bepaalt wat we van de belastingbetaler mogen verlangen om de zorg betaalbaar te houden.

De andere manier om de zorgkosten te controleren is via prikkels van doelmatigheid: zorgverzekeraars geef je bevoegdheid tot inkopen, tot het maken van productieafspraken. De weg via de collectieve zorguitgaven én de weg via de zorginkoop door verzekeraars zijn wel strijdig aan elkaar. Je kunt stellen dat de overheid zichzelf voortdurend in de eigen staart bijt. Maar daarmee is een gereguleerde

markt, hoe klungelig die nu ook functioneert, altijd nog beter dan de oude situatie. Internationaal kunnen de zorgkosten bij ons de toets der kritiek doorstaan.

### Concurrentie tussen ziekenhuizen zou leiden tot een grotere doelmatigheidswinst en meer kwaliteit van zorg. De ziekenhuizen die dat niet kunnen leveren moeten ermee ophouden, stellen sommige zorgondernemers. Mee eens?

Een goede spreiding van voorzieningen als ziekenhuizen komt niet door de markt tot stand. Ziekenhuizen beschouwen wij in Nederland als een publiek goed, als iets dat niet failliet kan gaan en waar je geen handel mee drijft. Dat iemand als Loek Winter bereid was de IJsselmeerziekenhuizen over te nemen en te saneren, kon alleen omdat het rijk met geld over de brug kwam. De gemeenschap vond dat er in die regio een ziekenhuis moest zijn, zoals er ook brandweer en politie moet zijn. Ik kan me wel vinden in die opvatting.

In de Randstad zijn door het inwonertal veel ziekenhuizen en bestaat er ook regionale concurrentie. Voor de rest van het land is de ziekenhuismarkt een goed gespreide regionale markt. De verhouding tussen publiek en privaat is in de zorg nog lang niet uitgekristalliseerd. Dat blijkt ook uit de discussie over wenselijkheid van winstuitkeringen voor ziekenhuizen en de zeggenschap van private investeerders. Want hoe ver mag die zeggenschap gaan? Dat is een heel moeizaam politiek debat.

## 'Het prijsbeleid in de zorg is een chaotische boel'

### **Is de burger, de zorgvrager, ook niet een factor van betekenis langs wie meer concurrentie en kwaliteitsverbetering in de zorg op gang kan komen?**

Ja, dat zou moeten, maar voorlopig zie ik daar niet veel van terug. De patiënt moet er maar op vertrouwen dat zijn verzekeraar het beste heeft ingekocht dat er te vinden is. De patiënt is niet in de positie om die afweging te maken. De meeste mensen schijnen ook meer fiducia te hebben in hun dokter dan in hun verzekeraar. Het ambivalente is dat een deel van de ziekenhuiszorg, zoals de routinezorg, zich wel goed voor concurrentie leent. Maar het risico daarvan is weer dat als meer specialisten voor zichzelf beginnen, het ziekenhuis ook meer moeite krijgt om het publieke deel ingevuld te krijgen. Voor traumazorg heb ik ieder moment van de dag twaalf specialismen nodig. Je kunt je zelfs afvragen of we op sommige gebieden niet te ver zijn doorgeschoten met marktwerking.

### **Welke voorbeelden ziet u van "doorgeschoten" marktwerking?**

Ik signaleer een tendens om de afspraken over medische zorg die in het vrije segment terecht zijn gekomen weer te reguleren. Neem dotterbehandelingen. Die waren vroeger gereguleerd via twaalf gespecialiseerde ziekenhuizen. Klink gaf dat vrij. Toen ging vrijwel ieder ziekenhuis dotteren, zonder daarin voldoende vaardigheid te hebben. Nu hoor ik weer de roep om dotteren te beperken tot ziekenhuizen die dat vakbekwaam kunnen. Om die reden snap ik ook goed dat de CZ Groep openbaar heeft gemaakt dat sommige ziekenhuizen vanwege mindere kwaliteit van borstkankerbehandelingen geen contract meer krijgen. In dit soort zaken is de politiek sterk voor zelfregulering: 'Laat de professionals het maar doen.' Maar als die het laten afweten, is tóch de overheid aan zet. Linksom of rechtsom zal regulering nodig blijven.

### **De Regieraad Kwaliteit van Zorg, die in 2009 is opgericht en waar u lid van bent, ijvert voor goede zorg. Wat mogen we verwachten?**

Ondanks vele richtlijnen en indicatoren die er zijn, blijft het beoordelen en transparant maken van kwaliteit in de zorg moeilijk. De Inspectie Gezondheidszorg is slechts keurmeester, maar diffuus is wie de macht heeft om aan een normering voor een zorghandeling of zorgproces formeel een kwaliteitsstandaard toe te kennen. Een standaard zonder vrijblijvendheid maar die verplicht tot uitvoering. Voor het vaststellen van deze kwaliteitsstandaards is een autoriteit nodig, een kwaliteitsinstituut.

Zo staat het ook in het regeerakkoord.

En we willen ook niet dat iedere zorgverzekeraar eigen normen ontwikkelt. Op weg naar zo'n kwaliteitsinstituut brengt de Regieraad structuur aan in normen over wat goede zorg is, inclusief medicijnen en medische technologie. De introductie van richtlijnen in de praktijk is een zaak van partijen in het veld. Goed werk in de zorg is vooral het resultaat van een collectieve prestatie.

Verder wil de Regieraad de verenigingen van medici prikkelen meer aan visitatie te doen en meer verantwoording af te leggen. De huiver om zich te verantwoorden is onder medici nog veel te groot. Bij ieder incident dat de media haalt, zie je dat specialisten, directie en de IGZ allemaal iets anders beweren. In zijn algemeenheid vind ik verder dat de logistieke processen rond de patiënt en medicijnbewaking moeten verbeteren. Veel fouten zijn door beter teamwork en de inzet van ICT vermijdbaar. Op ICT-gebied loopt de zorg mijlenver achter.

### **Is in het licht van marktwerking ook een veranderende rol voor de academische ziekenhuizen aan de orde?**

De onafhankelijke positie van onze academische ziekenhuizen moet beschermd worden tegen de marktwerking. Deze ziekenhuizen zijn de dragers van kennisinfrastructuur en medische innovatie. Ze moeten zich niet uit financieel gewin inlaten met routinezorg, maar fungeren als het zelfreinigend vermogen van de geneeskunde. De zorg is de afgelopen 40 jaar door medisch-wetenschappelijk onderzoek meer veranderd en verbeterd dan door alle overheidsbeleid uit die jaren bij elkaar. Dat wordt door 'Den Haag' te weinig erkend. Daar heerst ook het vooroordeel dat het ontwikkelen van medische technologie de zorg extra duur maakt. Gewoon niet waar. Medische technologie is de grootste bespaarder van zorgkosten.

Zelf ben ik betrokken bij Health Valley, een samenwerking van het Radboud UMC met de Universiteit Twente. Ideeën voor medische technologie worden gekoppeld aan bedrijven die dat doorontwikkelen in producten. Er lopen nu meer dan 40 projecten en de totale omzet van Health Valley bedraagt 80 miljoen euro. Geef je onderzoekers de ruimte en wordt er eenmaal aan een innovatie verdiend, dan verloopt de implementatie in een ziekenhuis ook heel snel. |