

# Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg

PROF. DR. F.F.H. RUTTEN\* – DR. W.P.M.M. VAN DE VEN\*\*

De laatste jaren wordt in toenemende mate gewezen op de mogelijkheid van introductie van marktelementen in de besluitvorming over middelenallocatie in de gezondheidszorg. De denkbeelden over concurrentie in de gezondheidszorg dienen als tegenwicht tegen de in de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) uitgezette weg van nagenoeg volledige overheidsregulering. In dit artikel worden de mogelijkheden van competitie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg verkend. In het bijzonder gaan de auteurs na wat de rol van de financiers hierbij kan zijn. Er worden twee strategieën beschouwd, waarbij uitgangspunt is dat op den duur in Nederland een uniforme regeling voor de ziektekostenverzekering tot stand komt met een verplichte basisverzekering en vrijwillig aanvullende verzekeringen. Bij de eerste strategie voeren ziekenfondsen en particuliere verzekeraars op basis van gelijkwaardigheid en in onderlinge competitie beide soorten verzekeringen uit. Bij de tweede strategie voeren niet-concurrerende, regionale ziekenfondsen de basisverzekering uit en voeren onderling concurrerende particuliere verzekeraars de aanvullende verzekeringen uit.

## 1. Inleiding

In het laatste decennium is de *Structuurnota gezondheidszorg* een belangrijke leidraad geweest voor het gezondheidszorgbeleid en de daarmee corresponderende wetgevende arbeid in Nederland. Na de periode van ongecontroleerde expansie in de jaren zestig en in het begin van de jaren zeventig achtten de toenmalige bewindvoerders op gezondheidszorg het noodzakelijk dat de overheid, die immers de financiering van de gezondheidszorg garandeerde, ook een steviger greep kreeg op het aanbod van voorzieningen en de prijsvorming in de gezondheidszorg. Dit leidde tot concipiëring en deels ook tot invoering van wetgeving (o.a. de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)), waarvan de uitgangspunten waren neergelegd in de Structuurnota.

In de jaren tachtig is in toenemende mate twijfel ontstaan of de in de Structuurnota uitgezette weg wel de juiste is. Hoewel de kritiek voor een deel zeker is terug te voeren op de algemene trend van dit moment om te pleiten tegen nog meer overheidsinvloed en voor een grotere rol voor de markt, zijn daarnaast ook een aantal feiten aan het licht gekomen die een nieuw licht werpen op de ordening in de gezondheidszorg en de rol die een overheid daarbij kan spelen. Zo zijn een groot aantal evaluatiestudies uitgevoerd van overheidsbeleid, met name in de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat overheidsmaatregelen gericht op kostenbeheersing nauwelijks effectief zijn geweest. Dat geldt vooral in die gevallen waarin de „incentives” voor de individuele beslissers in de gezondheidszorg bleven gericht op expansie in de zorgverlening 1). Ook in Nederland zijn voldoende voorbeelden aan te dragen waaruit blijkt dat maatregelen gericht op kostenbeheersing een averechts effect sorteren 2).

Een tweede consequentie van de planningsoptie die velen verontrust, betreft de enorme investeringen die nodig zijn om het personele kader voor de beleidsvoering bij de lagere overheden op te bouwen. Er wordt momenteel voor aanzienlijke bedragen geïnvesteerd in de opbouw van dit kader zonder dat dit tot nu toe iets tastbaars heeft opgeleverd mede vanwege de vertragingen in

de invoering van de planningswetgeving. Ten slotte kan erop worden gewezen dat de planningsoptie niet strookt met het huidige streven naar deregulering. De z.g. Commissie Geelhoed laat er geen twijfel over bestaan dat doorgaan op de lijn van de Structuurnota grote bestuurlijke problemen zal genereren.

In dit licht is het niet verwonderlijk dat een groot aantal auteurs in binnen- en buitenland als alternatief voor een sterke mate van overheidsplanning heeft gewezen op de mogelijkheid marktelementen een belangrijke rol te laten spelen bij de ordening in de gezondheidszorg 3). Een belangrijke mogelijkheid tot incorporering van marktelementen is het bevorderen van concurrentie in de gezondheidszorg. Deze kan betrekking hebben op concurrentie tussen hulpverleners of tussen gezondheidszorginstellingen, maar ook concurrentie tussen verzekeraars valt onder deze optie. Naargelang de mate van concurrentie die men in de

\* Capaciteitsgroep Economie van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg.

\*\* Studierichting Algemene Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Een uitgebreide versie van dit artikel verschijnt in het boek *Concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg* onder redactie van H. Hagen, uitgeverij De Tijdstroom BV, Lochem.

1) Vgl. J. van der Gaag en F.F.H. Rutten, Overheidsingrijpen in de gezondheidszorg: enkele lessen uit Amerikaanse ervaringen, *Openbare Uitgaven*, jg. 12, 1980, nr. 4, blz. 167–178

2) F.F.H. Rutten, Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg, *Openbare Uitgaven*, jg. 15, 1983, blz. 328–343; en J. Hofland en P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, nr. 14, 's-Gravenhage, oktober 1984.

3) Vgl. A.C. Enthoven, Consumer-choice health plan, *New England Journal of Medicine*, nr. 298, 1978, blz. 650–658 en 709–720; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van welzijnsbeleid*, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982; W.P.M.M. van de Ven, Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid, *ESB*, 26 januari en 2 februari 1983, blz. 72–78 en 110–117; en Hofland en Wilms, op.cit.

gezondheidszorg zou willen toelaten, wordt afgeweken van een integrale planning via overheidsorganen, en is sprake van een tota- taal andere wijze van ordening in de gezondheidszorg.

Momenteel lijken we te zijn aangeland op een punt waarop belangrijke en fundamentele keuzen met betrekking tot de in- richting van het gezondheidszorgsysteem in Nederland moeten worden gemaakt 4). Daarbij kan ook de fundamentele vraag worden betrokken of men de nadruk wil leggen op verdelingsas- pecten dan wel de prioriteit wil geven aan doelmatigheid in de gezondheidszorg; in economische termen betreft dit de „trade- off” tussen „equity” en „efficiency”. Velen menen dat toene- mende overheidsinvloed een garantie biedt voor een rechtvaardige middelenverdeling in de gezondheidszorg, maar deze stelling verliest veel van zijn kracht wanneer op het punt van de doelma- tigheid van de zorg belangrijk moet worden ingeleverd. Ander- zijds lijkt er nu ruimte voor een fundamentele koersverandering, omdat de noodzaak van een stelselwijziging van de ziektekosten- verzekering momenteel wel zeer dringend is.

In dit artikel verkennen wij de mogelijkheden om concurren- tie in de Nederlandse gezondheidszorg een plaats te geven. In het bijzonder houden wij ons bezig met de vraag wat de rol van de fi- nanciers kan zijn bij het bevorderen van competitie tussen hulp- verleners (waaronder ook te verstaan hulpverlenende instan- ties). Hierbij staat de uitvoering van de sociale verzekering – een uniforme basisverzekering – centraal. In onze beschouwin- gen blijft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ongewijzigd. Voorts gaan we ervan uit dat er geen grote wijzigin- gen optreden in de omvang van de marktaandeelen van de huidige verzekeraars. In de paragrafen 3 en 4 worden 2 scenario's voor competitie besproken. Maar eerst gaan we in de volgende para- graaf in op de rol van de financiers omdat deze essentieel is voor ons verdere betoog.

## 2. De rol van de „financiers”

Is het zo dat in de planningsoptie de overheid zowel op cen- traal als decentraal niveau een cruciale rol speelt, bij de markt georiënteerde allocatie van middelen is de rol van de „finan- ciers” (particuliere verzekeraars en ziekenfondsen) prominent. Met betrekking tot het functioneren van de financiers kunnen een aantal suggesties worden gedaan die ons inziens een noodza- kelijke voorwaarde vormen om de functie van de financiers als „countervailing power” tegenover het aanbod op de markt voor gezondheidszorg maximaal te benutten 5). Enerzijds gaat het er- om de financiers meer dan thans te stimuleren tot bevordering van doelmatige gezondheidszorg; anderzijds moeten hen hiertoe ook grotere mogelijkheden worden geboden. Wat betreft de zie- kenfondsen gaat het er dan in de eerste plaats om de verplichting van ziekenfondsen met iedere individuele hulpverlener of ge- zondheidszorgorganisatie een contract te sluiten, te vervangen door een systeem waarbij een ziekenfonds de mogelijkheid heeft zelf te bepalen met welke hulpverleners of gezondheidszorgorga- nisaties een contract wordt gesloten of beëindigd.

In de tweede plaats zou een verandering in de systematiek van uitkeringen uit de Algemene Kas aan de ziekenfondsen moeten worden doorgevoerd. In tegenstelling tot het huidige systeem, waarbij de ziekenfondsen een uitkering ontvangen op basis van werkelijk gemaakte kosten, zouden in de uitkeringen uit de cen- trale kas gefaseerd een aantal normatieve elementen kunnen worden ingebouwd. Dat zou op den duur kunnen uitmonden in een systeem van budgettering per ziekenfonds.

De derde suggestie betreft het prijsbeleid in het kader van de WTG en de positie van alle verzekeraars, dus zowel ziekenfond- sen als particuliere verzekeraars. In plaats van het in het kader van de WTG vaststellen van gefixeerde tarieven voor de honore- ring van hulpverleners zouden door het Centraal Orgaan Tarie- ven Gezondheidszorg (COTG) maximum tarieven moeten wor- den vastgesteld. Op deze wijze zou een nieuw element in de be- oordeling door het ziekenfonds of de ziektekostenverzekeraar rond de afsluiting van een contract met een hulpverlener worden geïntroduceerd: in dit geval zou niet alleen de kwaliteit van de zorg en „efficiënt” gedrag van de hulpverlener in het geding zijn, maar ook het tarief dat voor de hulpverlening wordt berekend.

Voor het bevorderen van concurrentie tussen de hulpverleners in de gezondheidszorg lijken de bovengenoemde maatregelen noodzakelijk. Op deze wijze kunnen de financiers beter dan nu als „countervailing power” tegen de aanbieders van zorg optre- den. De wijze waarop concurrentie tussen de hulpverleners van zorg gestalte kan krijgen, is voorts afhankelijk van enkele keu- zen die moeten worden gemaakt met betrekking tot de wijziging van het verzekeringsstelsel en met betrekking tot de positie van de financiers.

Indien men ertoe overgaat om ziekenfondsen te budgetteren en meer (financiële) zelfstandigheid te geven, dan is een belang- rijke vraag of men de verzekerde al dan niet de vrijheid geeft zich in te schrijven bij het ziekenfonds van zijn voorkeur. Met andere woorden, men zal moeten kiezen tussen onderlinge competitie tussen ziekenfondsen en de optie van één ziekenfonds per regio.

Indien men er voorts vanuit gaat dat het op lange termijn ge- wens is te komen tot een uniform verzekeringsstelsel (met een verplichte basisverzekering en vrijwillige aanvullende verzeke- ringen) dat voor alle ingezetenen gelijkelijk geldt, en indien men de marktaandeelen van de huidige verzekeringsorganisaties niet onnodig wil wijzigen, dan staat men voor een tweede belangrijke keuze: namelijk laat men de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars op basis van gelijkwaardigheid een dergelijk verze- keringsstelsel uitvoeren, of laat men de ziekenfondsen de basis- verzekering en de particuliere verzekeraars de aanvullende ver- zekeringen uitvoeren. Combinatie van deze twee fundamentele keuzen leidt tot ten minste twee interessante opties:

*Optie 1:* Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voeren op basis van gelijkwaardigheid en in onderlinge competitie zowel de basisverzekering als de aanvullende verzeke- ringen uit;

*Optie 2:* Niet-concurrerende, regionale ziekenfondsen voeren de basisverzekering uit en onderling concurrerende parti- culiere verzekeraars voeren de aanvullende verzekering- gen uit.

In de volgende paragrafen zullen wij deze twee lange- termijnopties nader bespreken.

## 3. Competitie tussen ziekenfondsen en tussen aanbieders 6)

Optie 1 kan leiden tot een situatie die in veel opzichten het midden houdt tussen de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Het onderscheid tussen beide komt te vervallen. De uitvoering van de sociale verzekering geschiedt door zowel particuliere verzekeraars als ziekenfondsen, op basis van gelijk- waardigheid. De financiële zelfstandigheid van deze verzeke- raars kan bij optie 1 gestalte krijgen door alle inkomensafhanke- lijke premies voor de basisverzekering („gezondheidsbe- lasting”) te storten in een nieuw op te richten centrale kas. Uit deze kas ontvangt iedere verzekeraar dan voor elke bij hem inge- schreven verzekerde een vast bedrag per jaar. Dit bedrag kan af- hankelijk zijn van de leeftijd en het geslacht van de verzekerde en, voor zover er regionale morbiditeitsverschillen bestaan, van de woonplaats van de verzekerde. Overschotten en tekorten worden verrekend met de verzekerden die vrij zijn zich in te schrijven bij de verzekeraar van hun voorkeur. De premies voor de aanvullende verzekeringen zijn nominaal en worden door de verzekerden rechtstreeks betaald aan de verzekeraar. De verze- keraars zijn vrij om met hulpverleners contracten te sluiten en

4) F.F.H. Rutten en A. van der Werff, Health policy in the Netherlands; at the crossroads, in: G. MacLachlan en A. Maynard, *The public/private mix for health, The relevance and effects of change*, The Nuffield Pro- vincial Hospitals Trust, London, 1982.

5) H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland; een economisch- juridische studie*, Kluwer, 1985; W.P.M.M. van de Ven, De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jg. 63, 1985, blz. 20 – 30.

6) Voor een gedetailleerde uitwerking van diverse aspecten van optie 1 zie Van de Ven, op.cit., 1983.

vervolgens aan de consument – binnen de voorwaarden van de landelijk vastgestelde basisverzekering – diverse polisvormen aan te bieden zodanig dat de voordelen voortvloeiend uit de contracten met de hulpverleners, ook aan de consument ten goede komen. Uiteindelijk kan dit ertoe leiden dat er organisaties als Health Maintenance Organizations (HMO's) ontstaan, die tegen betaling van een vaste premie per jaar de aangesloten verzekerden medische hulp verstrekken 7).

De verzekeraars dingen naar de gunst van de verzekerden door middel van de hoogte van de premie, het dienstbetoon, en de kwaliteit van de zorgverlening. Ten einde ongewenste gevolgen van een onfaire competitie en van het vervallen van veel bestaande en voorgenomen wetgeving tegen te gaan, zal enige aanvullende regelgeving nodig zijn. Deze regelgeving kan betrekking hebben op een acceptatieplicht voor de verzekeraar en kan de verzekeraar ook verplichten elke verzekerde in zijn werkgebied op nader aan te geven wijze volledige informatie omtrent de polisvoorwaarden te verschaffen. Desgewenst kan een regelgeving voor nader aan te wijzen aanvullende verzekeringen worden ingevoerd, die ook betrekking heeft op de premiestelling.

Het bevorderen van competitie tussen verzekeraars behoeft gezinszins ten koste te gaan van de kwaliteit van de gezondheidszorg, integendeel. Weliswaar kunnen een verzekeraar en de met hem samenwerkende hulpverleners op korte termijn de uitgaven verlagen door de kwaliteit te verminderen, op iets langere termijn betekent dit echter dat de reputatie en goede naam van de gehele organisatie op het spel wordt gezet. Dit zal leiden tot een verlies aan ingeschreven verzekerden (die, vanwege de acceptatieplicht, zich kunnen inschrijven bij een andere verzekeraar) en derhalve tot een verlies van werkgelegenheid voor de betrokkenen. Men kan het ook anders stellen: goede kwaliteit zorg (tegen lage prijs) is een van de sterkste wapens in de strijd om de gunst van de consument. Ter ondersteuning hiervan kan gewezen worden op de situatie in de Verenigde Staten, waar na enige tientallen jaren ervaring met HMO's blijkt dat de kwaliteit van de door de HMO's verleende hulp, gemeten volgens gangbare structuur-, proces- en uitkomstmaatstaven, niet minder is dan in het traditionele systeem in de VS en er aanwijzingen zijn dat de HMO's zelfs kwalitatief betere hulp verlenen dan het traditionele systeem 8). Uiteraard zal er, net als in vrijwel alle andere branches (vgl. de Warenwet), wetgeving nodig zijn en blijven ten einde een minimum kwaliteit te garanderen (o.a. Wet Uitoefening Geneeskunst).

Zoals in de inleiding gesteld, gaan wij uit van een voor alle ingezetenen geldende verplichte basisverzekering en vrijwillige aanvullende verzekeringen. In het algemeen kan een splitsing van het huidige ziekenfondspakket in een basisverstrekkingspakket en aanvullende pakketten, corresponderend met de basisverzekering en aanvullende verzekeringen, ertoe leiden dat niet-verzekerde goedkope hulp (bij voorbeeld huisarts(hulp) wordt vervangen door wel-verzekerde dure hulp (bij voorbeeld specialisten(hulp)). Het probleem van ongewenste substitutie kan worden voorkomen door het basisverstrekkingspakket een ruim, breed samengesteld pakket te laten zijn, bij voorbeeld het basisverstrekkingspakket zoals voorgesteld in de heroverwegingsplannen 9) (ca. 83% van huidige ziekenfondspakket). De verplichte basisverzekering is dan een verzekering die vergoeding geeft van alle verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingspakket met inbegrip van eigen betalingen, b.v. een eigen risico aan de voet. Een van de aanvullende verzekeringen zou dan kunnen bestaan uit het afkopen van het eigen risico.

Door de acceptatieplicht voor de verzekeraars is de *financiële toegankelijkheid* van de zorg, wat betreft de basisverzekering, voor iedereen volledig gegarandeerd. Is men van mening dat voor sommige groepen de premie voor de aanvullende verzekeringen te hoog is, dan bestaat de mogelijkheid om deze groepen, volgens nader te bepalen criteria, een gezondheidssubsidie (vgl. huursubsidie) te verschaffen.

Realisering van de hier beschouwde innovatie in de verzekeringsmarkt die de rol van de verzekeraar bij de planning van de voorzieningen vergroot (het aanbod van voorzieningen is de resultante van tussen verzekeraars en gezondheidszorgorganen afgesloten contracten), die van de centrale overheid verkleint en die van de lagere overheid vrijwel elimineert, zorgt ervoor dat de noodzaak van de WVG en WTG met betrekking tot planning en

kostenbeheersing – voor zover het de basis- en aanvullende verzekeringen betreft – sterk zal afnemen. Voor zeer dure topvoorzieningen zal een centrale planning nodig blijven. Het groten-deels in één hand plaatsen van planning en financiering wat betreft een breed basispakket biedt meer dan thans uitzicht op een samenhangend voorzieningenbeleid.

De *inspraak van de consument* vindt voor een belangrijk deel – net als in andere branches, bij voorbeeld dagbladen, banken, supermarkten, verzekeringsconcerns – plaats door het „stemmen met de voeten”: is men niet tevreden, dan gaat men naar een ander. Om deze reden zullen de verzekeraars sterk rekening houden met de preferenties van de consumenten en zal men veel investeren in marktonderzoek ten einde de wensen en voorkeuren van de (potentiële) verzekerden te leren kennen. Consumentenorganisaties zullen ingaan op de behoefte van de consument aan deskundige informatie ten einde de juiste keuze te kunnen maken. Voorts kunnen regelingen worden opgenomen met betrekking tot klachtenprocedures, bij voorbeeld een geschillencommissie die bindende uitspraken doet (vergelijk de vele reeds bestaande geschillencommissies in andere branches). Ook kan men denken aan regels met betrekking tot de samenstelling van bestuur of met betrekking tot de bevoegdheden van een ledenraad/verzekerdenraad e.d.

Via een geleidelijke overgang zou de op lange termijn gewenste situatie kunnen worden bereikt. In een overgangsperiode zullen de bestaande verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden – zoals de premiestructuur, de samenstelling van het verstrekkingspakket en de honorering- en tarievenstructuur – verder moeten worden verkleind, waarna ten slotte het onderscheid tussen beide kan worden opgeheven.

Ten slotte gaan wij kort na wat de relatie is tussen de recente kabinetsplannen en optie 1. De voorgenomen kabinetsplannen inzake ziektekosten hebben betrekking op:

- het stellen van regels met betrekking tot de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekering;
- het invoeren van een zogenaamde interne verevening tussen particuliere verzekeraars onderling en een externe verevening tussen particuliere verzekeraars en de ziekenfondsen;
- het overhevelen van ca. 800.000 vrijwillig ziekenfondsverzekerden naar de particuliere sector.

Deze kabinetsplannen behoeven realisering van de hier besproken optie 1 – gereguleerde competitie tussen verzekeraars – niet in de weg te staan. Integendeel, de twee eerstgenoemde voornemens blijken essentiële regelgeving te bevatten die aansluit bij de bovengenoemde regelgeving. Door het kabinet wordt een acceptatieplicht met betrekking tot een standaardpakket (en een maximum premie) voorgesteld voor ex-ziektenfondsverzekerden (en een kleine groep andere nieuw particulier verzekerden). De voorgestelde „interne verevening” betekent dat verzekeraars met veel ouderen in hun verzekerdenbestand een compenserend bedrag ontvangen van verzekeraars met veel jongeren. Omdat de compenserende bedragen gebaseerd zullen zijn op landelijk gemiddelde kosten per persoon in een bepaalde leeftijdsgroep wordt de stimulans tot kostenbeheersing en doelmatigheid hierdoor niet weggenomen; wel de prikkel om zoveel mogelijk jonge (en dus gezonde) verzekerden te werven. Interne verevening kan worden beschouwd als een alternatief voor leeftijdsafhankelijke premies (of leeftijdsafhankelijke bijdragen uit een centrale kas). De voorgenomen maatregelen op korte termijn, die de particuliere verzekering een meer sociaal karakter geven, kunnen derhalve dienen als proeftuin voor optie 1 10).

7) Zie voor nadere informatie omtrent HMO's bij voorbeeld Van de Ven, op.cit., 1983, 1985.

8) F.D. Wolinsky, The performance of Health Maintenance Organizations: an analytical review, *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, jg. 58, 1980, blz. 537 – 587; en M.I. Roemer, Sickness absenteeism in members of health maintenance organizations and open-market health insurance plans, *Medical Care*, jg. 20, 1982, blz. 1140 – 1146.

9) Heroverweging Collectieve Uitgaven, onderdeel Heroverweging Volksgezondheid, Tweede Kamer, zitting 1980 – 1981, 16 625, nr. 4.

10) Zie hiervoor ook Van de Ven, op.cit., 1984.

#### 4. Regionaal werkende, elkaar niet beconcurrerende fondsen

In de vorige paragraaf is voor de uitvoering van de sociale verzekering uitgegaan van concurrentie tussen verzekeraars. Dit gaat in feite in tegen de trend in de ziekenfondswereld om fusies tussen ziekenfondsen te realiseren, hetgeen tot een situatie leidt waarin regionale fondsen uitsluitend werkzaam zullen zijn in één gezondheidsregio. Bij optie 2 veronderstellen we dat er geen concurrentie plaatsvindt tussen de regionale fondsen die de basisverzekering uitvoeren. De particuliere verzekeringen voeren in dit geval de aanvullende verzekeringen uit. Gegeven de opdracht die we ons hebben gesteld in dit artikel, gaan we na in hoeverre ook in dit geval concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg kan worden geïntroduceerd.

Het regionaal overleg tussen financiers en regionale gezondheidszorg, zoals dat zich nu ook reeds ontwikkelt, zal bij optie 2 een prominente plaats innemen. Het regionaal fonds, dat als monoponist een sterke positie inneemt, kan in dit regionaal overleg voor een belangrijk deel de prioriteiten wat betreft de regionale zorgverlening bepalen en b.v. een verschuiving van de tweede naar de eerstelijnszorg bewerkstelligen voor zover strekkingen deel uit maken van het sociale verzekeringspakket. In het onderhavige scenario lijkt de positie van de fondsen aanzienlijk sterker dan in geval van optie 1. Of dit ook voor de consument tot bevredigende resultaten leidt, hangt uiteraard sterk af van de mate waarin het regionale fonds diens belangen wil behartigen en welke prikkels hiertoe in het systeem aanwezig zijn.

Wanneer contracten met hulpverleners en instellingen niet meer automatisch door het fonds worden afgesloten en ook de daarin gehanteerde tarieven niet meer landelijk worden vastgesteld (vgl. par. 2), kan er een competitie tussen hulpverleners ontstaan, waarbij het fonds vervolgens met die hulpverleners contracten afsluit die kwalitatief goede zorg paren aan relatief lage kosten. In dit geval zet het fonds het erkenningenbeleid 11) op actieve wijze in ter verhoging van de doelmatigheid van de zorgverlening. Bij deze concurrentie, die gericht is op het afsluiten van een contract tussen fonds en gezondheidszorgorganisatie of hulpverlener, staat de verzekerde evenwel buiten spel.

Een andere situatie ontstaat wanneer het fonds efficiëntievoordelen, behaald op grond van bepaalde contracten met aanbiedersorganisaties, gaat doorberekenen aan verzekerden. Het zou bij voorbeeld zo kunnen zijn dat het ziekenfonds erin slaagt met bepaalde hulpverleners respectievelijke gezondheidszorginstellingen bijzonder voordelige contracten af te sluiten (niet alleen bij voorbeeld op basis van tarieven, maar ook op basis van afspraken over doelmatig verwijzen, rationale beperkingen op het gebruik van diagnostiek, enz.). Mochten deze contracten leiden tot duidelijk lagere kosten per verzekerde, dan kan het fonds aan die verzekerden die van de diensten van de betreffende aanbieders gebruik maken een bepaalde korting op de premie verlenen. De verzekerde is dan wel verplicht zich bij ziekte te wenden tot de betreffende hulpverleners. Het basispakket van de volksverzekering wordt dan in dat geval niet zozeer aangetast, maar wel kunnen restricties door het fonds worden opgelegd met betrekking tot de wijze van uitoefening van de verzekeringsrechten tegen kortingen op de premie. Op dit basisprincipe zijn velerlei variaties mogelijk.

Ook is het mogelijk dat efficiëntievoordelen voor een deel worden doorgesluisd naar de hulpverleners (via een systeem van bonussen). Eventueel kunnen zo op HMO's lijkende organisaties ontstaan, die voor een heel pakket diensten een contract met het fonds afsluiten. Zijn ze succesvol, dan kan het fonds een financiële prikkel aan verzekerden geven om zich bij een dergelijke organisatie aan te sluiten. Op deze wijze ontstaat een zekere keuzevrijheid van de verzekerde met betrekking tot de te kiezen verzekeringspolis voor het basisverstrekkingspakket, en kan hij daarmee een, weliswaar in vergelijking met optie 1 beperkte, invloed op de gang van zaken uitoefenen. Wel zullen dan (beperkte) verschillen ontstaan in de te heffen premie voor de sociale verzekering binnen een regio.

Het is evenwel denkbaar dat een fonds zich op het standpunt stelt dat deze verschillen uit een oogpunt van solidariteit tussen verzekerden niet wenselijk zijn, en de eventuele vruchten van een grotere doelmatigheid in de zorgverlening aan alle verzekerden ten goede laat komen door een algemene korting op de (landelijk

uniforme) premie. De keerzijde hiervan is dat verzekerden in geval van overschrijding van het zorgvuldig vastgestelde ziekenfondsbudget een premietoeslag moeten betalen.

Overigens kan men zich afvragen of een regionaal fonds überhaupt zal overgaan tot stimulering van concurrentie. Ziekenfondsen wagen zich daarmee immers op een voor hen nieuw terrein. Besturen van fondsen met daarin vertegenwoordigers van de gezondheidszorg zullen dit misschien niet wenselijk vinden, en het zal ook bepaalde eisen stellen aan het management van de fondsen. In dit verband kan men denken aan de introductie van bepaalde financiële stimuli (bonussysteem) voor het management in de richting van actief, doelmatig beleid. Op deze wijze wordt aan het ziekenfondsmanagement de prikkel ontnomen om via publicitair gevoelige zaken een verhoging van het budget af te dwingen in plaats van bestaande ondoelmatigheden tegen te gaan. Ten slotte is het niet ondenkbaar dat doorberekening van efficiëntievoordelen aan de verzekerden een noodzakelijke voorwaarde is om voldoende druk op het ziekenfondsmanagement te mobiliseren, zodat deze bereid is initiatieven met betrekking tot concurrentie te entameren.

Ten aanzien van de *doelmatigheid* van zorgverlening moet wat betreft optie 2 worden opgemerkt dat ongewenste substitutie zou kunnen optreden in zoverre „dure” alternatieven in het basispakket zijn opgenomen, terwijl „goedkope” alternatieven voor zorgverlening op de particuliere markt moeten worden gekocht. Een en ander hangt uiteraard af van de wijze waarop een invulling wordt gegeven van het basispakket in het kader van de sociale verzekering. Een scherpe indicatiestelling bij aanspraken op verstrekkingen uit het basispakket van de sociale verzekering (in combinatie met de budgettering) kan hier enig tegenwicht geven.

In hoeverre de regionale gezondheidszorg wordt afgestemd op de *behoeften van de consument*, is in dit scenario minder duidelijk dan bij optie 1. De enige directe invloed van de consument ontstaat, wanneer het fonds zoals hierboven omschreven de verzekerde enige keuzemogelijkheid laat met betrekking tot de wijze, waarop hij zijn rechten in het kader van de sociale verzekering wil uitoefenen. Gebeurt dit niet, dan is de consument als het ware „overgeleverd” aan de goede wil van het fonds diens wensen zo goed mogelijk te vertalen in beleid. Men kan zich afvragen of de bestaande wetgeving op het punt van de kwaliteitscontrole voldoende is, of dat daarenboven bepaalde sanctiemogelijkheden moeten worden geschapen wanneer ziekenfondsen op het punt van de kwaliteit en serviceverlening aan verzekerden tekort schieten. Uiteraard werkt hier niet het concurrentiemechanisme, zoals in optie 1.

Wat betreft de planningswetgeving lijkt ook bij optie 2 een aanzienlijke vereenvoudiging haalbaar. De besluitvorming over financiering en de vaststelling en verdeling van de capaciteit van gezondheidszorgvoorzieningen in de regio ligt nu in één hand, namelijk in die van het regionale fonds, zodat de door de Commissie Geelhoed bepleite samenhang tussen planning en financiering gewaarborgd is.

Op deze wijze zal de middelenallocatie zijn beslag met name krijgen in het regionaal overleg, waarbij het regionale fonds enerzijds en de gezondheidszorgwerkers en -instellingen anderzijds de voornaamste partners zijn, en waarin een inbreng vanuit lagere overheden kan worden gemist. Op deze manier kan de WVG worden teruggebracht tot een eenvoudige vorm van planning door de centrale overheid wat betreft een subsector van de gezondheidszorg (de bovenregionale voorzieningen). Ten behoeve van een democratische controle over de allocatiebeslissingen door de financiers kan men denken aan een centraal uit te vaardigen en in het parlement te verdedigen stelsel van normen en richtlijnen, waaraan ziekenfondsen zich dienen te houden 12). Deze normen en richtlijnen kunnen bij voorbeeld betrekking hebben op de minimale beschikbaarheid van bepaalde voorzieningen noodzakelijk om de consument in de gelegenheid

11) Nu worden erkenningen aan gezondheidsorganisaties gegeven wanneer voldaan is aan bepaalde kwaliteitscriteria.

12) Vgl. H.J.J. Leenen, Regulerend en deregulerend in de gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jg. 62, 1984, nr. 10, blz. 403 - 407.

te stellen zijn of haar rechten op basis van de sociale wetgeving uit te oefenen. Op deze wijze kunnen een belangrijke toename van de bureaucratie, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met invoering van een planningswet als de WVG, en de daaraan verbonden investeringen vermeden worden.

Anders dan in de optie van decentrale planning via WVG (democratische procedures) of de optie van de competitie (stemmen met de voeten) is de *consumenteninvloed* in deze optie beperkt. Wellicht zijn er mogelijkheden om de indirecte invloed van de consument te versterken via additionele regelgeving met betrekking tot de samenstelling en keuze van het bestuur van fondsen en gezondheidszorginstellingen. Ook zou in verband met deze beperkte consumenteninvloed de instelling van een instituut als „ombudsman voor de gezondheidszorg” te overwegen zijn.

De overgang van de huidige situatie naar de hier voorgestelde organisatie van de besluitvorming op het regionale niveau is betrekkelijk eenvoudig. De ziekenfondsen die werkzaam zijn in één regio, zouden tot grotere samenwerking dienen te komen, hetgeen op termijn zou moeten leiden tot fusie tussen ziekenfondsen in één regio. Wanneer dan de voorwaarde tot uitbreiding van beleidsmogelijkheden van ziekenfondsen als genoemd in paragraaf 2 zijn gerealiseerd, kunnen ook ontwikkelingen in de richting van concurrentie tussen hulpverleners als hierboven aangegeven een begin nemen.

##### 5. Een tentatieve vergelijking tussen opties voor concurrentie

Alvorens beide opties te vergelijken kan met betrekking tot de mogelijkheid om überhaupt tot concurrentie in de gezondheidszorg in Nederland te komen worden opgemerkt dat de weerstand hiertegen, met name van de kant van gevestigde hulpverleners, aanvankelijk wellicht niet gering zal zijn. Gewezen kan worden op de zogenaamde ziekenfondsstrijd in het begin van deze eeuw en op de vrijwel identieke ontwikkelingen bij de opkomst van de Health Maintenance Organizations in de Verenigde Staten. In beide situaties hebben de artsorganisaties zich tot het uiterste ingespannen en zelfs het boycot-wapen gehanteerd om te voorkomen dat de markt voor medische zorg concurrentie-elementen zou gaan bevatten. Anderzijds kan worden gewezen op de belangen van de toenemende aantallen nog niet gevestigde hulpverleners, op de lange traditie in het particulier initiatief in de Nederlandse gezondheidszorg en op het huidige politieke klimaat, dat niet ongunstig lijkt met betrekking tot de introductie van competitie-elementen in de gezondheidszorg (13).

Vergelikt men optie 1 en 2 met betrekking tot het criterium „doelmatigheid”, dan hangt de score van een optie op dit punt af van de mate waarin concurrentie zal ontstaan en ook goede resultaten zal afwerpen (o.a. kwalitatief goede zorg en goede dienstverlening tegen een lage prijs). Wat betreft optie 1 lijken sterkere impulsen tot concurrentie aanwezig te zijn dan in optie 2. Ook lijken bij optie 1 strengere sancties aanwezig te zijn wanneer de ziekenfondsen en andere verzekeraars te kort schieten op het punt van de kwaliteit en dienstverlening aan de verzekerden.

Wat de „verdelingsaspecten” betreft dient men er bij optie 1 echter nauwlettend op toe te zien dat de regelgeving voldoende waarborgen schept voor een „eerlijke” concurrentie en zodoende ongewenste effecten van niet-gereguleerde concurrentie elimineert. Bij optie 2 lijkt men wat dit betreft een keuze te moeten maken tussen de mate waarin een regelgeving, vergelijkbaar met die in optie 1 (o.a. acceptatieplicht), nodig is en de mate waarin het risico bestaat dat in het geheel géén concurrentie (tussen de hulpverleners) ontstaat. Indien de ziekenfondsen immers de efficiëncywinsten doorsluizen naar de betrokken hulpverleners of naar de bij hen ingeschreven verzekerden, is ook bij optie 2 additionele regelgeving nodig om oneerlijke concurrentie tegen te gaan (i.v.m. mogelijk optredende „adverse selection”). Worden efficiëncywinsten niet doorgesluisd, dan lijken de stimulansen tot competitie tussen de aanbieders van zorg gering te zijn, waardoor de situatie kan ontstaan dat er in het geheel geen competitie in de gezondheidszorg ontstaat.

Op het punt van *deregulering* scoren beide opties hoog. Met name is het niet meer nodig een ingewikkeld planningsstelsel zoals voorzien is in WVG te introduceren.

De *invloed van de consument* op de middelenallocatie in de

gezondheidszorg lijkt in optie 1 groter dan in optie 2. Echte betrokkenheid van consumentenzijde in optie 2 kan wellicht alleen worden bereikt door de verzekerde sterk te betrekken bij het beleid gericht op efficiëntie en door hem direct mee te laten profiteren van behaalde efficiëntiewinsten in de vorm van kortingen op de premie. Op deze wijze kan de „countervailing power” van consumentenzijde op de markt worden gemobiliseerd, en wordt de kans ook groter dat concurrentie in optie 2 werkelijk van de grond komt.

Bij de *overgang* van de huidige verzekeringsstructuur naar die, welke beschreven wordt in beide opties, is in beide gevallen sprake van fundamentele veranderingen die nogal wat herstructureringskosten met zich mee zullen brengen.

Ten aanzien van de *haalbaarheid van optie 2* is te voorzien dat er sprake zal zijn van aanzienlijke maatschappelijke oppositie, indien het aandeel van de particuliere ziektekostenverzekeraars in de markt voor ziektekostenverzekering in Nederland drastisch zal afnemen ten gunste van het aandeel van de ziekenfondsen. Zo'n verschuiving lijkt ook minder wenselijk, omdat daarmee belangrijke know-how en ervaring op het terrein van de ziektekostenverzekering verloren zou gaan. Dit aspect is van belang, omdat handhaving van het aandeel van de particuliere verzekeraars in het geval van optie 2 betekent dat het aan te bieden basispakket in het kader van de sociale verzekering ten opzichte van het huidige pakket drastisch zal moeten worden beperkt. Het zal niet eenvoudig zijn dit op zodanige wijze te realiseren dat geen ongewenste substitutie gaat optreden wanneer belangrijke, relatief goedkope, voorzieningen die substitueerbaar zijn voor duurere voorzieningen, buiten het basispakket worden gehouden.

Ten slotte willen wij wijzen op het grote verschil in ordening in de gezondheidszorg dat ontstaat bij overgang van de huidige nagenoeg volledige overheidsregulering naar een situatie waarin hulpverleners in de gezondheidszorg met elkaar concurreren. Optie 1 is te karakteriseren als een consequente en logische uitwerking van het concurrentieprincipe voor de Nederlandse gezondheidszorg. Optie 2 lijkt daarentegen een minder abrupte ombuiging van de in de laatste decennia in Nederland ingeslagen weg te bieden.

Momenteel spitst de discussie over de voorgenomen stelselwijziging zich vooral toe op de effecten daarvan op de korte termijn, met name in de sfeer van de lastenverdeling. In de memorie van toelichting bij de stelselwijziging wordt de suggestie gewekt dat met de voorgenomen stelselwijziging de mogelijkheden voor concurrentie en daarmee een doelmatige allocatie van middelen toenemen. Een duidelijke visie op een toekomstige structuur van het ziektekostenverzekeringstelsel en op de uitvoeringsaspecten daarvan ontbreekt echter. In deze bijdrage hebben wij een tweetal opties geschilderd, waarbij wordt uitgegaan van meer marktconform gedrag in de gezondheidszorg. Wij hopen daarmee aan de ordeningsmogelijkheden van onze gezondheidszorg op lange termijn zinvolle alternatieven te hebben toegevoegd.

F. Rutten  
W. van de Ven

13) Vgl. J.P. van der Reijden, Editorial, *Effective Health Care*, jg. 1, 1983, nr. 4, blz. 177.