

Gezondheidszorg

De noodzaak van het plan-Simons

Het plan-Simons ligt onder vuur. De toenemende kritiek op de wijze van invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg wordt alom dankbaar aangegrepen om het plan als geheel weer ter discussie te stellen. De vele belangengroeperingen die onze gezondheidszorg rijk is trekken nog eens alle registers open om de daadwerkelijke invoering op de valreep te dwarsbomen. Uit de kakofonie van kritiek valt op te maken dat de stelselwijziging moet leiden tot 'Engelse' dan wel 'Amerikaanse toestanden', waarbij staatssecretaris Simons beurtelings staatsdirigisme en een onverantwoord 'laissez faire'-beleid wordt verweten. Volgens het door particuliere verzekeraars geschetste Engelse scenario zal het plan-Simons 'afglijden' tot een 'klassieke' volksverzekering, waarbij voorzieningen worden gerantsoeneerd doordat de overheid het macrobudget van de verzekeraars aan banden legt. Daarentegen vreezen werkgevers dat de in het plan-Simons voorgestane marktwerking zal leiden tot een onbeheersbare kostenstijging, analoog aan de situatie in de Amerikaanse gezondheidszorg. Om de verwarring compleet te maken eist het CDA nu juist vanwege de noodzaak tot kostenbeheersing meer ruimte voor marktwerking. De overvloed aan kritiek op het plan-Simons gaat dus gepaard met een opmerkelijk gebrek aan consistentie.

De discussie over de merites van het plan-Simons wordt gedomineerd door de gevolgen op korte termijn, zoals het al dan niet optreden van technische invoeringsproblemen, de wijzigende koopkrachtplaatjes en de welhaast semantische discussie over collectieve-lastendruk. Illustratief voor de politieke bijziendheid is de door het CDA gewenste proeftijd van een jaar waarbinnen zou moeten worden aangetoond dat de doorgevoerde veranderingen leiden tot kostenbeheersing. Miskend wordt dat het bij het plan-Simons gaat om een fundamentele herordening van

een belangrijk onderdeel van het stelsel van sociale zekerheid, waarbij de effecten op de zorgverlening pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. Met de stelselwijziging wordt een ingrijpende herverdeling van verantwoordelijkheden over de publieke en private sector aangebracht. De uitvoering van een verplichte volksverzekering wordt overgelaten aan de markt binnen door de overheid bepaalde spelregels.

Kostenbeheersing

De voorgestelde modernisering van de structuur en financiering van de gezondheidszorg is noodzakelijk om in de toekomst aan de veranderende en toenemende vraag naar zorg te kunnen voldoen. Door gestage ontwikkelingen in de medische technologie, de sterk toenemende behandelingsmogelijkheden en de groeiende differentiatie in vraag naar zorg wordt de organisatie van de gezondheidszorg steeds complexer en dus steeds moeilijker van bovenaf te besturen. Ook de sterk gecentraliseerde gezondheidszorgsystemen van de andere OESO-landen worden in toenemende mate geconfronteerd met problemen die vergelijkbaar zijn met die van centraal geleide economieën. Tal van OESO-landen bezinnen zich daarom thans op een aanpassing van hun stelsel van sociale ziektekostenverzekering¹. De ontwikkeling van de stelsels van sociale ziektekostenverzekeringen lijkt daarmee in een nieuwe fase te zijn aangeland. Aanvankelijk lag de nadruk op het realiseren van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorgvoorzieningen voor de totale bevolking. Rond 1970 hadden alle OESO-landen, uitgezonderd de VS, deze doelstelling grotendeels bereikt door de invoering van inkomensafhankelijke collectieve financiering. Mede dank zij de sociale ziektekostenverzekering kon de opbouw van een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg worden gerealiseerd. Sinds midden jaren zestig namen de kosten van gezondheidszorg veel sneller toe dan het nationaal inkomen. Vooral in landen waar de gezondheidszorg niet uit belastingmiddelen maar uit sociale-verzekeringspremies werd betaald had de overheid geen enkele invloed op de explosieve uitgavenstijging. Zeker toen de economische groei begon te stagneren en de collectieve-lastendruk gestaag opliep werd kostenbeheersing in de gezondheidszorg een politieke prioriteit. Het streven naar

macro-kostenbeheersing vertaalde zich in een centrale planning van de productiecapaciteit, budgettering van instellingen en regulering van prijzen en inkomens. Afgemeten aan de ontwikkeling van het beslag van gezondheidszorg op het nationaal inkomen heeft dit beleid zijn vruchten afgeworpen. De kosten van gezondheidszorg in de OESO-landen namen 1975 tot 1989 gematigd toe van gemiddeld 6,5 tot 7,4% van het bbp (in Nederland van 7,7% tot 8,3%)². Sinds eind jaren tachtig lopen de meeste OESO-landen op tegen de grenzen van de toegepaste methoden van kostenbeheersing. De in de expansiefase ontstane rek in het systeem is door de stringente planning, budgettering en inkomensregulering nagenoeg verdwenen. Nu het 'overtollige vet' uit het bestaande systeem lijkt te zijn verwijderd, dreigt een voortzetting van het traditionele kostenbeheersingsbeleid langzamerhand contraproductief te worden. Niet alleen blijken de kosten steeds moeilijker beheersbaar, ook dreigt voortzetting van het huidige beleid afbreuk te doen aan de kwaliteit van de zorgverlening. De groeiende wachtlijsten en personeelstekorten in de verplegende en verzorgende sector vormen tekenen aan de wand. De overheid en 'het veld' raken steeds meer verstrikt in een krampachtig kat-en-muisspel van het opsporen en weer dichten van mazen in de regelgeving. De opeenstapelende regelgeving belemmert innovaties in de organisatie van de zorgverlening en noodzakelijke herallocatie van middelen tussen sectoren. De keerzijde van de centrale aanbodregulering is dus het geringe aanpassingsvermogen van het systeem.

Doelmatigheid

Gedurende de jaren tachtig is de aandacht dan ook geleidelijk verschoven van kostenbeheersing op macro-niveau naar mogelijkheden tot verbetering van doelmatigheid op microniveau. De ontwikkeling van het sociale ziektekostenstelsel is daarmee beland in een volgende fase, die kan worden getypeerd door het streven naar een vergroting van

1. J.W. Hurst, Reforming health care in seven European nations, *Health Affairs*, vol. 10, nr. 3, 1991, blz. 7-21.

2. G.J. Schieber en J.-P. Poullier, Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures, *Health Care Financing Review*, Annual Supplement 1989, blz. 1-7.

micro-economische efficiëntie onder handhaving van financiële toegankelijkheid en kostenbeheersing.

Internationaal loopt Nederland in deze ontwikkeling (nog) voorop, alhoewel recente hervormingen van de Britse National Health Service in dezelfde richting gaan. In verschillende andere landen worden de ontwikkelingen in de Nederlandse en Britse gezondheidszorg met argusogen gevolgd en worden analoge hervormingen voorgesteld.

Met het plan-Simons beoogt de overheid de voorwaarden te scheppen voor een vergroting van de doelmatigheid van de organisatie van de zorgverlening. Noodzakelijk is dat zorgverleners, instellingen en verzekeraars hiertoe voldoende stimulanzen, verantwoordelijkheden, instrumenten en speelruimte krijgen. In het huidige systeem ontbreken deze voorwaarden volledig. Ziekenfondsen kregen tot voor kort de medische kosten van hun verzekerden achteraf volledig vergoed en zijn gebonden aan een zeer gedetailleerd omschreven verstrekkingenpakket en aan uniforme contracten met alle erkende zorgverleners en instellingen uit hun werkgebied. Voorts is het ziekenfondsen verboden arbeids-overeenkomsten met zorgverleners aan te gaan of eigen instellingen te exploiteren. Hun beleidsvrijheid is dus zeer beperkt, het ondernemersrisico afwezig en stimulanzen voor doelmatigheid minimaal.

Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben weliswaar meer speelruimte, maar maken daarvan beperkt gebruik. Tot op heden hebben zij zich voornamelijk gericht op polis- en premiedifferentiatie met als belangrijkste oogmerk een zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand binnen te halen. De maatschappelijke toegevoegde waarde van deze activiteiten is gering, zo niet negatief. Met een doelmatige organisatie van de zorgverlening en schadelastbeheersing hebben de meeste particuliere verzekeraars zich nauwelijks beziggehouden. Hun vaak zeer geringe regionale marktaandeelen bieden ook weinig mogelijkheden voor onderhandelingen met zorgverleners en instellingen op lokaal niveau.

Ten slotte ontbreekt het ook bij zorgverleners en instellingen aan stimulanzen om de doelmatigheid van de zorgverlening te vergroten. Ongeacht hun werkwijze zijn zij immers verzekerd van een uniform contract. Bovendien gaat van de honoreringswijze evenmin een prikkel tot doel-

matig handelen uit. Het honorarium van specialisten is gekoppeld aan het aantal verrichtingen, terwijl huisartsen voor ziekenfondsverzekerden een vast bedrag ontvangen, wat aanzet tot doorverwijzen. Activiteiten ter bevordering van een doelmatige zorgverlening kunnen door verzekeraars vaak niet worden gehonoreerd omdat zij buiten het kader vallen van de gedetailleerd omschreven verstrekkingenpakketten.

Gezamenlijk verantwoordelijk

Invoering van de stelselwijziging betekent het einde van het risicoloze ondernemerschap in de gezondheidszorg. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars krijgen de rol van intermediair tussen vragers en aanbidders van zorg. Hun primaire taak wordt het contracteren en organiseren van doelmatige zorgverlening ten behoeve van hun verzekerden. Zij krijgen daartoe een budget dat afhankelijk is van het ziekterisico van hun verzekerden. Het budget dekt gemiddeld 86% van de kosten van de basisverzekering (waarmee 96% van de kosten van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening verzekerd zijn). De overige 14% van de kosten van de basisverzekering kunnen verzekeraars binnenhalen via een nominale premie of doorsluiten aan de verzekerden via een algemeen of specifiek eigen risico. Deze nominale premie kan per verzekeraar verschillen en biedt dus de mogelijkheid voor prijsconcurrentie. Via het contracteren en organiseren van doelmatige zorgverlening kan een verzekeraar onder zijn budget blijven en het surplus eventueel verhalen in een lagere nominale premie. Bij de 'inkoop' van zorg krijgen verzekeraars aanzienlijke vrijheid door de geleidelijke deregulering van de tariefstelling en de capaciteitsplanning, de afschaffing van de contracteerverplichting voor ziekenfondsen en een functionele omschrijving van de wettelijke zorgaanspraken van de basisverzekering. De functionele pakketomschrijving houdt in dat, anders dan in de huidige Ziekenfondswet, niet langer wordt bepaald waar en door wie zorg moet worden verleend, maar uitsluitend welke zorg moet worden verleend.

De concrete vertaling van wettelijke zorgaanspraken in polisvoorwaarden is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van verzekeraars, aanbidders en verzekerden. Hierdoor ontstaat ruimte voor tal van zaken die binnen de huidige wettelijke ka-

ders niet of nauwelijks mogelijk zijn, zoals gecoördineerde inkoop van medicijnen en medische hulpmiddelen, geformaliseerd overleg tussen huisartsen en specialisten en het creëren van hotelfaciliteiten voor mensen die bij gebrek aan alternatief ten onrechte in een ziekenhuis verblijven. Naast prijsconcurrentie biedt de grote speelruimte in polisvoorwaarden de mogelijkheid voor concurrentie op kwaliteit en service. Voor de huidige ziekenfondsen betekent de stelselwijziging een radicale verandering. Door de opheffing van hun territoriale monopolie, de mogelijkheid tot premie- en polisdifferentiatie, de afschaffing van het verschil met particuliere verzekeraars en de keuzevrijheid voor verzekerden krijgen zij vergaande financiële en beleidsmatige verantwoordelijkheid. De suggestie dat "in feite alle ziektekostenverzekeraars het karakter van ziekenfondsen krijgen", zoals die vervat zou zijn in het nog vertrouwelijke advies van de Raad van State³, lijkt dan ook misplaatst.

Conclusie

De besluiteloosheid over sociale ziektekostenverzekering kent een lange traditie. Na het eerste Ontwerp Ziekteverzekering van Kuiper uit 1904, zouden nog negen wetsontwerpen sneuvelen door de talrijke belangentegenstellingen in het (mijnen)veld van de gezondheidszorg, alvorens door de Duitse bezetter in 1941 het Ziekenfondsenbesluit werd opgelegd. Hoewel direct na de tweede wereldoorlog iedereen van mening was dat het Duitse besluit zo spoedig mogelijk moest worden vervangen, zou het wederom twintig jaar duren voordat, dank zij een krachtig bewindsman als Veldkamp, in 1966 de Ziekenfondswet in werking trad en de fundamenten voor de AWBZ werden gelegd. Nu, wederom 25 jaar later, moet blijken of het duo Simons-Lubbers in staat is om de noodzakelijke modernisering van de sociale ziektekostenverzekering door te voeren of dat zij het zoveelste slachtoffer worden van de 'logic of collective action' in de gezondheidszorg.

F.T. Schut

De auteur is verbonden aan het Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

3. *NRC Handelsblad*, vrijdag 1 november 1991, blz. 1.