



Grote sprong voorwaarts

Auteur(s):

Schut, F.T.

De auteur is werkzaam bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D16, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

De stelselherziening heeft veelal het karakter van een stille revolutie gehad, doordat geleidelijk belangrijke voorwaarden voor gereguleerde concurrentie zijn vervuld. Het is nu tijd voor een grote sprong voorwaarts. Er moet werkelijk worden geconcurrereerd op prijs, kwaliteit en doelmatigheid. Het loslaten van de prijs- en aanbodregulering kan beginnen in de extramurale zorg.

Het afgelopen decennium droeg het overheidsbeleid in de gezondheidszorg een schizofreen karakter. Terwijl in navolging van het advies van de Commissie- Dekker (1987) aan de ene kant steeds meer prikkels voor gereguleerde marktwerking werden ingevoerd, werden aan de andere kant de budgettaire teugels steeds strakker aangehaald. Inmiddels is het beleid echter in een zodanige spagaat terechtgekomen, dat de rek eruit is. De keuze voor een centraal geleid of marktgestuurd systeem kan niet langer worden ontlopen. Vandaar dat een stelselherziening na tien jaar wederom hoog op de politieke agenda staat.

Diagnose

De diagnose van de verschillende adviserende organen en commissies is unaniem. Met de centrale aanbod- en prijsregulering kunnen urgente problemen als wachtlijsten in intramurale instellingen en lokale tekorten aan huisartsen niet goed worden opgelost. Generieke maatregelen zijn duur en weinig effectief. Het recente conflict over de huisartsenhonoraria vormt hiervan een treffende illustratie. Een uniforme tariefopslag is vanwege de per huisartspraktijk sterk uiteenlopende praktijkkosten en zorgbehoefte van patiënten niet alleen onnodig duur, maar bestendigt bovendien de verschillen tussen aantrekkelijke en onaantrekkelijke vestigingsplaatsen. De lokale tekorten aan huisartsen worden er dus niet door opgelost. Evenmin gaat er een stimulans van uit om door een efficiëntere praktijkorganisatie, taakdifferentiatie en het opzetten van een effectieve ondersteuningsstructuur de bestaande capaciteit doelmatiger te benutten. De centrale prijsregulering vormt een belangrijke reden waarom nog bijna de helft van de huisartsen werkzaam is in een solopraktijk. Samenwerken in groepspraktijken of gezondheidscentra is niet of nauwelijks lonend.

Voor de wachtlijsten voor ziekenhuiscare geldt een analoog verhaal. Ook daar blijken generieke maatregelen duur en weinig effectief. Om de wachtlijsten te reduceren is de budgettering van ziekenhuizen en medisch specialisten vanaf 2001 tijdelijk vervangen door een open-eind financiering, waarbij meerproductie ten opzichte van het jaar 2000 wordt beloond. Ziekenhuizen die in 2000 reeds efficiënt werkten en korte wachtlijsten hadden, komen er bekaaid af. Bovendien biedt de nieuwe systematiek geen stimulans voor investeringen in een efficiëntere organisatie van het zorgproces, omdat een simpele productieverhoging een veel voordeliger manier is om wachtlijsten te reduceren ¹.

Therapie

Ook over de therapie zijn de belangrijkste adviesorganen het eens. Zowel de Sociaal Economische Raad (SER) als de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zoeken de oplossing in een basisverzekering met gereguleerde concurrentie ². In plaats van een centrale regulering van de aanbodzijde kiest men voor een versterking van de 'countervailing power' aan de vraagzijde. Daarbij krijgen de zorgverzekeraars een centrale rol als collectieve zorginkopers namens hun verzekerden.

De adviezen van de SER en de RVZ vertonen een grote gelijkenis met het voorstel van de Commissie- Dekker (1987) en het daarop gebaseerde plan-Simons (1990). Het belang van het SER-advies is dan ook niet zozeer de noviteit van de inhoud als wel dat de sociale partners voor het eerst consensus hebben bereikt over de gewenste hervorming van zorgstelsel.

Het grote voordeel van de sterke gelijkenis tussen de huidige en vorige plannen voor een stelselherziening is dat deze niet van nul af aan hoeft te beginnen. Vooral in de ziekenfondsverzekering is in het afgelopen decennium namelijk al een groot aantal basisvoorwaarden voor het door de SER beoogde stelsel gerealiseerd. Deze 'stille revolutie' kan op korte termijn reeds effect gaan sorteren in de extramurale zorg, terwijl ook de ontwikkelingen in de intramurale zorg in een stroomversnelling lijken te komen.

Stille revolutie

Hoewel de plannen van Dekker en Simons niet hebben geleid tot de invoering van een basisverzekering heeft minister Borst ook na het officiële afscheid van het plan Simons de invoering van gereguleerde concurrentie in de ziekenfondssector consequent doorgezet.

Ziekenfondsen mogen thans landelijk concurreren om verzekerden, die sinds 1997 ieder jaar van ziekenfondsen mogen veranderen. Voorts werden nieuwe ziekenfondsen tot de markt toegelaten. Daarnaast kregen ziekenfondsen in plaats van een volledige kostenvergoeding een risico-afhankelijk budget (normuitkeringen) voor 85 tot negentig procent van hun uitgaven. De overige tien tot vijftien procent van hun uitgaven moesten zij dekken via een nominale premie. Verliezen op het budget moeten ziekenfondsen eveneens dekken via deze nominale premie, terwijl zij winsten kunnen vertalen in een lagere nominale premie. Daar ziekenfondsen hun nominale premie zelf mogen vaststellen, kunnen ziekenfondsen dus concurreren op prijs.

Aanvankelijk werden winsten en verliezen voor het grootste deel achteraf verevend of gecompenseerd omdat de budgetten van ziekenfondsen onvoldoende nauwkeurig konden worden gecorrigeerd voor risicoverschillen tussen verzekerden. Daardoor liepen ziekenfondsen tot 1996 nauwelijks financieel risico (circa drie procent van het financiële resultaat). Sindsdien is met een verbetering van de budgetsystematiek het financieel risico namelijk gestaag verhoogd tot 38 procent in 2001. Ziekenfondsen hebben zo een fors belang gekregen bij het bevorderen van een doelmatige zorgverlening.

Twee snelheden

Het huidige financiële risico voor ziekenfondsen is echter niet in alle sectoren even groot. Voor de extramurale zorg, zoals die van de huisarts, fysiotherapeut, apotheek en dergelijke, bedraagt het financiële risico honderd procent. Voor de ziekenhuiszorg loopt het financiële risico uiteen van 75 procent voor productiegebonden kosten, dertig procent van kosten van specialistische zorg tot vijf procent voor de vaste ziekenhuiskosten. In samenhang met de sterkere toename van het financiële risico vindt ook de introductie van marktwerking in de extramurale sector met een grotere snelheid plaats dan in de intramurale sector.

Extramurale zorg

In de extramurale sector kunnen ziekenfondsen al sinds 1992 selectief contracteren met medische beroepsbeoefenaren en kunnen zij daarbij, met inachtneming van een wettelijk maximumtarief, onderhandelen over de prijs en andere leveringsvoorwaarden. Vanwege de stringente aanbod- en prijsregulering en de regionale kartelafspraken van de beroepsgroepen, hebben ziekenfondsen van deze mogelijkheden vooralsnog nauwelijks gebruik kunnen maken. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft in een aantal recente besluiten echter duidelijk gemaakt dat de regionale kartelafspraken over prijzen, vestiging en marktverdeling in strijd zijn met de Mededingingswet ³. Vanaf januari 2002 zijn deze kartelafspraken niet meer toegestaan en zullen praktijken van beroepsbeoefenaren zelfstandig met zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de prijs, het volume, de inhoud en de organisatie van de zorgverlening.

Voor effectieve lokale onderhandelingen is dan wel vereist dat de betreffende beroepsgroepen buiten de reikwijdte van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) worden geplaatst. Conform het recente voorstel van de commissie-Tabaksblat zou de uniforme tariefstelling kunnen worden vervangen door een financieringsstructuur, waarbij de tarieven deels op lokaal en deels op landelijk niveau worden bepaald ⁴.

Intramurale zorg

In de ziekenhuissector zijn ziekenfondsen gebonden aan een contracteerplicht en kunnen zij niet zelfstandig onderhandelen over de inkoop en prijs van zorg. Bovendien is hun financiële risico beperkt. Maar ook hierin komt verandering. Zo wordt er momenteel hard gewerkt aan de totstandkoming van een nieuw financieringssysteem voor ziekenhuizen, waarbij de huidige budgettering moet plaatsmaken voor een bekostiging op basis van diagnose-behandelingcombinaties (DBC's). De zorgproducten van ziekenhuizen moet worden ingedeeld in kostenhomogene DBC-clusters, waarbij de kosten bestaan uit de variabele kosten voor het ziekenhuis en een honorariumdeel voor de medisch specialisten. Wanneer het ambitieuze DBC-project volgens planning verloopt, kunnen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten vanaf 2003 onderhandelen over volume, prijs en kwaliteit van herkenbare en kostenhomogene zorgproducten. Voorts heeft de overheid aangegeven ook in de ziekenhuissector de contracteerplicht voor ziekenfondsen te willen opheffen en krijgen zorgverzekeraars via een nieuwe Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) meer inspraak bij capaciteitswijzigingen van zorginstellingen.

Nu bemoeit de NMa zich nog niet met de ziekenhuissector omdat concurrentie wettelijk vrijwel volledig is uitgesloten. Maar de NMa heeft meermalen aangegeven dat in haar houding verandering komt zodra ook in de ziekenhuissector meer ruimte voor marktwerking wordt gecreëerd.

Met de invoering van meer marktwerking in de ziekenhuissector, zal ook het financieel risico voor de ziekenfondsen voor ziekenhuiszorg fors moeten worden verhoogd. Dit is noodzakelijk omdat ervaringen in de Verenigde Staten uitwijzen dat concurrentie tussen ziekenhuizen zonder effectieve countervailing power van verzekeraars kan onttaarden in een verspillende 'medische wapenwedloop'. Een toename van het financiële risico is bovendien gewenst om te voorkomen dat ziekenfondsen risico's in de extramurale sector gaan afwentelen op de intramurale sector.

Grote sprong voorwaarts?

De 'stille revolutie' in de ziekenfondssector vormt een goede basis voor een 'grote sprong voorwaarts', naar een basisverzekering met geregleerde concurrentie. Door een verdergaande liberalisering van de ziekenfondsverzekering en een socialisering van de particuliere verzekering kunnen beide tot een dergelijke basisverzekering worden samengesmeed. Of het dan om een verplichte private (SER) of sociale (RVZ) verzekering gaat, lijkt vooral een kwestie van semantiek, waarbij Europeesrechtelijke overwegingen wellicht de doorslag zullen geven. Of de huidige AWBZ-voorzieningen geheel (RVZ) of gedeeltelijk (SER) in de basisverzekering moeten worden opgenomen, is een vraag die nader onderzoek behoeft. Belangrijke overwegingen daarbij zouden moeten zijn in hoeverre de verschillende AWBZ-voorzieningen zich lenen voor geregleerde concurrentie en in hoeverre zij substituten vormen voor andere verstrekkingen uit het basispakket.

Een cruciale voorwaarde voor het welslagen van de stelselherziening is dat zorgverzekeraars daadwerkelijk gaan concurreren op basis van prijs en kwaliteit. Ondanks alle veranderingen is in de ziekenfondssector nog geen sprake van effectieve concurrentie omdat

ziekenfondsverzekerden niet gevoelig blijken voor de huidige verschillen in nominale premie⁵. Teneinde de prikkel voor prijsconcurrentie te vergroten, stellen de SER en de RVZ voor om de premie voor de basisverzekering volledig nominaal te maken. Of een volledige nominale premie een sterkere stimulans voor prijsconcurrentie vormt dan de huidige gedeeltelijke nominale ziekenfondspremie, valt echter te betwijfelen. Naar verwachting zullen de relatieve premieverschillen namelijk fors afnemen, terwijl de absolute premieverschillen constant zullen blijven. Een volledige nominalisering van de premie lijkt niet alleen ineffectief maar bovendien kostbaar en gecompliceerd, omdat de inkomenseffecten volledig fiscaal moeten worden gecompenseerd. Bovendien zal elke toekomstige aanpassing van het basispakket - zoals een uitbreiding met AWBZ-voorzieningen - wederom tot fiscale compensatiemaatregelen moeten leiden. Effectievere manieren om verzekerden te stimuleren om van hun keuzevrijheid gebruik te maken, zijn het verbeteren van de informatievoorziening en het structureren van het keuzep proces, bijvoorbeeld door verzekerden eens per jaar verplicht te laten aangeven bij welke zorgverzekeraar zij zich het komend jaar willen verzekeren.

Kwaliteit en doelmatigheid

Naast het kunnen concurreren op prijs is het van groot belang dat zorgverzekeraars ook kunnen concurreren op basis van de kwaliteit en doelmatigheid van de gecontracteerde zorgaanbieders. Zo zouden verzekerden een premiekorting moeten kunnen krijgen als zij vrijwillig kiezen voor door de zorgverzekeraar geselecteerde, preferente aanbieders waarmee prestatieafspraken zijn gemaakt. In opdracht van minister Borst onderzoekt het College voor Zorgverzekeringen thans op welke manier hiertoe een 'zorgselectpolis' in de ziekenfondsverzekering kan worden ingevoerd⁶. Uitgangspunt is dat verzekerden die voor een dergelijke zorgselectpolis kiezen recht hebben op alle in de ziekenfondsverzekering opgenomen verstrekkingen. Het verschil zit dus louter in de condities waaronder de zorgverlening plaatsvindt, zodat verzekerden direct kunnen beoordelen welk financieel voordeel het gebruik van doelmatige zorgaanbieders hen oplevert.

De SER stelt daarnaast voor om verzekerden ook de keuze te bieden tussen een relatief smal basispakket, een breed standaardpakket en allerlei tussenliggende pakketten. Het nadeel van een dergelijke pakketdifferentiatie is dat de markt hierdoor aanzienlijk minder transparant wordt. Op de huidige particuliere verzekeringsmarkt vormt de onoverzichtelijke pakketdifferentiatie zelfs de belangrijkste reden voor verzekerden om niet van verzekeraar te veranderen⁷. Niet alleen neemt het aantal te vergelijken producten fors toe, maar ook is niet langer goed te beoordelen of premieverschillen een gevolg zijn van verschillen in dekking of in doelmatigheid. Zodoende worden zorgverzekeraars minder gedwongen zich te richten op een doelmatige zorginkoop. De invoering van een vrijwillig eigen risico, zoals eveneens door de SER wordt bepleit, is een eenvoudiger en transparanter alternatief om de dekking te beperken en moreel risico tegen te gaan.

Conclusie

Wanneer het huidige kabinet erin slaagt consensus te bereiken over een basisverzekering met gereguleerde concurrentie en indien een volgend kabinet bereid is dat in te voeren, zal er nog flink wat water door de Rijn stromen voordat een en ander ook daadwerkelijk gerealiseerd is. Omdat een dergelijke basisverzekering in het verlengde ligt van de stille revolutie die in de zorgsector het afgelopen decennium heeft plaatsgevonden, kan de geleidelijke invoering van gereguleerde concurrentie intussen gewoon worden voortgezet. In sectoren waar de voorwaarden voor effectieve marktwerking zijn vervuld, moet de overheid dan wel de aanbod- en prijsregulering loslaten. Want marktwerking binnen een Budgettair Kader Zorg zal onherroepelijk leiden tot 'Californische toestanden'.

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

1 J.D. Veegens, Remmende voorsprong: nieuw stelsel benadeelt efficiënt werkende ziekenhuizen, *Medisch Contact* 56 (19), 2001, blz. 734-735.

2 SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, 2000; RVZ, *De rollen verdeeld*, Zoetermeer, 2000.

3 De belangrijkste NMa-besluiten hebben betrekking op de ontheffingsverzoeken van fysiotherapeuten (zaaknummers 590 en 1972, 15 december 2000) en huisartsen (zaaknummer 537, 11 april 2001).

4 Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg, *Een gezonde spil in de zorg*, Ministerie van VWS, Den Haag, 2001.

5 F.T. Schut, [Prijskoncurrentie ziekenfondsen nog niet effectief](#), *ESB*, 23 februari 2001, blz. 172-175.

6 E. Borst-Eilers, *Differentiatie in de ziekenfondsverzekering*, Brief aan de Voorzitter van het College voor Zorgverzekeringen, Ministerie van VWS, 6 maart 2001.

7 L. Kok, J. Hoeben en S. Desczka, *Concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars*, IOO, Den Haag, 2000.