

Health maintenance organizations

De mogelijkheid van gereguleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg

Welke minister van Financiën droomt niet van een even goede, maar veel goedkopere gezondheidszorg? In de VS lijkt die droom werkelijkheid te kunnen worden. Daar bestaan zogenaamde health maintenance organizations (hmo's), die 10 tot 40 procent voordeliger zijn dan het traditionele gezondheidszorgsysteem. Hmo's zijn organisaties voor zowel verstrekking als verzekering van medische zorg en zijn onderhevig aan door de overheid gereguleerde concurrentiemechanismen. In een voorgaand artikel (*ESB*, 6 november 1985) hebben de auteurs de werkwijze en financiering van de Amerikaanse hmo's geanalyseerd.

In dit artikel wordt onderzocht of hmo's ook in ons land toepasbaar zijn. De auteurs concluderen dat, hoewel er (juridische) belemmeringen zijn, de introductie van bepaalde typen hmo's de Nederlandse gezondheidszorg zowel in financieel als in kwalitatief opzicht ten goede zou komen.

PROF. DR. W.P.M.M. VAN DE VEN – DRS. F.T. SCHUT*

Health maintenance organizations (hmo's) zijn organisaties voor zowel verstrekking als verzekering van medische zorg. In het afgelopen decennium hebben de hmo's een structurele omwenteling in de Amerikaanse gezondheidszorg teweeggebracht. Deze omwenteling wordt gekenmerkt door sterk toenemende concurrentie en marktconcentratie, waarbij zelfstandige beroepsbeoefenaren plaatsmaken voor concurrerende ondernemingen 1), en heeft geresulteerd in een scherpe daling in het ziekenhuisgebruik. Gebleken is dat hmo's dank zij hun specifieke organisatie- en financieringsstructuur alsmede dank zij onderlinge concurrentie en concurrentie met andere verzekeraars en zorgverleners in staat zijn kwalitatief hoogstaande zorg te verstrekken tegen 10 tot 40% lagere kosten dan het traditionele gezondheidszorgsysteem in de VS.

Het klaarblijkelijke succes van hmo's heeft ook bij beleidsmakers in de gezondheidszorg in Nederland een groeiende belangstelling voor deze organisatie opgewekt. Een en ander vormt voor ons de reden om na te gaan op welke wijze de Nederlandse gezondheidszorg haar voordeel kan doen met de Amerikaanse ervaringen met hmo's.

In eerdere publikaties hebben wij uitgebreid aandacht besteed aan hmo's in de VS 2). In dit artikel willen wij vanuit een economische invalshoek de mogelijkheden verkennen voor hmo's in Nederland. Eerst wordt aangegeven dat een discussie over wel of geen hmo's in feite een fundamentele discussie is over het ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. Vervolgens besteden wij aandacht aan de relevantie van hmo's voor Nederland. Nagegaan wordt welke (mogelijke) belemmeringen er thans in Nederland voor hmo-achtige organisaties bestaan. We sluiten af met een aantal aanbevelingen om hmo's in Nederland mogelijk te maken.

Overheidsplanning of gereguleerde concurrentie?

Alvorens in te gaan op mogelijke hmo-achtige ontwikke-

lingen in Nederland moet worden vastgesteld dat een discussie over wel of geen hmo's niet alleen een discussie is over een bepaalde verzekeringsvorm, maar in feite een fundamentele discussie is over het ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. Kiezen voor hmo's betekent het verlaten van de in de *Structuurnota gezondheidszorg (1974)* uitgezette weg van nagenoeg volledige overheidsplanning ten gunste van gereguleerde concurrentie 3) in de gezondheidszorg. Belangrijke doelstellingen in de *Structuurnota* waren het aanbrengen van verschuivingen van specialistische intramurale zorg naar extramurale en preventieve zorg en het vergroten van de doelmatigheid, de bereikbaarheid en de onderlinge samenhang van de zorg. Het voorgestelde wettelijk instrumentarium om deze doelstellingen te realiseren bestond uit de Wet voorzieningen ge-

* De auteurs zijn als gezondheidszorgeconoom verbonden aan de Studierichting Algemene Gezondheidszorg (SAG), Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is gedeeltelijk gebaseerd op een lezing gehouden op het jaarlijks congres van de Vereniging voor Gezondheids-economie 1985 en een lezing gehouden op de studiedag 'Marktmechanisme en Gezondheidszorg', april 1986, georganiseerd door de Stichting Onderwijs Ziekenhuisbeleid. De auteurs danken dr. H.E.G.M. Hermans, dr. H.J.M.I. Kemna, drs. J.M. Dekkers en drs. R.L. Kamermans voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Deze studie is mede mogelijk gemaakt dank zij een subsidie van Zilveren Kruis VGCM Ziektelkostenverzekeringen.

1) De gezondheidszorg is een van de laatste bedrijfstakken in de geïndustrialiseerde wereld waarin de individuele producenten (nog) dominant zijn. In de VS vindt nu echter in versneld tempo een overgang plaats van een individuele naar een georganiseerde produktiewijze. Voor een uitstekende analyse van de achtergronden van dit proces in de richting van 'corporate medicine', zie P. Starr, *The social transformation of American medicine*, Basic Books, New York, 1982, blz. 420-449.

2) F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Health maintenance organizations. Een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, *ESB*, 6 november 1985, blz. 1111-1117; F.T. Schut, *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1986.

3) Onder gereguleerde concurrentie verstaan wij een ordeningsprincipe waarbij allocatie en prijszetting in beginsel door de marktpartijen worden bepaald, doch waarbij de overheid door middel van regulering bepaalde garanties biedt voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden stelt voor een efficiënte marktwerking.

zondheidszorg (Wvg), de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) en een volksverzekering tegen ziektekosten. Op basis van dit wettelijk kader, kortweg aangeduid als het drieluik Wvg-Wtg-volksverzekering, zouden het volume, de prijs en de financiering van de gezondheidszorg kunnen worden beheerst. Hiermee zou tevens aan de overheid een zeer prominente rol met betrekking tot de ordening in de gezondheidszorg worden verschafte. De Wvg, die in een aantal proefregio's integraal is ingevoerd en waarvan onderdelen inmiddels in werking zijn getreden, beoogt de overheid, met name de provinciale en gemeentelijke overheid, bevoegdheden te geven op het terrein van de planning van gezondheidszorgvoorzieningen. De Wtg is sinds 1980 van kracht en verschafte de rijksoverheid invloed op het prijs- en tarievenbeleid in de gezondheidszorg. Het derde onderdeel van het drieluik – de volksverzekering – is tot nu toe niet gerealiseerd.

Hoewel het drieluik in de Structuurnota op zich een consistente structuur aangeeft, valt de laatste jaren steeds meer twijfel te beluisteren of de ingeslagen weg van toenemende overheidsplanning wel de juiste is. Nog afgezien van de problemen bij het realiseren van de afzonderlijke onderdelen van het drieluik blijkt de onderlinge afstemming van de verschillende onderdelen op grote problemen te stuiten. Men kan zich afvragen of overheidsplanning binnen de Nederlandse gezondheidszorg, waarin particulier initiatief van oudsher een belangrijke plaats heeft ingenomen, wel het meest voor de hand liggende en meest werkzame ordeningsprincipe is. Zo blijkt met name de sterke monopoliepositie van artsen als vrije beroepsbeoefenaren binnen de gezondheidszorg een groot obstakel voor het doorvoeren van een integrale planning. Overheidsplanning kan wellicht alleen succes hebben wanneer het allesomvattend is en geen ontsnappingsroutes (zoals bij voorbeeld het vergroten van het aantal verrichtingen als reactie op het beheersen van tarieven en prijzen) laat bestaan 4). Behalve dat een steeds omvattender regulering gepaard gaat met toenemende besluitvormingskosten is het maar de vraag of de vervanging van een particulier door een staatsmonopolie de gezondheidszorg ook werkelijk ten goede zal komen 5). In toenemende mate wordt dan ook gewezen op het introduceren van meer marktelementen en de mogelijkheid van concurrentie in de gezondheidszorg als een alternatieve manier om de in de Structuurnota aangegeven doelstelling te realiseren 6).

Nu is het niet zo dat degenen die pleiten voor meer marktelementen in de gezondheidszorg de rol van de overheid volledig zouden willen terugdringen. Een volledig vrije markt voor gezondheidszorg zou tot ongewenste situaties leiden. Ook (of misschien: juist) in de gezondheidszorg is een zekere mate van regulering nodig ten einde de onvolkomenheden van het marktmechanisme op te heffen of doeleinden na te streven die via het marktmechanisme niet kunnen worden gerealiseerd. Zo dient de overheid de toegankelijkheid van noodzakelijke gezondheidszorgvoorzieningen te garanderen, gezien haar grondwettelijke taak om de volksgezondheid te bevorderen. Daarnaast is regulering nodig om in te kunnen spelen op specifieke kenmerken van de markt voor gezondheidszorg, zoals het bestaan van altruïstische preferenties (die in een vrije gezondheidsmarkt niet volledig tot uitdrukking kunnen worden gebracht), de beperkingen van de consumentensouvereïniteit ten opzichte van zowel de aanbieders van zorg (kwaliteit van de zorg en 'aanbodgeïnduceerde vraag') als de ziektekostenverzekeraars (ondoorzichtige polisvoorwaarden) en het 'free-riderprobleem' (de mogelijkheid dat mensen zich onvoldoende verzekeren en de verwachting dat de samenleving het financiële risico zal dragen). Andere overwegingen voor een zekere regulering in de gezondheidszorg betreffen de solidariteit tussen gezonden en ongezonden en de solidariteit tussen verschillende inkomensgroepen. Niet-gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars kan leiden tot een situatie, waarbij de premie direct gerelateerd is aan het ziekterisico van de 'actuariële' groep waartoe men behoort. Dit kan voor chronisch zieken en andere risicogroepen leiden tot onbetaalbaar hoge premies. Met concurrentie in de gezondheidszorg zullen

wij dan ook 'gereguleerde concurrentie' bedoelen 7).

Bij concurrentie in de gezondheidszorg denken wij aan een situatie waarin de consument vrij kan kiezen uit diverse onderling concurrerende, financieel zelfstandige organisaties, die – evenals de hmo's in de VS – tegen betaling van een vast bedrag per jaar een breed pakket medische diensten aanbieden aan een afgebakende populatie. Het is derhalve in het belang van deze organisaties hun verzekerden gezond te houden. Men zou dan ook kunnen spreken van 'gezond houd organisatie' (gho). Uit concurrentie-overwegingen zullen deze organisaties er belang bij hebben om kwalitatief goede gezondheidszorg te bieden tegen een zo laag mogelijke premie. Op basis van, onder andere, de prijs, de kwaliteit en de dienstverlening maakt de consument dan periodiek, bij voorbeeld één keer per jaar, en meestal op een moment dat hij niet onmiddellijk medische hulp nodig heeft, zijn keuze uit diverse van deze organisaties. De randvoorwaarden waaronder deze organisaties onderling concurreren, zullen betrekking hebben op een acceptatieplicht, een minimum verzekeringsdekking, de premiestelling en een informatieplicht 8). Tegen deze achtergrond zullen wij in dit artikel de begrippen 'gereguleerde concurrentie' en 'hmo-achtige ontwikkelingen' als synoniemen hanteren.

Relevantie van hmo's voor Nederland

Het meest in het oog springende aspect van hmo's in de VS is dat zij in staat zijn een kwalitatief minstens gelijkwaardige gezondheidszorg te bieden aan een qua gezondheidsrisico vergelijkbare populatie tegen zo'n 10% à 40% lagere kosten dan in het traditionele gezondheidszorgsysteem in de VS. Bij het nagaan van de mogelijke relevantie van hmo's voor Nederland is het derhalve allerleerst van belang de vraag te stellen of vergroting van de doelmatigheid in de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk is. Wij zijn van mening dat deze vraag zonder meer bevestigend kan worden beantwoord. Een economische analyse van de financiële prikkels waarmee diverse betrokkenen (patiënt, huisarts, specialist, ziekenhuis, ziekenfonds) worden geconfronteerd, leert dat er weinig prikkels tot doelmatigheid bestaan 9). In brede kring lijkt de opvatting te leven dat het mogelijk is de kosten van de ge-

4) 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. Zij stellen: „Zolang overheidsingrijpen partieel is en niet voldoende leidt tot een beïnvloeding van het gedrag van beslissers op micro-, meso- en macro-niveau, mogen de mogelijkheden van een beheersing van de kosten niet te hoog worden ingeschat”. (blz. 13).

5) Denk aan de bekende problemen van centraal geleide stelsels en sectoren met betrekking tot allocatie en het inbouwen van voldoende prikkels voor kwaliteit, doelmatigheid en innovatie.

6) Dat het hier ook werkelijk om een alternatieve aanpak gaat wordt eens te meer geïllustreerd door het gegeven dat begrippen als marktmechanisme, concurrentie en financiële prikkels tot doelmatigheid vreemd zijn aan de Structuurnota, terwijl termen als planning, regionalisatie en echelonnering de boventoon voeren.

7) Ten onrechte wordt regulering dikwijls beschouwd als de tegenpool van concurrentie. De werkelijke tegenstelling bestaat echter tussen concurrentie en monopolie (hetzij particulier of staatsmonopolie). Regulering kan juist nodig zijn om te voorkomen dat een concurrerende markt overgaat in een monopolistische markt.

8) W.P.M.M. van de Ven, *Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid*, *ESB*, 26 januari 1983, blz. 72-78 en *ESB*, 2 februari 1983, blz. 110-117.

9) Zie bij voorbeeld Van de Ven, op.cit., 1983 en Hofland en Wilms, op.cit.

zondheidszorg te verlagen zonder verlies van kwaliteit 10). De belangrijke vraag hierbij is uiteraard: op welke wijze kunnen die besparingen worden gerealiseerd?

Oud-staatssecretaris Van der Reijden heeft in een interview 11) verklaard het absoluut voor onmogelijk te houden in de nieuwe kabinetsperiode in de gezondheidszorg een besparing te realiseren gelijk aan die in de afgelopen kabinetsperiode (ca. f. 2,8 miljard). Gegeven de huidige financierings- en organisatiestructuur lijkt dit inderdaad een vrijwel onmogelijke opgave. Maar men kan zich afvragen of de bestaande financieringsstructuur, die in de jaren vijftig en zestig er sterk toe heeft bijgedragen dat de gezondheidszorg een van de sterkst groeiende bedrijfstakken is geweest 12) – en geleid heeft tot een kwalitatief hoogstaand gezondheidszorgsysteem – nog gehandhaafd moet worden nu de gezondheidszorg, na een groei-fase, meer in een consolidatiefase lijkt te verkeren. Een fundamentele wijziging van de financieringsstructuur zodanig is dat *doelmatig handelen voor alle betrokkenen wordt beloofd*, te zamen met het creëren van (wettelijke) mogelijkheden om te komen tot een andere, op efficiency gerichte organisatiestructuur, waarvoor de hmo model zou kunnen staan, lijkt thans een van de weinige reële opties te zijn om tot vergroting van de doelmatigheid in de gezondheidszorg te komen en, ceteris paribus, besparingen te realiseren.

Hierbij dient men zich natuurlijk af te vragen of hmo's wel passen in de cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg. Plaatst men deze vraag in een historisch perspectief, dan blijken hmo-achtige aspecten niet wezensvreemd te zijn aan de Nederlandse gezondheidszorg. Geconstateerd kan worden dat de ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg in hoge mate bepaald is geweest door het particulier initiatief en dat de overheid tot begin jaren zeventig een zeer terughoudende rol heeft gespeeld. Een tweede belangrijke constatering is dat veel ziekenfondsen vanaf hun oprichting (veelal voor het begin van deze eeuw) tot aan 1941 belangrijke trekken met de huidige hmo's gemeen hadden, zoals financiële zelfstandigheid en het feit dat zij als verzekeraar artsen in dienst konden nemen. In 1941 is met het Ziekenfondsenbesluit een einde gemaakt aan de financiële zelfstandigheid van de afzonderlijke ziekenfondsen, terwijl die zelfstandigheid één van de essentiële kenmerken van een hmo is 13).

Met betrekking tot de relevantie van hmo's voor Nederland is het voorts van belang te constateren dat het 'hmo-recept' geen panacee is. Hmo's hebben zich in de afgelopen decennia ontwikkeld binnen de specifieke maatschappelijke context en het specifieke gezondheidszorgsysteem van de VS. Nagegaan zal moeten worden welke elementen van het zo succesvolle beleid van hmo's ook in Nederland toepasbaar zijn, rekening houdend met de specifieke Nederlandse omstandigheden.

In de discussie over hmo's en vergroting van de doelmatigheid in de gezondheidszorg is het van belang een onderscheid te maken tussen de begrippen 'concurrentie' en 'op-winst-gerichtheid' ('commercie'). Verwijzend naar recente ontwikkelingen in de Verenigde Staten, worden beide begrippen ten onrechte veelal door elkaar gebruikt. Het is weliswaar zo dat in de laatste 5 jaar zowel het aantal hmo's als het aantal op winst gerichte ziekenhuizen ('for-profit hospitals') sterk zijn toegenomen, maar deze twee ontwikkelingen dienen elk op hun eigen merites te worden beoordeeld (de meeste hmo's zijn non-profit organisaties.) Er kan sprake zijn van concurrentie tussen niet op winstgerichte organisaties en er kan sprake zijn van winst zonder concurrentie. (In het theoretische geval van volkomen concurrentie wordt in een bedrijfstak op lange termijn zelfs in het geheel geen winst gemaakt). In Nederland zijn bij voorbeeld diverse non-profit ziektekostenverzekeraars in hevige concurrentie met elkaar gewikkeld, terwijl de zogenaamde 'boven-norm-inkomens' van niet-concurrerende medische specialisten in bedrijfseconomische zin als 'winst' kunnen worden aangemerkt.

Ten slotte willen wij wijzen op een ander misverstand dat in de discussie over meer doelmatigheid in de gezondheidszorg nogal eens opduikt, nl. de misvatting dat 'con-

currentie' en 'solidariteit' elkaar niet zouden verdragen. Zoals reeds opgemerkt, bedoelen wij met concurrentie in de gezondheidszorg steeds 'gereguleerde concurrentie'. De randvoorwaarden waaronder concurrentie plaatsvindt kunnen onder andere betrekking hebben op de solidariteit tussen gezonden en ongezonden en die tussen hoge en lage inkomens. Blauwdrukken voor dergelijke systemen zijn in het verleden reeds ontwikkeld 14).

Mogelijke belemmeringen voor hmo's

De economische omstandigheden lijken momenteel niet ongunstig voor het ontstaan c.q. bewerkstelligen van meer concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg. Gelet op het toenemende aantal leegstaande ziekenhuisbedden en op de ruime arbeidsmarkt voor artsen lijkt de kans dat een juiste marktwerking wordt verstoord door monopolistisch gedrag of prijsopdrijvende kartelafspraken aan de aanbodzijde thans gering. (Dit neemt echter niet weg dat in de toekomst deze situatie drastisch gewijzigd kan zijn!)

Belemmeringen voor hmo-achtige ontwikkelingen lijken thans veeleer gelegen in de wettelijke sfeer. In het onderstaande zullen wij een aantal veelal wettelijke hindernissen de revue laten passeren, waar vrijwel elk initiatief tot het oprichten van een hmo in Nederland vroeg of laat mee zal worden geconfronteerd. Specifieke belemmeringen in een concrete situatie komen hier niet aan de orde. Wij zullen ons beperken tot een economisch juridische analyse en slechts summier aandacht besteden aan 'zorginhoudelijke' aspecten van hmo-achtige ontwikkelingen (zoals een verschuiving van klinische naar niet-klinische zorg, versterking van de eerste lijn en een betere samenwerking tussen huisarts en specialist). De reden hiervoor is niet dat de zorginhoudelijke aspecten minder belangrijk zouden zijn of minder aandacht behoeven, integendeel. Wij zijn echter van mening dat zonder een wijziging in het financieringssysteem van de gezondheidszorg en de economische prikkels die hiervan uitgaan, een zorginhoudelijke koerswijziging zeer moeilijk te realiseren zal zijn 15). Tevens zullen wij ons beperken tot ziektekosten die vallen onder een standaard particuliere verzekering of onder het ziekenfondspakket. De Algemene Wet Bijzondere Ziekte-

10) Ter illustratie kan gewezen worden op de bevinding bij een in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) onder 11.000 mensen gehouden enquête, dat tweederde van de respondenten van mening is dat „het heel goed mogelijk is de totale kosten van de gezondheidszorg met 10% te verminderen zonder dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat”; zie J. Spek, J.W.W. Collaris en R.M. Lapré, Verzekeren pleiten voor handhaving pakket, *Inzet*, nr. 9, 1984. De voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), sprak op het KNMG-ledencongres 1985 over vergroting van de doelmatigheid waardoor het mogelijk zou moeten zijn binnen de gezondheidszorg zo'n 10% à 20% (d.w.z. 3 à 5 miljard gulden) te bezuinigen; zie F.N.M. Bierens, Doelmatigheid en doeltreffendheid in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, nr. 40, 1985, blz. 1317-1318.

11) *Het Vrije Volk*, 1 maart 1986.

12) De kosten van de gezondheidszorg zijn gestegen van 3% in 1953 tot 9% van het bruto nationale produkt in 1983.

13) Voor een recent historisch overzicht van het Nederlandse ziekenfondswezen, zie H.E.G.M. Hermans en J. Spek, Ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekering, *Sociaal Recht*, 1986, nr. 3, blz. 89-94.

14) A.C. Enthoven, Consumer-choice health plan, *New England Journal of Medicine*, nr. 298, 1978, blz. 650-658 en blz. 709-720; Van de Ven, op.cit., 1983.

15) Deze mening is onder meer gebaseerd op het gegeven dat ondanks de talloze publikaties en beleidsaanbevelingen over versterking van de eerste lijn, verschuiving van klinische naar poliklinische zorg en stimulering van thuiszorg en preventieve zorg, de feitelijke ontwikkelingen in tegengestelde richting gaan. Dit kan voor een belangrijk deel worden geweten aan het financieringssysteem van de gezondheidszorg en de daarmee verbonden belangen van zorgverleners en instellingen.

kosten (AWBZ) blijft (vooralsnog) buiten beschouwing. Vanwege de noodzakelijke betrokkenheid van ziektekostenverzekeraars bij het oprichten en functioneren van hmo's en vanwege het sterk verschillende regime waaronder ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opereren, zullen wij hier de ziektekostenverzekering als invalshoek nemen.

Algemene belemmeringen

Een eerste belangrijke belemmering voor hmo's in Nederland wordt gevormd door de *Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg)*, die een belangrijke beperking stelt aan de speelruimte voor hmo-achtige organisaties om een eigen personeels- en tarievenbeleid te voeren. Op grond van de Wtg stelt het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg) tarieven vast. Het is overigens onduidelijk of het bij deze tarieven om vaste of maximum bedragen gaat 16). Wanneer het laatste het geval zou zijn, zou er ruimte bestaan voor prijsconcurrentie tussen zorgverleners.

Een tweede belemmering wordt gevormd door de *Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv)* en de *Wet voorzieningen gezondheidszorg (Wvg)*. Zowel de Wzv als de Wvg geven de overheid belangrijke bevoegdheden met betrekking tot de vestiging, uitbreiding en planning van gezondheidszorgvoorzieningen. De Wzv en Wvg betekenen een belangrijke beperking van de beleidsruimte voor een hmo. Zo zal het een hmo moeilijk vallen bij de huidige wetgeving een nieuwe huisarts aan te trekken of een eigen diagnostisch centrum of (poli)kliniek te bouwen of uit te breiden. Naast het wettelijke vestigingsbeleid (Wvg) kan de beroepsgroep zelf een *vestigingsbeleid* voeren, waarmee onderlinge concurrentie kan worden tegengegaan 17).

Een volgende hindernis voor hmo's zijn de door en voor artsen opgestelde gedragsregels, vastgelegd in het z.g. 'blauwe boekje' 18). Deze gedragsregels bevatten concurrentiebeperkende elementen. Zo dient een arts zich te houden aan de landelijk door zijn beroepsgroep overeengekomen of aanvaarde honoraria en tarieven (artikel 35), dient een arts zich te onthouden van het maken van reclame (artikel 82) en dient een arts – ondanks het recht van vrije artskeuze aan de zijde van de patiënt (artikel 13) – terughoudend te zijn bij het overnemen van een patiënt van een collega uit hetzelfde werkgebied (artikel 52).

Ten slotte kunnen in de modelovereenkomsten tussen instellingen en zorgverleners bepalingen zijn opgenomen die het een instelling, welke (onderdeel van) een hmo wenst te gaan vormen, onmogelijk maken om met de zorgverleners overeenkomsten te sluiten die voor een hmo gebruikelijk zijn (zoals een vast bedrag per patiënt of een vast salaris, aangevuld met een bonus of winstdeling).

Belemmeringen ziekenfondssector

Naast bovengenoemde belemmeringen van algemene aard, gelden voor hmo's die zich richten tot ziekenfondsverzekerden nog de volgende specifieke belemmeringen. Hierbij gaan wij allereerst in op belemmeringen voor ziekenfondsen om zelf hmo's op te richten en als zodanig te functioneren. Vervolgens besteden wij aandacht aan de problemen waarmee niet door ziekenfondsen opgerichte hmo's te maken krijgen, wanneer zij onder ziekenfondsverzekerden leden trachten te werven. De meeste belemmeringen zijn gelegen in de *Ziekenfondswet (Zfw)*.

Een eerste belemmering voor ziekenfondsen om als hmo te kunnen functioneren betreft hun financiële onzelfstandigheid. Hiermee ontberen ziekenfondsen een essentieel kenmerk van hmo's. Alle ingehouden ziekenfondspremies worden gestort in de Algemene Kas (artikel 15 Zfw) en elk van de ca. 45 ziekenfondsen krijgt alle ziektekosten voor de bij haar aangesloten verzekerden volle-

dig vergoed (de beheerskosten zijn gebudgetteerd). Succesvolle kostenbeheersing door een individueel ziekenfonds resulteert derhalve in een even grote verlaging van de uitkering uit de Algemene Kas, terwijl de premie voor de aangesloten verzekerden nagenoeg gelijk blijft. Een dergelijke situatie bevat voor de afzonderlijke ziekenfondsen geen economische stimulans tot kostenbeheersing 19).

In de tweede plaats is het ziekenfonds in principe verplicht met elke zorgverlener en elke zorgverlenende instelling binnen het werkgebied van het ziekenfonds op diens verzoek – behoudens enkele uitzonderingen – een overeenkomst te sluiten (artikel 47 Zfw). Deze contractverplichting betekent dat een ziekenfonds een tweede essentieel kenmerk van een hmo ontbeert, te weten de vrijheid zelf te bepalen met wie een overeenkomst te sluiten of te beëindigen.

Een derde belemmering voor de ziekenfondsen om hmo-achtige organisaties op te richten wordt gevormd door het feit dat de Ziekenfondsraad ten behoeve van de overeenkomsten van ziekenfondsen met zorgverleners en instellingen z.g. modelovereenkomsten vaststelt (artikel 44 Zfw). Een individueel ziekenfonds heeft derhalve niet de vrijheid zelf te onderhandelen over de voorwaarden waarop zij met de zorgverleners overeenkomsten sluit.

Ten vierde maakte de Zfw een strikte scheiding tussen de functies van verstrekker en verzekeraar. Het is ziekenfondsen verboden zelf diensten of zaken te leveren die behoren tot het verstrekkingspakket van de ziekenfondsverzekering (artikel 44 Zfw). Ook is het ziekenfonds niet toegestaan bestuurlijk of financieel deel te nemen in instellingen of bedrijven die zich met dergelijke werkzaamheden bezighouden (artikel 42 Zfw). Deze bepalingen vormen een essentiële belemmering voor het meest wezenlijke kenmerk van een hmo, te weten het samengaan van de functie van verstrekker en verzekeraar binnen één organisatie.

De beperkte keuzevrijheid van de ziekenfondsverzekerde vormt een vijfde belemmering voor ziekenfondsen om als hmo-achtige organisatie te functioneren. Ziekenfondsverzekerden zijn allen verplicht verzekerd voor het landelijk uniforme, brede ziekenfondspakket (artikel 8 Zfw). De premie is eveneens landelijk uniform (artikel 15 Zfw), zodat prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen is uitgesloten (zie ook hetgeen hieronder wordt opgemerkt over concurrentiebeperkende bepalingen voor de aanvullende verzekering). Het is ziekenfondsen evenmin toegestaan de verzekerden – in ruil voor een premiekorting – de mogelijkheid te geven om vrijwillig af te zien van de (in de praktijk beperkte) vrije artskeuze en zich op voorhand vrijwillig te beperken tot een groep doelmatig werkende zorgverleners. Deze bewust gekozen beperkte artskeuze vormt een wezenlijk kenmerk van de meest voorkomende en de meest succesvolle hmo-vorm, te weten de 'prepaid group practice'.

Een zesde belemmering in de Zfw betreft de beperking van het werkgebied van de ziekenfondsen. Een ziekenfonds dat zijn werkgebied wenst uit te breiden, behoeft daartoe goedkeuring van de minister. Deze goedkeuring kan worden geweigerd indien niet aannemelijk wordt gemaakt dat het ziekenfonds in het nieuwe werkgebied minimaal een nader te bepalen aantal verzekerden zal omvatten (artikel 34 Zfw). Een zelfde beperking geldt voor het oprichten van een nieuw ziekenfonds. Dergelijke bepalin-

16) Zie de brief van het Cotg (d.d. 2 januari 1985) aan de staatssecretaris van Volksgezondheid.

17) Zie b.v. H.E.G.M. Hermans, Waar liggen in de Nederlandse gezondheidszorg beperkingen en mogelijkheden voor concurrentie? in: H. Hagen (red.), *Concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg?*, De Tijdstroom, Lochem, 1985.

18) *Gedragsregels voor artsen*, opgesteld door de KNMG, 2e druk, 1984 (verkrijgbaar bij de KNMG, Lomanlaan 103, Utrecht).

19) Artikel 19 van de ZFW biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen, volgens welke uitkeringen aan de ziekenfondsen worden gedaan ter dekking van de kosten (b.v. een budget per ziekenfonds). Van deze mogelijkheid is evenwel nog nooit gebruik gemaakt.

gen belemmeren een gezonde (potentiële) concurrentie tussen de ziekenfondsen.

Ook biedt de Zfw de ziekenfondsen onvoldoende mogelijkheden tot het voeren van een substitutiebeleid. Het is ziekenfondsen namelijk niet toegestaan verstrekkingen te vergoeden die niet zijn opgenomen in het verstrekkingsbesluit van de ziekenfondsverzekering (artikel 8 Zfw), ook al kan hierdoor duurdere zorg (b.v. intramurale zorg) worden voorkomen. Een dergelijke bepaling kan een belemmering zijn in het nastreven van zo groot mogelijke doelmatigheid.

Ten slotte kent de Zfw concurrentiebeperkende bepalingen voor aanvullende verzekering. Het is een ziekenfonds slechts toegestaan een aanvullende verzekering uit te voeren indien wordt afgezien van het heffen van een kennelijk te lage premie of het „door andere onjuiste middelen uitbreiden van het aantal verzekerden ten koste van andere ziekenfondsen” (artikel 43 Zfw). Hoewel uit de letter van de wet niet duidelijk is wat verstaan moet worden onder 'onjuiste middelen', doet de geest van de Ziekenfondswet vermoeden dat dit geldt voor concurrentie in het algemeen.

Behalve ziekenfondsen kunnen ook anderen (b.v. artsen, ziekenhuizen, consumenten, vakbonden, werkgevers en particuliere verzekeraars) hmo's oprichten. Wanneer deze hmo's zich richten tot ziekenfondsverzekerden ligt het gezien de aard van hmo's in de rede dat zij met één of meer ziekenfondsen een overeenkomst sluiten, die inhoudt dat zij tegen een vast bedrag per verzekerde per periode aan ziekenfondsverzekerden die hmo-lid willen worden alle medische zorg (laten) verlenen waar zij krachtens de Zfw recht op hebben. Een dergelijke constructie, waarbij een risicocontract wordt gesloten tussen een ziekenfonds en een hmo-achtige organisatie, is voor Nederland een novum en leidt tot allerlei juridische complicaties. Enerzijds kan de hmo – voor zover zij zelf zorg verleent – worden beschouwd als een 'medewerkende instelling' in de zin van de Zfw. Op grond hiervan behoeft de overeenkomst tussen hmo en ziekenfonds de goedkeuring van de Ziekenfondsraad (artikel 46 Zfw), terwijl het hierbij overeengekomen 'abonnementstarief' krachtens de Wtg door het Cotg moet worden goedgekeurd. Anderzijds kan de hmo – voor zover zij de zorg niet zelf levert maar wel bekostigt – worden beschouwd als een soort 'verzekeraar' of 'ziekenfonds'. De huidige gezondheidswetgeving voorziet niet in de mogelijkheid van dergelijke overeenkomsten tussen ziekenfondsen en hmo's.

Belemmeringen particuliere sector

Naast de eerder genoemde algemene belemmeringen zoals Wtg, Wzv en Wvg zijn ons geen andere wettelijke belemmeringen bekend voor de oprichting en het functioneren van hmo's, voor zover deze zich richten op het werven van leden onder de particulier verzekerden. In de praktijk zou voor particuliere verzekeraars een belemmering kunnen zijn dat zij veelal landelijke werken en elk een relatief beperkt marktaandeel hebben. Hmo's zijn daarentegen veelal regionaal werkzaam.

Op weg naar geregleerde concurrentie

Een radicale wijziging in de regelgeving, waarbij alle genoemde belemmeringen voor hmo-achtige ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg ineens worden opgeheven, is op korte termijn niet te realiseren. Daarnaast verdient een geleidelijke overgang de voorkeur omdat dan ervaring kan worden opgedaan met nieuwe situaties en de gelegenheid bestaat (onvoorziene) ongewenste neveneffecten tegen te gaan. Het lijkt derhalve het meest pragmatisch om na te gaan hoe binnen de bestaande wet-

telijke structuur wijzigingen zijn aan te brengen die snel te verwezenlijken zijn en niettemin enige hmo-achtige ontwikkelingen mogelijk maken. Deze wijzigingen sluiten aan bij diverse voorstellen die in de afgelopen jaren in dit verband reeds zijn gedaan.

Wat de Wtg betreft zou het in rekening brengen van lagere tarieven dan de door het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg) goedgekeurde of vastgestelde tarieven kunnen worden toegestaan (voor zover dit niet nu al het geval is), zou een groot gewicht kunnen worden gehecht aan door partijen onderling overeengekomen afspraken en zou de minister terughoudend kunnen zijn met het geven van aanwijzingen aan het Cotg. Gelet op de in februari 1986 ingediende Wet inkomens vrije-beroepsbeoefenaars lijkt een spoedige realisatie van een en ander bepaald niet denkbeeldig.

Aanpassingen in de Wzv zouden vooral gericht kunnen worden op een versoepeling van het bouw- en erkenningsbeleid. Ten aanzien van de Wvg zou grote terughoudendheid betracht kunnen worden bij het gebruik van de mogelijkheden die deze wet biedt. Overheidsplanning zou zich kunnen richten op bovenregionale, dure topvoorzieningen. Ten einde doeleinden met betrekking tot geografische bereikbaarheid te realiseren, zou het accent kunnen verschuiven van de bovengrenzen naar de ondergrenzen van de omvang van bepaalde voorzieningen in een regio.

De overige hmo-achtige aanpassingen in de wetgeving hebben voornamelijk betrekking op de ziekenfondssector (Ziekenfondswet) waar, zoals uit de vorige paragraaf blijkt, thans de grootste wettelijke belemmeringen aanwezig zijn. De wijzigingen die nodig zijn om ziekenfondsen zelf als hmo te kunnen laten functioneren, hebben globaal gesproken betrekking op het vergroten van de stimulanzen en de mogelijkheden tot doelmatigheid. Ten einde de *stimulans* voor de ziekenfondsen tot kostenbeheersing te vergroten, zou aan elk ziekenfonds een vast budget gegeven kunnen worden (20). Het verschil tussen de werkelijke kosten en het budget kan dan ten goede komen aan (respectievelijk verhaald worden op) de bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerden, de zorgverleners met wie het ziekenfonds een contract heeft of het ziekenfondsmanagement. In een eerste fase zou het budgetbedrag gebaseerd kunnen zijn op de werkelijke kosten per verzekerde in 1985 (gecorrigeerd voor inflatie) in het werkgebied van het ziekenfonds. Omdat op deze wijze doelmatigheid in het verleden wordt gestraft, zou op lange termijn het bud-

20) Een budget kan worden beschouwd als een taakstellende begroting. Essentiële verschillen tussen een 'budget per ziekenhuis' (zoals thans wordt toegepast) en een 'budget per ziekenfonds' volgen uit de beantwoording van de volgende drie vragen: wat is de taak? hoe het budgetbedrag vast te stellen? en: wat te doen met de saldi? Bij een 'budget per ziekenhuis' is de taak van het ziekenhuis in het algemeen moeilijk vast te stellen omdat het ziekenhuis geen afgebakende te verzorgen populatie heeft (de patiënt kiest het ziekenhuis van zijn voorkeur) en omdat voor de te verlenen hulp veelal substituten bestaan die buiten het betreffende ziekenhuis worden verleend (b.v. huisarts, verpleeghuis of een ander ziekenhuis). Is de taak niet duidelijk omschreven, dan geeft ook het vooraf vaststellen van het budgetbedrag in het algemeen problemen. Verder kan, zodra het budgetbedrag is vastgesteld, de neiging ontstaan de taakstelling uit te hollen. Ook kan het ziekenhuismanagement, ten einde het budgetbedrag niet te overschrijden, oneigenlijk gebruik maken van het feit dat veel activiteiten niet vergoed worden op basis van een integrale kostprijsberekening. Zodoende kan de neiging ontstaan om activiteiten waarvan de kostprijs de vergoeding overtreft af te stoten en omgekeerd om het aantal activiteiten met een meer dan kostendekkende vergoeding uit te breiden. Ten slotte biedt de aanwending van de saldi geen stimulans tot maximale doelmatigheid op lange termijn. Weliswaar mogen de ziekenhuizen een 'positief resultaat' zelf behouden, maar het ligt voor de hand dat als een ziekenhuis enige jaren achtereen een positief resultaat heeft behaald, het budgetbedrag uiteindelijk naar beneden zal worden bijgesteld. Bij een 'budget per ziekenfonds' bestaat de taak van het ziekenfonds uit het vergoeden van alle kosten waar de aangesloten verzekerden krachtens de Ziekenfondswet (of de polis) recht op hebben. Het budgetbedrag kan het schaderisico van de aangesloten verzekerden weerspiegelen en de saldi worden verrekend met de aangesloten verzekerden. Op grond van bovenstaande overwegingen valt een budget per ziekenfonds te prefereren boven een budget per ziekenhuis.

get het 'schaderisico' van de aangesloten verzekerden kunnen reflecteren en onder meer afhankelijk kunnen zijn van leeftijd, geslacht en eventueel regio 21). Ten einde de stimulans tot doelmatigheid voor de ziekenfondsverzekerde te vergroten mag de verzekerde kiezen uit diverse door de ziekenfondsen aangeboden polisvormen met verschillende polisvoorwaarden en premies. Deze keuzevrijheid kan ook inhouden dat de consument zijn keuze van zorgverleners vrijwillig beperkt tot een groep doelmatige zorgverleners en het kostenvoordeel van deze keuze ziet weerspiegeld in een lagere premie (z.g. 'limited privider plan'). Wel dient elke polisvorm een nader omschreven basispakket van verstrekkingen en een maximum aan eigen betalingen te bevatten. Ten einde het ziekenfonds te stimuleren die polisvormen aan te bieden die de consument het liefst heeft, mag de verzekerde kiezen uit de ziekenfondsen die in zijn regio werkzaam zijn en is het ziekenfonds in principe vrij in het kiezen van zijn werkgebied. Een vergroting van de keuzevrijheid voor de ziekenfondsverzekerde stelt hem in staat om via zijn eigen keuzen, met de daarbij behorende financiële consequenties, zijn uitgaven aan gezondheidszorg in zekere mate een weerspiegeling te laten zijn van zijn individuele preferenties. Hiervan zullen de nodige stimulansen uitgaan naar de producenten van gezondheidszorgdiensten om rekening te houden met de voorkeuren van de consument.

Ten einde de *mogelijkheid* voor het ziekenfonds te vergroten om aan kostenbeheersing te doen (b.v. door substitutie van dure zorg door equivalente goedkope zorg) zou een ziekenfonds niet langer verplicht moeten zijn met elke zorgverlener en elke instelling in zijn werkgebied op diens verzoek een contract te sluiten. Ook zou een ziekenfonds meer beleidsvrijheid kunnen krijgen ten aanzien van de inhoud van de overeenkomst (o.a. tarieven en honoreringwijzen), en ten aanzien van substitutie. Verder zou de scheiding van functie van zorgverstrekker-ziekenfonds kunnen worden opgeheven en zouden ziekenfondsen desgewenst arbeidsrechtelijke overeenkomsten met zorgverleners moeten kunnen sluiten.

Niet alleen ziekenfondsen maar ook anderen, zoals bij voorbeeld een groep zorgverleners, kunnen initiatieven nemen tot het oprichten van een hmo-achtige organisatie. Ten einde ook voor anderen dan ziekenfondsen de kans om levensvatbare hmo's op te richten te vergroten zou voor dergelijke hmo's de mogelijkheid kunnen worden gecreëerd om leden te werven onder ziekenfondsverzekerden door met de betreffende ziekenfondsen daartoe overeenkomsten te sluiten. Op basis van enkele experimenten zou hiermee ervaring kunnen worden opgedaan 22).

Een aantal van bovengenoemde hmo-achtige aanpassingen zouden in principe op niet al te lange termijn – eventueel op experimentele basis – gerealiseerd kunnen worden. Naar verwachting zullen dergelijke wijzigingen een radicale koerswijziging in het functioneren van de gezondheidszorg tot gevolg kunnen hebben 23). Een van de belangrijkste consequenties van een dusdanige wijziging in de organisatie- en financieringsstructuur van de gezondheidszorg kan zijn dat zowel artsen als management een gezamenlijk belang krijgen bij de verstrekking van goede en zo goedkoop mogelijke gezondheidszorg 24).

Samenvatting en discussie

De laatste jaren bestaat in Nederland een toenemende belangstelling voor het succesvolle beleid van hmo's in de VS. In dit artikel is vanuit een economische invalshoek ingegaan op mogelijke hmo-achtige ontwikkelingen in Nederland. Aangegeven is dat een discussie over hmo's in feite een discussie is over een andere ordening in de gezondheidszorg. Kiezen voor hmo's betekent het verlaten van de in de *Structuurnota gezondheidszorg* (1974) uitgezette weg van nagenoeg volledige overheidsplanning ten gunste van geregeleerde concurrentie in de gezondheidszorg. Bij concurrentie in de gezondheidszorg denken wij

aan een situatie waarin de consument vrij kan kiezen uit diverse onderling concurrerende, financieel zelfstandige gezond-houd-organisaties (gho's) – Nederlandse varianten van hmo's – die tegen betaling van een vast bedrag per jaar aan een afgebakende populatie een breed pakket medische diensten aanbieden. De randvoorwaarden waaronder deze organisaties onderling concurreren, kunnen betrekking hebben op een acceptatieplicht, een minimumverzekeringsdekking, de premiestelling en een informatieplicht.

Het is van belang te beseffen dat de ontwikkeling van dergelijke gho's niet alleen gevolgen heeft voor de doelmatigheid, maar ook voor de inhoud en stijl van de zorgverlening. Hierbij kan worden gewezen op de gezondheidszorg in de VS, waar vooral door toedoen van hmo's een zorginhoudelijke verandering plaatsvindt, die wordt gekenmerkt door een versterking van de positie van de eerstelijns, een grotere aandacht voor preventieve zorg en een stimulans voor zorgverleners tot onderlinge kwaliteitstoetsing. Voor de hmo geldt dat één gepubliceerd geval van kwalitatief inferieure zorg de organisatie als geheel enorme schade kan berokkenen. De artsen zijn dus min of meer collectief verantwoordelijk voor de reputatie van de hmo en ondervinden derhalve sterke prikkels tot het ontwikkelen van mechanismen om op de kwaliteit van de medische zorg toe te zien. In de huidige situatie in de Nederlandse gezondheidszorg bestaat er slechts een beperkte gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geboden medische zorg. Een slechte reputatie schaadt voornamelijk alleen de betreffende arts zelf. Een dergelijke situatie verschaft weinig prikkels voor een gedegen onderlinge toetsing.

Hmo's lijken derhalve een belangrijke garantie te kunnen bieden voor de verschaffing van kwalitatief hoogstaande zorg. Hierbij kan er overigens terecht op worden gewezen dat de meeste consumenten onvoldoende in staat zijn om de kwaliteit van medische zorg te beoordelen. Deze beoordeling hoeft echter niet alleen aan de consument zelf overgelaten te worden. Te denken valt aan één of meer onafhankelijke inspectiecommissies van artsen die steekproefsgewijs de kwaliteit van de zorg toetsen en hun bevindingen publiceren. De consument kan dan mede op grond van die bevindingen beslissen welke hmo-achtige organisatie zijn of haar voorkeur verdient. Naar

21) Voor een nadere uitwerking hiervan zie W.P.M.M. van de Ven, De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 63, 1985, blz. 20-30.

22) Voor een eventuele nieuwe wetgeving met betrekking tot de inhoud van de te sluiten overeenkomsten tussen ziekenfondsen en hmo's zou nuttig gebruik kunnen worden gemaakt van de ervaring met recente ontwikkelingen in de wetgeving van de VS, waarin het de federale bejaardenverzekering ('Medicare') mogelijk werd gemaakt om risicocontracten te sluiten met hmo's ('Tefra', de Tax equity and fiscal responsibility act van 1982, in werking sinds januari 1985).

23) Voor een beschouwing over mogelijke nieuwe verzekeringsvormen en mogelijke vormen van concurrentie tussen hulpverleners die als gevolg van dergelijke wijzigingen op lange termijn kunnen ontstaan, zie Van de Ven, op.cit., 1983, blz. 115-116; F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg, *ESB*, 29 mei 1985, blz. 521-525.

24) Wat betreft de financieringsstructuur kan men denken aan het volgende. De grote contractvrijheid biedt het ziekenfonds de mogelijkheid met zorgverleners contracten af te sluiten die een prikkel bevatten tot 'gewenst gedrag'. Gewenst gedrag zou kunnen worden omschreven als het medisch en economisch verantwoord handelen zodanig dat kwalitatief goede zorg wordt verleend tegen zo laag mogelijke kosten. Voor de huisarts zou de prikkel kunnen bestaan uit een bonus die afhankelijk is van, onder andere, zijn voorschrijf- en verwijsgedrag of het aantal ziekenhuisverpleegdagen van de patiënten. Hierbij worden zowel afwijkingen ruim boven als afwijkingen ruim beneden de norm van de groepspraktijk beschouwd als 'ongewenst gedrag'. Voor de specialist en het ziekenhuis kan men denken aan een bonus afhankelijk van, onder andere, de mate waarin klinische zorg wordt vervangen door dagverpleging en dagverpleging door poliklinische behandeling. Ook zou het ziekenfonds een speciale korting kunnen verlenen aan verzekerden die zich bereid verklaren om als regel alleen gebruik te maken van de diensten van bepaalde, nader aan te duiden zorgverleners, van wie het ziekenfonds weet dat zij medisch en economisch verantwoord handelen.

verwachting zal een dergelijke situatie gunstig afsteken tegen de huidige situatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Thans is het voor veel consumenten vrijwel onmogelijk om de kwaliteit van zorgverleners te kunnen vergelijken. In plaats van met een beperkt aantal organisaties worden consumenten nu geconfronteerd met een groot aantal individueel werkende artsen (met name in stedelijke gebieden) wat leidt tot een serieus informatieprobleem (hoe kiest een patiënt thans zijn huisarts?) 25).

Geconstateerd is dat, in historisch perspectief bezien, hmo-achtige organisaties niet wezensvreemd zijn aan de Nederlandse gezondheidszorg. Veel ziekenfondsen hebben in het verleden als het ware ten dele als hmo's gefunctioneerd. Thans bestaan er diverse (wettelijke) belemmeringen om te komen tot hmo's in Nederland. In de ziekenfondsector zijn deze belemmeringen groter dan in de particuliere sector. Belangrijke beperkende factoren zijn te vinden in de in de jaren zeventig tot stand gekomen wetgeving betreffende de planning en prijsvorming in de gezondheidszorg (Wzv, Wvg en Wtg) en – voor de ziekenfondsen – in de Ziekenfondswet.

Wijzigingen in de wetgeving ten einde hmo's mogelijk te maken zullen er globaal op neer komen dat de allocatie van gezondheidszorgvoorzieningen (weer) in belangrijke mate wordt overgelaten aan de markt en dat ook de prijzen van medische diensten in principe daar tot stand komen. Daarnaast zal regelgeving nodig zijn om onvolkomenheden van het marktmechanisme op te heffen. Belangrijke wijzigingen in de ziekenfondsector zullen betrekking hebben op vergroting van de stimulansen en de mogelijkheden tot doelmatigheid en betreffen o.a. een financiële zelfstandigheid voor ziekenfondsen, een premie mede gerelateerd aan de efficiency van het ziekenfonds, het afschaffen van de contractplicht en het afschaffen van de stringente scheiding tussen zorgverstreker en ziekenfonds.

Op basis van recente ontwikkelingen lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat bij de ordening in de gezondheidszorg in de komende jaren het marktmechanisme een grotere rol zal spelen dan het geval zou zijn bij een voortzetting van het beleid zoals aangegeven in de Structuurnota.

Een eerste aanwijzing hiertoe wordt gevormd door de onlangs aangebrachte wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen (de z.g. 'kleine stelselwijziging', waarbij het marktaandeel van de gezamenlijke particuliere verzekeraars werd vergroot van 34% tot 39% en de uitgangspunten van de regering met betrekking tot de structuur van de ziektekostenverzekering op lange termijn 26). Met betrekking tot de principes van concurrentie die aan de particuliere ziektekostenverzekeringen ten grondslag liggen, stond het kabinet-Lubbers-I op het standpunt dat „het bestaan van concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars in beginsel een nastrevenswaardige zaak is, aangezien die een op de consument toegesneden pakket aanbod kan bevorderen en tevens een stimulans kan vormen tot kostenbeheersing” 27).

Een tweede aanwijzing dat de regering meer marktwerking en minder overheidsingrijpen in de gezondheidszorg voorstaat, is de door het kabinet-Lubbers-I aangekondigde wijziging in het prijs- en inkomensbeleid van de vrije beroepsbeoefenaren, met inbegrip van zelfstandig declarerende medische specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en fysiotherapeuten. In het in februari 1986 bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel Inkomens vrije beroepsbeoefenaren is een wijziging van de Wet economische mededinging opgenomen, waardoor alle vrije beroepsbeoefenaren onder deze wet vallen. Privaatrechtelijke tariefafspraken en andere afspraken die de concurrentie beperken, kunnen op grond van deze wet ongedaan worden gemaakt. Ook door de overheid in het leven geroepen regelingen die effect hebben op de vraag/aanbodverhoudingen zullen kritisch worden bezien en in voorkomende gevallen worden herzien dan wel afgeschaft. Eén en ander zal ongetwijfeld verstrekkende gevolgen hebben voor de (werking van de Wvg en Wtg).

Tot slot willen wij er op wijzen dat de in dit artikel bespro-

ken wijzigingen geen voldoende voorwaarden zijn voor een maatschappelijk welzijn van hmo's 28). Ook moet niet gedacht worden dat het woord 'concurrentie' het ei van Columbus is en dat het verder een kwestie van 'politieke keuzen' is. Maar in feite weten wij op dit moment in Nederland minder over concurrentie in de gezondheidszorg dan over overheidsinspanning van de gezondheidszorg. Wel is er in de economische wetenschap veel bekend over diverse vormen van concurrentie in andere bedrijfstakken. Ook hebben gezondheidszorgeconomen zich uitputtend beziggehouden met de vraag wat de specifieke karakteristieken zijn van de markt voor gezondheidszorg. Er ligt dan ook een uitdagend en interessants werkteerterrein voor economen om de opgebouwde kennis en ervaring in andere branches toe te passen op de bedrijfstak gezondheidszorg, rekening houdend met het specifieke karakter hiervan.

Wat de empirie betreft is het van belang de ervaringen in de Verenigde Staten, waar door een toenemende concurrentie sedert enige jaren een structurele verandering in de gezondheidszorg heeft plaatsgevonden, nauwlettend te volgen. Vanwege het ontbreken van empirische ervaringen in Nederland is het ook van groot belang dat bij hmo-experimenten, zoals die waartoe onder andere Albeda 29), de voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, heeft opgeroepen, een gedegen wetenschappelijke evaluatie plaatsvindt.

**W.P.M.M. van de Ven
F.T. Schut**

25) M.V. Pauly en M.A. Satterthwaite, The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information, *The Bell Journal of Economics*, augustus 1981. De auteurs verklaren het empirisch vastgestelde positieve verband tussen artsendichtheid en artsenhonorarium uit het informatieprobleem waarmee consumenten bij de keuze van een arts worden geconfronteerd wanneer in hun omgeving een groot aantal artsen gevestigd is. De hoge zoekkosten verminderen hun prijsgevoeligheid. Het is aannemelijk dat hetzelfde geldt voor hun kwaliteitsgevoeligheid.

26) Zie Adviesaanvraag d.d. 18 april 1983 aan de Sociaal-Economische Raad, de Ziekenfondsraad en de Nationale raad voor de volksgezondheid.

27) Zie Memorie van Antwoord, Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering, september 1985, blz. 7.

28) Zonder volledigheid na te streven, kunnen ten minste de volgende voorwaarden worden genoemd:

- voldoende bekwaam management;
- een goed informatiesysteem;
- tevredenheid bij de consumenten over de beperkte keuzevrijheid van zorgverleners (hoewel dit in de praktijk vaak geen wezenlijke verandering behoeft te zijn);
- goede relatie tussen medische professie en management;
- vermogen om goede artsen en instellingen te selecteren;
- geen selectie van een gunstig verzekerdenbestand door verzekeraar;
- geen prijsopdrijvende kartelafspraken;
- voldoende regelgeving om ongewenste effecten tegen te gaan.

29) W. Albeda, Herwaardering van het marktmechanisme, *Inzet*, nr. 2, 1986, blz. 14-15. In dit verband kan ook vermeld worden dat de twee grootste particuliere ziektekostenverzekeraars in Nederland hebben aangekondigd voorbereidingen te treffen voor een hmo-experiment (*Het financiële Dagblad*, 12 juni 1985; *Assurantie Magazine*, 12 september 1985). Van recente datum zijn de initiatieven van Regionaal Ziekenfonds Salland om in de vorm van een experiment tot hmo-achtige beloningsstructuren te komen, zie G.M.W.M. Keijser, Experiment 'Gezonde Concurrentie', *Medisch Contact*, 20 juni 1986, blz. 783-784; zie ook: *Experiment Gezonde Concurrentie*, uitgave van Regionaal Ziekenfonds Salland (Postbus 166, 7400 AD Deventer), april 1986.