



## Het speelveld van de gezondheidszorg

**Auteur(s):**

Bolhuis, E.A.

Krapels, F.J.

*De auteurs zijn werkzaam bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.***Verschenen in:**

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D2, 1 juli 1999

**Rubriek:**

Dossier De zorg ontregeld?

**Trefwoord(en):**

**Het tweede paarse kabinet heeft maatregelen aangekondigd die al op korte en middellange termijn het stelsel verbeteren. De AWBZ wordt gemoderniseerd en geflexibiliseerd. Meerjarenafspraken tussen het ministerie van VWS en de sector moeten bestuurlijke rust creëren. Deze afspraken gaan over de realisatie van inhoudelijke doelstellingen op het terrein van het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Speerpunten daarin zijn verlichting van de werkdruk en het verminderen van wachtlijsten. Voorts is de verzekeraarsbudgettering bij ziekenfondsen verder aangescherpt en vinden ook in het tweede compartiment activiteiten plaats om de wachtlijsten terug te dringen. Op het terrein van genees- en hulpmiddelen worden maatregelen getroffen die de snelle stijging van de uitgaven aan banden moeten leggen. Al deze verbeteringen vinden plaats binnen het huidige (drie-compartimenten) stelsel en de daarbinnen gehanteerde sturingsinstrumenten.**

In het Regeerakkoord is daarnaast vastgelegd dat dit kabinet zal bezien of "... in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden..." Dit ook tegen de achtergrond van het feit dat een aantal van deze ontwikkelingen van behoorlijk fundamentele aard zijn. Bij dergelijke veranderingen is het zeer wel denkbaar dat relatief kleine aanpassingen in het bestaande systeem onvoldoende zullen blijken. De oorspronkelijke determinanten van de ordeningskeuze zelf zouden kunnen wijzigen hetgeen de in het regeerakkoord genoemde verdergaande aanpassingen van het systeem wenselijk kunnen maken<sup>1</sup>. Wat zijn nu deze ontwikkelingen en welke uitgangspunten zijn relevant bij de verdergaande aanpassingen op langere termijn van het stelsel?

De trends die relevant zijn voor het gezondheidszorgbeleid kunnen als volgt worden samengevat:

- » er is sprake van een dubbele vergrijzing: de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt en het aantal mensen dat een zeer hoge leeftijd bereikt, neemt ook toe. De behoefte aan zorg zal vanzelfsprekend toenemen;
- » er vindt, juist ook onder ouderen, een welvaartsontwikkeling plaats waardoor men meer geld over heeft voor zorg;
- » consumenten en patiënten zijn steeds beter opgeleid en beter geïnformeerd en worden, mede daardoor, ook veeleisender. De samenleving verandert, wordt opener, kennisintensiever en in sociaal-cultureel opzicht meer divers;
- » technologische ontwikkelingen verlopen razendsnel, waardoor er ook snelle veranderingen kunnen ontstaan in de wijze van diagnose en behandeling van ziekten en van informatievoorziening. Hoe kan daarop worden ingespeeld?;
- » grenzen tussen landen vervagen. Dit heeft ook invloed op de Nederlandse gezondheidszorg;
- » er is binnen het stelsel van sociale zekerheid steeds meer aandacht voor het terugdringen van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid. Het raakvlak tussen sociale zekerheid en zorg wordt daarmee groter.

In dit perspectief is het dus zaak te kijken naar de wenselijkheid van verdergaande aanpassingen in het stelsel. Welke randvoorwaarden moeten daarbij in het oog worden gehouden?

### Uitgangspunten bij aanpassingen van het stelsel

Het gezondheidszorgbeleid is gestoeld op een aantal breed gedragen uitgangspunten die, verschillend verwoord, steeds terugkeren. Deze uitgangspunten zijn tot nu toe leidend geweest bij de aanpassingen van het zorgstelsel en zullen dat naar verwachting ook blijven<sup>2</sup>. Het gaat om:

#### 1. Toegankelijkheid

Hierbij gaat het om het garanderen van toegang tot noodzakelijke, betaalbare zorg van voldoende kwaliteit voor iedereen die dat nodig heeft. Hier valt ook onder de fysieke spreiding van zorgaanbod over het land.

## 2. Solidariteit

In het verlengde van de eerste randvoorwaarde ligt er een taak voor de overheid om bij de financiering van de zorg solidariteit te realiseren tussen jong en oud, gezond en minder gezond en ook tussen hogere en lagere inkomens.

## 3. Kwaliteit

De kwaliteit van zorg moet goed zijn geregeld, inclusief het toezicht hierop.

## 4. Restricties aan het beschikbare budget

Het budgettaire beslag van de zorguitgaven dient beheersbaar te zijn en kent zijn grenzen qua omvang.

## 5. Efficiëntie

Naarmate de zorg efficiënter wordt verleend, kan met de bestaande middelen meer worden gedaan of met minder middelen hetzelfde. Doelmatigheid van de zorguitgaven is daarmee een blijvend thema.

## 6. Bestuurlijke mogelijkheden voor verandering

De bestaande instituties en structuren maar ook gevestigde belangen bepalen mede het tempo van de mogelijkheden voor grotere veranderingen.

## 7. Internationale verplichtingen

De nationale speelruimte wordt, ook op het terrein van zorg, beperkt door internationale richtlijnen, verordeningen, verdragen, enz. Ruimer gezien is relevant hoe de ordening van de zorg in andere (Europese) landen is vormgegeven. Met het vervagen van de landsgrenzen kan het Nederlandse stelsel daar geen excentrieke plaats innemen.

## Dilemma's in de zorg

Met grove lijnen is met het vorengaande het speelveld voor de zorg geschetst: goede prestaties tot nu toe, maar wel enkele belangrijke trends die om een antwoord vragen. De randvoorwaarden waaraan de oplossingen moeten voldoen lijken in de loop der tijd redelijk uitgekristalliseerd. Toch blijven er flink wat vrijheidsgraden over die om beleidskeuzen zullen blijven vragen.

Eén van de dilemma's bij die beleidskeuzen is de mate waarin de zorg moet worden gereguleerd en in hoeverre marktwerking nuttig zou kunnen zijn <sup>3</sup>. Vanuit de economische theorie wijzen sceptici er op dat een (ongestoorde) marktwerking in de zorg wordt verhinderd doordat er sprake is van informatie-asymmetrie: de patiënt is zelf niet in staat te bepalen welke en hoeveel medische zorg nodig is. Ook kan marktwerking de toegankelijkheid van de zorg aantasten (doorbreking van de solidariteit). De markt jaagt de kosten geweldig op, zo luidt een ander argument. Er is sprake van 'supply induced demand'. De patiënt heeft de neiging 'alles wat mogelijk is uit de kast te halen' waarbij de kosten worden afgewenteld op de verzekeraar ('moral hazard').

Voorstanders van meer marktconforme prikkels nuanceren deze argumenten en geven verschillende redenen waarom meer prikkels nut kunnen hebben. Meer prikkels kunnen de doelmatigheid stimuleren en zouden leiden tot een betere prijs/kwaliteit verhouding. Voorts kan een sterker bewustzijn van zowel vragers als aanbieders van zorg met de feitelijke kosten, helpen om meer bewust gebruik te maken van de zorg. Ook kan meer markt leiden tot beter luisteren naar wat de klant wil. Tot slot wijzen de voorstanders van meer markt op het feit dat aanbieders worden geprikkeld te streven naar kwaliteitsbevorderende en kostenbeperkende innovaties.

De hiervoor genoemde argumenten pro- en contra marktwerking geven direct ook een aantal andere, belangrijke dilemma's aan <sup>4</sup>. Solidariteit versus moral hazard, doelmatigheid versus rantsoenering, marktwerking versus vanuit politiek/maatschappelijke overwegingen gestuurd aanbod, enz. Al deze keuzen zijn ook meer dan economische dilemma's. Politieke en maatschappelijke opvattingen bepalen uiteindelijk hoe de zorg er in de toekomst uit zal gaan zien.

Dit ESB-dossier gaat op enkele van de genoemde dilemma's dieper in en probeert daarmee meer helderheid te verschaffen over de wenselijke inrichting van de zorg in de volgende eeuw. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan de discussie die komende tijd ongetwijfeld plaats zal vinden over de door het kabinet gewenste gedachtevorming over eventuele verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel.

---

## ESB-Dossier: De zorg ontregeld?

---

### Inleiding

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, Het speelveld van de gezondheidszorg

### Scenario's

L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, [Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden](#)

J. Hamel, [De tijd dringt](#)

*Bestuur*

R. Bekker, [Met zorg besturen](#)

H. Simons, [De Haagse cockpit is overbelast](#)

*Het zorgstelsel*

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#)

P.L. Meurs, [Beleid en compromissen](#)

*Solidariteit*

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#)

J.A.C. van Ophem, [Begrensde solidariteit](#)

*Blik vooruit*

A.J.P. Schrijvers, [De Gezondheidszorg in 2020](#)

W. Groot, [Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

*Epiloog*

H.A. Keuzenkamp, [Gezond blijven](#)

---

<sup>1</sup> Zie C. Oudshoorn, Omgevingsveranderingen, systeemkosten en institutionele vernieuwing, *Ocfeb Research memorandum 9701*, Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>2</sup> Zie o.a. de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer: *Marktwerking in de gezondheidszorg*, TK 1997-1998, 25 962 nr. 1.

<sup>3</sup> Zie onder andere ook K.G. Okma, Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg, *Tijdschrift voor politieke economie*, jrg 20, 1997, nr 2.

<sup>4</sup> De Rvz noemt dit spanningen in het beleidsparadigma. Zie Rvz advies *Tussen markt en overheid*, december 1998