

Keuzen in de zorg

C.A. de Kam*

De uitgaven voor zorgvoorzieningen zijn de afgelopen jaren trendmatig gestegen. Maatregelen om hier iets aan te doen, de zogeheten stelselherziening, hebben niet het gewenste effect gehad. In onderstaande analyse van de markt voor zorg concludeert de auteur dat strenge regulering door de overheid de enige manier is om een efficiënte zorgvoorziening te garanderen.

De zorgsector omvat alle instellingen voor de volksgezondheid, met inbegrip van de thuiszorg en voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. Deze sector vormt een zeer belangrijk onderdeel van de vaderlandse economie. Bijna een tiende deel van de beroepsbevolking is in de zorg werkzaam. Tien procent van alle investeringen in gebouwen vindt in de zorgsector plaats.

De totale uitgaven voor zorgvoorzieningen vergen dit jaar vermoedelijk bijna 60 miljard gulden¹. De zorguitgaven worden op diverse manieren gefinancierd. De Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) dekt voor alle ingezetenen bepaalde zware geneeskundige risico's, zoals de kosten van verblijf in een verpleeginrichting. Als uitvloeisel van de 'stelselherziening' (zie hierna) zijn de afgelopen jaren verschillende andere voorzieningen naar de AWBZ overgeheveld, zoals gezinszorg en geneesmiddelen.

Tegen het risico van de overige, 'normaal' te achten ziektekosten is de bevolking thans op uiteenlopende manieren ver-

zekerd. Ongeveer 9,5 miljoen mensen zijn verplicht verzekerd krachtens de Ziekenfondswet (ZFW)². Zo'n 5,8 miljoen individuen zijn particulier tegen ziektekosten verzekerd, of vallen onder een publiekrechtelijke ziektekostenregeling³. Daarnaast komt een deel van de zorguitgaven ten laste van de rijksbegroting. De meest omvangrijke post betreft een specifieke uitkering van het Rijk aan de provincies, ter dekking van exploitatietekorten van de bejaardenoorden (ruim f 3 miljard).

Al met al wordt bijna vijfde deel van de zorguitgaven gefinancierd uit publieke middelen. Het gaat om de premies voor AWBZ en ZFW, en rijksbijdragen. Ruim een vijfde deel van de zorguitgaven wordt bestreden uit premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen en via eigen betalingen van zorggebruikers. Voorbeelden daarvan zijn betalingen wegens niet verzekerde tandheelkundige hulp (f 1 miljard) en de uit eigen middelen betaalde pensioenprijs van bejaardenoorden (f 2,3 miljard).

Tabel 1 geeft een totaalbeeld van uitgaven en financiering van de zorgsector in 1993, in de vorm van een balansopstelling. Aan de linkerkant van de balans staan de uitgaven voor de voornaamste voorzieningen, aan de rechterkant de financieringsbronnen. Ziekenhuizen en voorzieningen voor ouderen (bejaardenoorden, verpleeghuizen) zijn samen goed voor bijna de helft van de zorguitgaven. De rubriek extramurale voorzieningen omvat de hulp van huis- en tandartsen, fysiotherapie,

Tabel 1. Balans van de zorgsector, 1993¹

Uitgaven	mrd gld	%	Middelen	mrd gld	%
Ziekenhuizen	15,5	27	AWBZ	24,3	42
Voorzieningen ouderen	10,4	18	ZFW	15,3	26
Extramurale voorzieningen	9,7	17	Particulier	8,0	14
Medicijnen en hulpmiddelen	6,0	10	Overheid	5,9	10
Voorzieningen gehandicapten	4,8	8	Overig	4,6	8
Geestelijke gezondheidszorg	3,9	7			
Beheer en bestuur	2,9	5			
Medische specialisten	2,7	5			
Preventieve zorg	0,8	1			
Ziekenvervoer	0,5	1			
Vermogensvorming	0,6	1			
Totaal	57,4	100		57,4	100

A) Ramingen, die voor een deel fors zullen worden overschreden.
 B) Voorzieningen en financieringsbronnen gerangschikt naar aflopende financiële betekenis.
 Bron: Financieel overzicht zorg 1994, blz. 20-21.

* Vakgroep Algemene Economie, RU Groningen. Voor dit artikel is mede gebruik gemaakt van mijn bijdrage over Zorg in het *Jaarboek overheidsuitgaven 1994*, Schoonhoven, 1993.

1. Het *Financieel overzicht zorg 1994* (blz. 20) raamt de uitgaven/budgetten voor 1994 op f 58,65 miljard. Deze raming zal - naar het zich nu laat aanzien - aanzienlijk worden overschreden.
2. Het betreft hoofdzakelijk werknemers in de zin van de Ziektewet die in een of meer dienstbetrekkingen een overeengekomen vast loon hebben beneden de ZFW-loongrens (in 1994: f 58.100). Voorts - in het algemeen gesproken - uitkeringsontvangers jonger dan 65 jaar en bejaarden die, voordat zij 65 jaar werden, verplicht (mede)verzekerd waren.
3. Het gaat met name om politiepersoneel en ambtenaren die werkzaam zijn bij de lagere overheden.

gezinsverzorging, kruiswerk en kraamzorg. De middelen belopen f 0,6 miljard meer dan de uitgaven, onder meer om oude rekeningen te vereffenen.

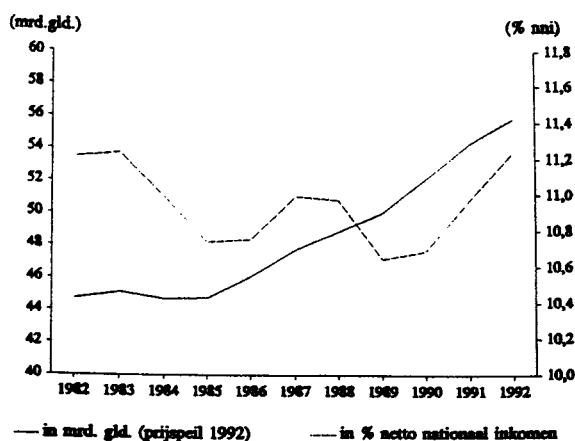
Uitgavenbeloop 1982-1992

De totale uitgaven voor de zorg liepen tussen 1982 en 1992 op met 49%. Bovengemiddelde uitgavenstijgingen vonden plaats bij medicijnen en hulpmiddelen (112%), beheer en bestuur (63%) en voorzieningen voor gehandicapten (60%). De lopende uitgaven voor preventie - een typisch collectief goed - zijn nauwelijks gestegen (5%). De uitgavengroei bij voorzieningen voor ouderen was, ondanks de voortschrijdende vergrijzing, gematigd (38%).

Figuur 1 toont het beloop van de zorguitgaven in de periode 1982-1992, uitgedrukt in gulden van 1992⁴ en als percentage van het netto nationaal inkomen (nni). In constante prijzen van 1992 stegen de uitgaven voor de zorg tussen 1982 en 1992 van 45 miljard tot bijna 56 miljard gulden (een stijging met ruim 12%). Aanvankelijk daalden de zorguitgaven als aandeel van het nni; in de eerste helft van de jaren negentig loopt de zorguitgavenquote weer scherp op naar het peil van 1982. Gedurende deze gehele periode is de overheid zich steeds intensiever met de zorgsector gaan bemoeien, via regulering en tariefmaatregelen. Ziekenhuizen zijn sinds 1983 gebudgetteerd en directies mogen niet zonder vergunning uitbreiden. De instroom van medische specialisten is beperkt. Niet alle medicijnen worden volledig vergoed. Bovendien zijn de salarisschalen in de zorgsector van 1983 tot 1990 bevroren, en zijn tarieven van medische specialisten enkele malen verlaagd. Door dergelijke ingrepen in prijs en volume van de zorg zijn miljarden gulden bespaard.

Arbeidsonrust in het begin van de jaren negentig heeft evenwel geleid tot een inhaalbeweging bij de salarissen. Tevens was de laatste jaren met name bij de geraamde uitgaven voor medicijnen en medisch-specialistische verrichtingen sprake van in verhouding aanzienlijke overschrijdingen. De krappe budgettering van de ziekenhuizen veroorzaakt problemen. Als gevolg van een en ander loopt de zorg-uitgavenquote sinds 1990 weer op.

Figuur 1. Zorguitgaven, 1982-1992



Bron: C.A. de Kam, *Zorg*, in: *Jaarboek overheidsuitgaven 1994*, Schoonhoven, 1993, blz. 67.

Tabel 2. Zorguitgaven in enkele EU-lijdstaten, 1980-1991⁵

	Niveau 1991 (% bbp)	Mutatie 1980-91 (%-punt bbp)	Collectieve financiering (%)
Frankrijk	9,1	1,5	74
Duitsland	8,5	0,1	72
Nederland	8,3	0,3	74
België	7,9	1,3	88
Verenigd Koninkrijk	6,6	0,8	84

A) Landen gerangschikt naar aflopende zorg-uitgavenquote.
Bron: Centraal Planbureau, *De collectieve uitgaven in internationaal perspectief, een actualisering en uitbreiding, 1993*, blz. 16.

Internationale vergelijking

Een land kan bereik en financiering van zijn zorgstelsel op uiteenlopende manieren organiseren. Wat betreft het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands produkt (bbp) behoort Nederland tot een kopgroep van EG-landen (tabel 2). In vergelijking met de ons omringende landen liggen in Nederland de bestedingen aan gezondheidszorg per hoofd aan de bovengrens⁵. Dit is vooral opmerkelijk, gezien het betrekkelijk geringe aandeel van 65-plussers in de bevolking⁶. Omdat in ons land verhoudingsgewijs een groot deel van de zorg particulier wordt gefinancierd (26%)⁷, neemt Nederland met de collectief gefinancierde uitgaven eerder een middenpositie in. De sterkste uitgavenstijging deed zich in de jaren tachtig voor in Frankrijk en België. In Duitsland en Nederland was de kostenontwikkeling veel gematigder. Dit strookt met het beeld in figuur 1.

Gedurende de afgelopen vijftien jaar hebben in Nederland achtereenvolgende kabinetten gepoogd de groei van de zorguitgaven te beperken, onder meer met het plan-Simons, dat was geënt op voorstellen van de commissie-Dekker (1987) ter herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het plan-Simons leed schipbreuk, de zorguitgaven stiegen zorgbarend. Hoe moet het verder? Dat is de probleemstelling van deze bijdrage.

Markt voor zorg(verzekeringen)

De zorgmarkt is een hoogst eigenaardige. In meerderheid vinden consumenten een goede gezondheid het belangrijkste in het leven⁸. Zij zijn evenwel in veel gevallen niet of nauwelijks in staat noodzaak, doeltreffendheid en kwaliteit van verbruikte zorg te beoordelen. Wanneer aanbieders de zorgvraag bepalen, ligt overproductie en -consumptie in de rede. Aan de aanbodkant van de zorgmarkt is tevens sprake van regionale monopolies (streekziekenhuis) en sterke kartelvorming (farmaceutische groothandel). Consumenten zijn bovendien geneigd te handelen alsof de zorgvoorzieningen niets kosten,

- Hierbij is de prijsindex van de gezinsconsumptie als deflator gebruikt.
- Dit is een direct gevolg van het betrekkelijk geringe aandeel van de beroepsbevolking in de totale bevolking, met andere woorden, van de betrekkelijk lage participatiegraad.
- W. Zant, *Zorg op lange termijn*, Den Haag, 1992, blz. 13.
- Dit door de OESO gepubliceerde percentage ligt enkele punten hoger dan het aandeel dat zich uit nationale bronnen laat distilleren. Deze uitkomst maant eens te meer tot voorzichtigheid bij het maken van internationale vergelijkingen.
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1992*, blz. 421-422.

omdat zij - eenmaal verzekerd tegen ziektekosten - niet langer betalen naar rato van het gebruik dat zij van zorgvoorzieningen maken. Deze gedragsaanpassing ('moral hazard') kan worden tegengegaan door een eigen risico of eigen bijdrage in te voeren.

Een specifiek probleem met de (zorg)verzekeringsmarkt is dat zogeheten slechte risico's zich niet of alleen tegen exorbitante premies kunnen verzekeren, als gevolg van 'negatieve selectie'. Verzekeraars zullen homogene risicogroepen afbakenen, met uiteenlopende premies die zijn afgestemd op de schadekans per groep. Correctie is mogelijk door overheidsingrijpen, bij voorbeeld door de verzekering tegen ziektekosten verplicht te stellen: in het ziekenfonds zijn goede risico's gedwongen mee te betalen voor slechte risico's. Als alternatief kan de overheid verzekeraars dwingen elke gegadigde voor een standaardpakket te accepteren.

Na deze beknopte kenschets van de zorg(verzekerings)markt in het algemeen, kan preciezer worden aangegeven welke factoren uitgavenbeheersing in de zorgsector tot zo'n lastige opgave maken⁹. De burger heeft in Nederland onbelemmerd toegang tot de zorg, krachtens in verzekeringen vastgelegde rechten. Mondiger burgers stellen steeds hogere eisen. Sommige beroepsbeoefenaren worden door het bestaande stelsel van honorering geprikkeld tot omzetmaximalisatie. De marktwerking laat ook door regulering te wensen over. Zo is de concurrentie tussen zorgaanbieders gering als gevolg van de 'contracteerplicht' van verzekeraars. Verzekerden in het ziekenfonds hadden tot voor kort geen vrije keus van verzekeraar.

Nog andere kosten-opstuwende factoren laten zich aanwijzen. De groeiende bevolking vergrijsd geleidelijk en ouderen doen een in verhouding veel groter beroep op zorgvoorzieningen. Door technologische ontwikkelingen kan steeds méér. Bovendien lijdt de zorgsector aan de ziekte van Baumol: de lonen stijgen sneller dan de arbeidsproductiviteit omdat de werknemers hun looneisen afstemmen op de trend in andere sectoren, terwijl er in de arbeidsintensieve zorgsector minder mogelijkheden voor produktiviteitsverbetering zijn¹⁰. Hierdoor stijgen de kosten per eenheid verleende zorg (waarbij is afgezien van mogelijke kwaliteitsverbetering). Bij een gelijkblijvend zorgaanbod lopen de zorgkosten dan trendmatig op.

Los daarvan, laat het kostenbewustzijn van zorgaanbieders soms te wensen over. Het aantal specialistische verrichtingen is sterk gestegen, vermoedelijk deels omdat beroepsbeoefenaren zo de nadelige inkomensgevolgen van de door de overheid gedicteerde tariefmatiging konden compenseren. En de prijzen van medicijnen liggen in Nederland (aanzienlijk) hoger dan elders in de EU, door de invloed van farmaceutische kartels¹¹.

Wenst de overheid de kostenontwikkeling in de zorgsector te beteugelen, wat voor de hand ligt wanneer driekwart of meer van de kosten collectief wordt gefinancierd, dan zijn verschillende instrumenten beschikbaar. De vraag kan worden geremd door invoering van stevige eigen risico's. Het bezwaar van dit instrument is dat de zorg voor sommigen onbetaalbaar, dus onbereikbaar dreigt te worden. Het aanbod kan

worden beheerst door strikte budgettering, al dan niet in combinatie met directe regulering of planning van de zorgcapaciteit. Dit instrument kan wachlijsten doen ontstaan, en leidt tot ongelijke behandeling, omdat meer bemiddelden hun eigen zorg zullen kopen, hier of in het buitenland. De overheid kan ook ingrijpen in prijzen, tarieven en arbeidsvoorwaarden om de zorg 'betaalbaar' te houden. Ten slotte kan de overheid proberen de marktwerking te verbeteren.

Stelselherziening Dekker/Simons

In de jaren zeventig en tachtig kreeg de overheid in Nederland de beschikking over steeds meer beleidsinstrumenten om de kosten in de zorgsector te beheersen. De meeste tot stand gebrachte regelgeving grijpt direct aan bij de aanbodzijde en de tarieven¹². Zoals gezegd, spelen eigen betalingen ter rantsoenering van de vraag ('remgelden') een geringe rol. In de loop van de jaren tachtig tekenden de bezwaren van aanbodbeheersing zich steeds duidelijker af. De toegepaste aanbodplanning heeft geleid tot starheden, een omvangrijke uitvoerende bureaucratie, verspilling en - algemeen gezegd - een Oost-europeanisering van de zorg in Nederland.

In 1987 formuleerde de door het toenmalige kabinet ingestelde commissie-Dekker voorstellen om uitgavenstijgingen in de zorgsector te beteugelen, zonder dat de toegang tot de zorg in het gedrang zou komen. De latere plannen van staatssecretaris Simons (1989-1994) bouwden voort op het door Dekker en de zijnen gelegde fundament.

De commissie-Dekker wilde de werking van de zorgmarkt verbeteren. De concurrentie tussen zorgaanbieders moest groter worden. En de zorgverzekeraars moesten met elkaar in de slag om de gunst van de verzekerden¹³. Kern van de Dekker voorstellen was dat moest worden toegewerkt naar één zorgverzekering voor iedereen, die bijna alle zorg (Simons: 95%) zou omvatten. Het bestaande onderscheid tussen particulier en ziekenfondsverzekerden zou dus verdwijnen. Het tweede kabinet-Lubbers nam de voorstellen in grote lijnen over. Om de nieuwe zorgverzekering tot stand te brengen, werd besloten het verstrekkingspakket van de AWBZ stapsgewijs uit te breiden met voorzieningen die eerder vielen onder de Ziekenfondswet, of onder particuliere en publiekrechtelijke verzekeringen tegen ziektekosten. Het derde kabinet-Lubbers ging op de ingeslagen weg voort. Uiteindelijk zouden de zorguitgaven voor het overgrote deel (82%) worden gefinancierd via de inkomensafhankelijke AWBZ-premie. De opbrengst van de procentuele AWBZ-premie vloeit in een Centrale Kas. Hoe deze middelen - rekening houdend met risicoverschillen tussen verzekerden - vervolgens via normuitkeringen aan verzekeraars moeten worden toegedeeld, is een groot en tot nu toe niet bevredigend opgelost probleem. De resterende 18% van de zorguitgaven zouden volgens het plan-Simons worden gefi-

9. *Financieel overzicht zorg 1994*, blz. 8.

10. Zie voor illustratieve cijfers: Commissie modernisering ouderenzorg, *Ouderenzorg met toekomst*, Rijswijk, 1994, blz. 44.

11. Brief van de staatssecretaris van WVC van 22 april 1993, Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 22 393, nr. 48.

12. Zie voor een beknopt overzicht: Zant, op.cit., blz. 46-48.

13. Voor een uitgebreid overzicht: C.A. de Kam, *Stelselwijziging gezondheidszorg*, in *Jaarboek overheidsuitgaven 1991*, blz. 185-198, en het *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nrs. 1-2.

nancierd via nominale premies en via andere betalingen, die geen verband houden met het inkomen.

In dat nieuwe stelsel dienden verzekeraars iedere gegadigde als klant toe te laten. Verzekerden mochten elke twee jaar van verzekeraar wisselen. Zo konden zij de goedkoopste verzekeraar uitzoeken. Verzekeraars die hun klantenkring wilden uitbreiden door lage nominale premies te vragen, moesten doelmatig werken en via onderhandelingen zo voordelig mogelijke contracten met zorgaanbieders zien af te sluiten. De contracterplicht zou vervallen, dus een ziekenhuis dat in de ogen van verzekeraars te duur is, of onvoldoende kwaliteit biedt, verliest klandizie. Heeft een verzekerde sterke voorkeur voor een bepaalde arts, dan moet hij omgekeerd een verzekeraar zien te vinden die met deze zorgverlener heeft gecontracteerd. Bij een goede werking van de markt leidt dit stelsel uiteindelijk tot optimale dienstverlening van goede kwaliteit, tegen lagere prijzen en tarieven.

Anders dan het kabinet steeds heeft beweerd, zal de hier globaal weergegeven stelselherziening mijns inziens niet tot betere beheersing van de zorguitgaven leiden, omdat de zorgmarkt daarvoor te gebrekkig werkt¹⁴. Het plan-Simons liet aanbieders te veel ongemoeid, overschatte de kostendrukkende effecten van concurrentie tussen zorgverzekeraars en stelde een overdreven vertrouwen in het kritisch vermogen en de besluitvaardigheid van zorgconsumenten. In de eerste helft van de jaren negentig liep de voortgang met het plan-Simons stuk op maatschappelijke weerstand en politieke bezwaren¹⁵.

Na het plan-Simons

Het beoogde financieringsstelsel had een aanvankelijk door niemand voorzien effect. Bij het plan-Simons zou de procentuele AWBZ-premieheffing beperkt blijven tot het inkomen dat valt in de eerste schijf van het inkomstenbelastingtarief (schijflengte: circa f 43.000). Naarmate meer voorzieningen naar de AWBZ overgingen, dreigde de gezamenlijke druk van inkomstenbelasting plus premies volksverzekeringen voor mensen die minder dan vijftigduizend gulden verdienen fors op te lopen. In 1992 bedroeg het tarief van de eerste Oort-schijf 38,55%, waarvan 7,3% AWBZ-premie. Zou de basisverzekering in 1992 volledig zijn ingevoerd, dan was de AWBZ-premie in dat jaar gestegen tot 12,8%, en was het tarief van de eerste schijf uitgekomen op circa 45%¹⁶. Hierdoor zou de internationaal gezien reeds exceptioneel grote wig aan de onderkant van het loongebouw nog wijder worden, met alle nadelige gevolgen voor economie, werkgelegenheid en het functioneren van de arbeidsmarkt vandien.

Op verzoek van staatssecretaris Simons heeft de zogenoemde commissie-Biesheuvel begin 1994 advies uitgebracht over de organisatie van de zorg, met het oogmerk te komen tot grotere doelmatigheid en een doeltreffender kostenbeheersing¹⁷. De commissie wil de rol van de huisarts als 'poortwachter' versterken, door zijn takenpakket te verbreden en de samenwerking tussen huisartsen en specialisten nauwer te maken. Oogmerk is te bereiken dat veel minder doorverwijzingen naar de veel duurder specialist plaatsvinden. Huisartsen zouden moeten worden beloofd volgens een vast bedrag per (particuliere) patiënt, en niet langer per bezoek. Dit abonne-

mentstarief zou gedifferentieerd moeten worden naar drie leeftijdsgroepen, om rekening te houden met de grotere zorgvraag van ouderen.

Als het aan de commissie-Biesheuvel ligt, gaan de thans heel moeilijk beheersbare kosten van specialistische hulp een integraal onderdeel van het ziekenhuisbudget vormen. Medisch specialisten worden niet langer per verrichting gehonoreerd, maar volgens een basishonorarium waarvan de hoogte onder andere varieert met de werkdruk. Hiermee vervalt een groot bezwaar van de huidige honoreringsstructuur, waarbij het specialisteninkomen afhangt van het aantal verrichtingen.

De geleidelijke vergrijzing doet op den duur het gebruik van zorgvoorzieningen sterk toenemen. In mei 1994 rapporteerde de commissie-Welschen over mogelijkheden om iets aan deze en andere knelpunten te doen¹⁸. De kostenstijging kan worden beperkt door ouderen alleen de zorg te geven die zij strikt genomen nodig hebben. Dat betekent onder andere dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, in plaats van te worden opgenomen in een bejaardenoord of verpleeghuis. De commissie-Welschen beval verder aan bejaardenoorden net zoals verpleeghuizen voortaan uit de AWBZ te financieren. Eigen bijdragen moeten dan worden geharmoniseerd, zodat een prikkel verdwijnt om de duurste van beide voorzieningen te kiezen.

Regeerakkoord 1994

Het nieuwe kabinet maakt in feite korte metten met het plan-Simons. Het onderscheid tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden blijft de komende kabinetsperiode in stand. Particulier verzekerden worden evenwel verplicht zich te verzekeren voor een pakket 'noodzakelijke en gepaste zorg', dat gelijk is aan het ziekenfondspakket. Het bestaande ziekenfondspakket wordt enigszins uitgedund¹⁹. Een en ander zal worden geregeld in een Wet op de convergentie. Ook de premieheffing voor particuliere en ziekenfondsverzekering moet geleidelijk naar elkaar toegroeien. Hoe, dat blijft in het vage. Thans betalen particulier verzekerden een nominale, inkomensafhankelijke premie. Ziekenfondsverzekerden betalen hoofdzakelijk een inkomensafhankelijke, procentuele premie. Premieconvergentie heeft nadelige gevolgen voor de koopkracht van lager betaalden in het ziekenfonds. Dit onderdeel van het paarse akkoord zal dus vermoedelijk op de lange baan worden geschoven. Wel gaat voor alle verzekerden een verplicht eigen risico van f 200 per polis of hoofdzakelijke gelden. Dit is veel te laag om het zorgverbruik werkelijk af te remmen. De zorgconsumptie van particulier verzekerden zal veeleer toenemen, doordat iedereen straks verplicht verzekerd

14. Zie voor een kritische bespreking: C.A. de Kam, *Zorg*, in *Jaarboek overheidsuitgaven 1994*, Schoonhoven, 1993, blz. 72-73 en eerder: C.A. de Kam, *Op weg naar een open einde*, ESB, 11 juli 1990, blz. 640-644.

15. Zie voor een fraaie analyse van wat er mis ging, het in noot 13 benoemde *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*.

16. C.A. de Kam, *De belastingen in 2017*, *Weekblad voor Fiscaal Recht*, 12 november 1992, blz. 1586-1598.

17. Commissie modernisering curatieve zorg, *Gedeelde zorg: betere zorg*, Zoetermeer, 1994.

18. Commissie modernisering ouderenzorg, *Ouderenzorg met toekomst*, Rijswijk, 1994.

19. Het regeerakkoord maakt in dit verband gewag van pakketversobering voor delen van de tandheelkundige zorg voor volwassenen en van het opschonen van het geneesmiddelenpakket.

is voor het gehele, nauwelijks uitgedunde ziekenfondspakket.

Geneesmiddelen en kortdurende thuiszorg worden de komende tijd weer uit de AWBZ gehaald en overgeheveld naar de straks voor iedereen verplichte ziektekosten-verzekering. Bejaarden worden daarentegen in de AWBZ opgenomen, conform de aanbeveling van de commissie-Wel-schen. Per saldo verschuift door deze operatie 4,5 miljard gulden aan voorzieningen van de AWBZ naar de verplichte ziektekostenverzekering. De problemen met het tarief van de eerste schijf worden hierdoor geringer.

Het nieuwe kabinet wil voorts de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel op hoofdlijnen tot inzet van beleid maken. Nieuwe geneesmiddelen en behandelingen zullen op doeltreffendheid worden beoordeeld. Het anti-kartelbeleid met betrekking tot zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt aangescherpt.

Het financiële meerjarenbeeld voorziet in een volumegroei van de zorg van 1,3% per jaar. De afgelopen kabinetsperiode gold dezelfde norm, maar is - ondanks alle beleidsinspanningen - een groei van omstreeks 2% per jaar gerealiseerd. Het regeerakkoord sluit (daarom?) niet uit dat een hogere volumegen uitgangspunt in de komende jaren wellicht onvermijdelijk zal blijken te zijn. Hiervoor is echter geen budgettaire ruimte gereserveerd. Integendeel, er zijn bezuinigingen op de zorguitgaven ingeboekt, die cumulatief oplopen tot 1,2 miljard gulden (in 1998). Daarmee tekenen zich omvangrijke tegenvalers af, die een rechtstreekse bedreiging vormen voor de financiële soliditeit van het regeerakkoord.

Evaluatie

Een internationale vergelijking leert dat de laagste zorgconsumptie wordt gevonden in landen met een strak gereguleerd en effectief gebudgetteerd aanbod. Landen die de zorg in belangrijke mate aan de markt overlaten, zoals de Verenigde Staten, kennen daarentegen een in verhouding hoog consumptiepeil (hoewel anderzijds belangrijke groepen geen toegang tot de zorg hebben). De conclusie moet luiden dat voor succesvolle kostenbeheersing in de zorgsector strakke overheidsregulering van het aanbod niet kan worden gemist. Het regeerakkoord lijkt op dit punt te zwak geformuleerd.

Spil van ieder alternatief dient een basisverzekering voor alle ingezetenen te zijn (zeg: op basis van een brede AWBZ), die de kosten van onmisbare zorgvoorzieningen dekt. Het regeerakkoord gaat de andere kant op, en voert naast de per saldo afgeslankte AWBZ een verplichte aanvullende verzekering in. Dit is een stap terug; consequentie is onder andere dat het volstrekt achterhaalde verschil tussen particulier en in het ziekenfonds verzekerden in stand blijft, wat de keuzevrijheid van verzekeringsnemers beperkt, terwijl beide groepen een eigen premiestructuur houden. De aangekondigde Wet op de convergentie zal hierin geen wezenlijke verandering brengen.

De lasten van de door mij bepleite basisverzekering behoren naar draagkracht over de bevolking te worden omgeslagen. Dit kan door de AWBZ geheel uit rijksbijdragen te financieren. Bijkomend voordeel van 'fiscalisering' van de AWBZ is dat de kosten van de zorg niet langer uitsluitend op het inko-

men, maar deels ook op de bestedingen en het vermogensbezit zouden drukken, waardoor de 'wig' op het (loon)inkomen smaller wordt.

Wat niet onder de basisverzekering valt, moeten individuen zelf aanvullend kunnen bijverzekeren (op vrijwillige basis). Daartoe moet de overheid zorgverzekeraars verplichten elke gegadigde voor een sober standaardpakket tegen een vaste premie (of een premie binnen een bepaalde bandbreedte) in de aanvullende verzekering te accepteren. Voor voorzieningen en verstrekkingen uit dit aanvullende pakket zou een eigen bijdrage kunnen gelden van tien tot twintig procent van de rekening. De stevige eigen bijdragen zijn bedoeld als remgeld. Zij bewegen verzekerden tot een zuiniger gebruik. Om de toegang tot de zorg voor eenieder open te houden, kan worden bepaald dat niemand meer dan zeg vijf procent van zijn jaarinkomen aan zulke eigen bijdragen behoeft te voldoen. Het meerdere wordt krachtens de Algemene bijstandswet vergoed. Behandelingen die berusten op eigen keuzen en die nodig zijn door welbewust aanvaarde risico's (geboorteregeling, plastische chirurgie, sportblessures), moet men mijns inziens zelf zien te verzekeren via de markt. Hier heeft de overheid geen taak.

Ongeacht waar bij dit alternatief precies de grens tussen (verplichte) basis- en (vrijwillige) aanvullende verzekering wordt getrokken, blijft het nodig dat de overheid de zorguitgaven actief onder de duim houdt door zorgproducenten strak aan banden te leggen. Er bestaan sterke aanwijzingen dat de doelmatigheid van de zorgproductie nog aanzienlijk kan worden opgevoerd. Prijsmaatregelen hoeven niet te worden geschuwd. Medicijnen zijn in Nederland gemiddeld dertig procent duurder dan in de EU. België kent door de overheid vastgestelde maximumprijzen; hierdoor zijn medicijnen er gemiddeld tien procent goedkoper dan in de EU²⁰. Nederland kan vergelijkbare maatregelen nemen, maar het regeerakkoord gaat zo'n directe aanpak uit de weg.

Een en ander laat onverlet dat de zorguitgaven trendmatig zullen blijven stijgen, met name als gevolg van de ziekte van Baumol en de (dubbele) vergrijzing van de bevolking²¹. Hierdoor valt, verwacht ik, op den duur niet te ontkomen aan rantsoenering van voorzieningen en - al in de nabije toekomst - aan kritische toetsing van het bestaande zorgaanbod. Het zijn de hiermee verband houdende 'keuzen in de zorg', die het politieke en maatschappelijke debat over de zorg(verzekering) in de tweede helft van de jaren negentig zullen domineren.

Flip de Kam

20. Mededeling van Ministerie van WVC.

21. Dit begrip doelt op de relatieve toename van het aantal bejaarden (64-plussers) en binnen die groep de groei van het aantal hoogbejaarden (79-plussers).