

Op weg naar een open einde

Al sinds het midden van de jaren zeventig probeert de overheid meer greep te krijgen op de kostenstijging van de gezondheidszorg. Hoewel deze kosten, uitgedrukt in procenten van het nationale inkomen sinds het midden van de jaren tachtig niet verder oplopen, is het gevoerde beleid onvoldoende succesvol geweest, indien het wordt getoetst aan de oorspronkelijk geformuleerde doelstellingen. Na een beknopte samenvatting van de recente kabinetsvoorstellen ter herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden vraagtekens geplaatst bij de gekozen aanpak. De gezondheidszorg dreigt een gigantische open-einderegeling te worden.

PROF. DR. C.A. DE KAM*

Nederland geeft in verhouding veel geld uit voor de gezondheidszorg. In de tweede helft van de jaren tachtig ongeveer 9,5% van het nationale inkomen (ni). Medische voorzieningen worden verbruikt om een situatie te bereiken waaraan consumenten bijzonder veel waarde hechten (tabel 1). Afnemers zijn echter nauwelijks in staat goed te beoordelen welke voorzieningen zij werkelijk nodig hebben. Over de kwaliteit van het aanbod tasten zij bovendien grotendeels in het duister. De aanbieders hebben dus een ijzersterke marktpositie, die bijna onaantastbaar is, doordat geschillen over het geleverde produkt doorgaans worden beoordeeld door beroepsgenoten. Onder deze omstandigheden is corrigerend overheidsingrijpen nodig, om een goede marktwerking te bevorderen. Voor overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg bestaan nog andere argumenten. Zo dreigen bij een volledig marktgewijze voorziening aanzienlijke groepen uit de boot te vallen, door risicoselectie en onbetaalbare verzekeringspremies. Het is daarom geen wonder, dat de overheid zich in Nederland intensief met het aanbod en de financiering van de gezondheidszorg bemoeit.

Inmiddels is in brede kring het besef doorgedrongen dat tekortkomingen van het marktmechanisme niet automatisch worden verholpen, wanneer de overheid zich met de zaak gaat bemoeien. Wij zien dit ook bij de gezondheidszorg: het reilen en zeilen van het systeem staat, ondanks de intensieve overheidsbemoeyenis, al jarenlang bloot aan fundamentele kritiek.

Tabel 1. Het belangrijkste in het leven, 1966-1987, in procenten

	1966	1975	1980	1985	1987
Gezondheid	35	44	43	58	57
Goed huwelijk	35	27	18	15	17
Leuk gezin	8	13	14	12	13
Overig	22	16	25	15	13
Totaal	100	100	100	100	100
Aantal ondervraagden	(1744)	(1744)	(1853)	(1961)	(1857)

Bron: SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1988*, blz. 351.

Beleid 1975-1990

Tot het midden van de jaren zeventig speelde geld in de gezondheidszorg nauwelijks een rol¹. De afgelopen vijftien jaar was het overheidsbeleid daarentegen gericht op kostenbeheersing in deze sector. Waarom maakt de overheid eigenlijk inbreuk op de keuzevrijheid van soevereine consumenten? Wanneer consumenten een stijgend deel van hun budget voor medische voorzieningen willen bestemmen, is daar op zichzelf toch weinig tegen? Gewoonlijk wordt de overheidsbemoeyenis met de gezondheidsmarkt verdedigd met twee argumenten.

Ten eerste kan direct of indirect overheidsingrijpen (regulering) geboden zijn om de werking van deze markt te verbeteren en het recht van iedere Nederlandse burger op gezondheidszorg te waarborgen. De hoofdzakelijk collectieve financiering van de gezondheidszorg vormt een tweede argument voor overheidsinterventie. Ruim driekwart van de kosten van de gezondheidszorg wordt opgebracht door collectieve heffingen. Met name premies voor de verplichte verzekering krachtens de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vormen een substantiële component van het bruto-netto-traject en zij stuwen, naar de mate dat afwenteling van deze premies wordt verondersteld, de arbeidskosten op. Succesvolle kostenbeheersing leidt tot een minder uitbundig verloop van de bedoelde premies, wat kan bijdragen aan een gematigd verloop van de arbeidskosten. Dat is uiteraard goed voor onze open economie.

In de jaren vijftig en zestig beschikte de overheid nauwelijks over instrumenten om de ontwikkelingen in de sector gezondheidszorg te beheersen en te sturen. In 1974 verscheen de *Structuurnota Gezondheidszorg*. Deze was doordrenkt van de opvatting dat alomvattende ordening en diepgrijpende regelgeving door de overheid de aangewezen weg waren om een halt toe te roepen aan ondoelmatig

* Vakgroep Algemene Economie, Rijksuniversiteit Groningen. De auteur bedankt dr. C.G.M. Sterks voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

1. A.P.W.P. van Montfort, *Open-einderegelingen in de gezondheidszorg, Openbare uitgaven*, jg. 1990, blz. 68.

voorzieningsgebruik en dreigende kostenstijgingen. Het thans bestaande stelsel is nog altijd in sterke mate gebaseerd op de blauwdrukken uit de Structuurnota. Het was de bedoeling het aanbod van voorzieningen sterk te reguleren via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). De destijds reeds bestaande Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zou in de WVG opgaan. De vraag zou worden gekanaliseerd via een klassieke volksverzekering: financiering door een inkomensafhankelijke premie, met een maximum. Prijzen zouden centraal, langs administratieve weg worden bepaald op basis van een Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

De daarop volgende gebeurtenissen illustreren hoe moeilijk het ook in deze sector is om structurele veranderingen te bereiken. In 1975 werd de beoogde volksverzekering van de politieke agenda afgevoerd. Hierdoor kwamen kwetsbare groepen, zoals bejaarden met een laag inkomen, in het nauw. Daarom zijn de vrijwillige en de bejaardenziekenfondsverzekering in 1986 opgeheven. Het grootste deel van de betrokken verzekerden ging over naar de verplichte ziekenfondsverzekering, een beperkt deel van hen was aangevoerd op de particuliere verzekeraars. De particuliere markt toonde zich weinig happig om deze hoofdzakelijk slechte risico's op te nemen. Daarom bleek aanvullende wetgeving nodig. Zowel standaardpakket, premiestelling als acceptatieplicht van een groot aantal particulier verzekerden zijn daarom op het ogenblik geregeld door de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ).

De planning van het aanbod is evenmin echt gelukt. In 1981 kwam de WVG tot stand, maar deze wet is slechts op een enkel onderdeel in werking getreden. Alleen de bouwstop voor ziekenhuizen krachtens de WZV bleek tamelijk effectief. Plannen voor beddenreducties en andere bezuinigingsmaatregelen zijn onvoldoende gerealiseerd, mede door gebrek aan medewerking van lokale overheden en doordat de aanbieders rechtszaken aanspanden, waarbij de centrale overheid in de regel het onderspit dolf. Voor zover het aantal bedden is teruggebracht, gebeurde dat doorgaans in het kader van vervangende nieuwbouw. Daarbij werden goedkope 'oude' bedden vervangen door een geringer aantal dure 'nieuwe' bedden. Zo werd het streven naar kostenbeheersing uitgehouden.

Eveneens in 1981 trad de WTG in werking. Om de kosten van de ziekenhuizen te beheersen is in 1983 op basis van de WTG een budgetteringssysteem ingevoerd. Dit is steeds verder verfijnd en gedetailleerd. Voor de vrije beroepen "is de regeldichtheid van de WTG-richtlijnen wellicht nog groter"². Omdat de voorgenomen wetgeving slechts ten dele tot stand kwam, vielen er gaten in de blauwdruk uit 1974. Dit maakte nadere reparatiewetgeving nodig. Aanvullende regelgeving bleek eveneens onvermijdelijk om, ondanks verzet, in de jaren tachtig bepaalde ombuigingen te kunnen realiseren. "Gaandeweg schreef de overheid alles voor"³.

Na vijftien jaar heeft de toegepaste aanbodplanning geleid tot starheden en een grote uitvoerende bureaucratie. Door de verschillende financieringsstromen (ziekenfonds, particuliere verzekeringen, publiekrechtelijke rege-

lingen en rijksbijdragen ten laste van de begroting) zijn voorzieningen onvoldoende op elkaar afgestemd. In de particuliere markt (het betreft circa 35% van de bevolking) is sprake van sterke risicoselectie en premiedifferentiatie, waardoor sommige groepen hoge premies moeten voldoen. Veel consumenten hebben door een juridische oorzaak (ziekenfonds) of hun persoonlijke omstandigheden (particulier verzekerden ouder dan veertig jaar) geen vrijheid in de keuze van hun ziektekostenverzekeraar. Met dit krakkemikkige stelsel gaan wij de jaren negentig in.

Uitgavenverloop 1984-1990

Ondanks alle kritiek lijkt het gevoerde beleid op één punt succesvol te zijn geweest: het zorgaandeel in het nationale inkomen daalde in de loop van de jaren tachtig van 9,8% ni in 1980 tot 9,4% ni dit jaar (raming). Dit uitgavenverloop is het eindresultaat van tegengestelde bewegingen. De uitgaven stonden onder een voortdurende opwaartse druk, onder meer door medisch-technische ontwikkelingen, een weinig doeltreffend prijsbeleid voor medicijnen en een ineffectief inkomensbeleid voor vrije-beroepsbeoefenaren. Anderzijds zijn de salarissen in de gezondheidszorg gedurende het grootste deel van de jaren tachtig bevroren, net zoals in de rest van de gepremieerde en gesubsidieerde sector en bij de overheid. De rem op de bouw van nieuwe ziekenhuizen was betrekkelijk doeltreffend.

De beheersing van salarislasten en diverse capaciteitsbeperkingen grepen aan bij de aanbodkant. De stijging van prijzen en tarieven is afgeremd onder het regime van de WTG. De vraagzijde is niet geheel veronachtzaamd. Een experiment met bescheiden eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden is echter inmiddels beëindigd, als uitvloeisel van het tussen CDA en PvdA gesloten regeerakkoord. Daarmee is de enige financiële rem op de vraag van ziekenfondsverzekerden weggenomen.

Bij nadere analyse valt op het succes van het gevoerde beleid het nodige af te dingen. Weliswaar is het zorgaandeel in het nationale inkomen licht gedaald, maar de oorspronkelijk voorgenomen uitgavenbeperkingen zijn slechts ten dele gerealiseerd. Dit valt af te leiden uit de sinds 1977 jaarlijks gepubliceerde *Financiële Overzichten van de Gezondheidszorg*. Sinds 1984 bestrijken deze overzichten ook het terrein van de maatschappelijke dienstverlening. Van Puijtenbroek en Van Tulder hebben kostenramingen en -realisaties uit de financiële overzichten van 1984, 1986, 1988 en 1990 naast elkaar gezet⁴. De meerjarenramingen blijken voortdurend naar boven te zijn bijgesteld. De aldus bijgestelde ramingen zijn bovendien bij voortdurende overschreden (tabel 2). De (in 1983) door het eerste kabinet-Lubbers voor 1986 geformuleerde financiële ruimte blijkt uiteindelijk met 9% te zijn bijgesteld en overschreden. De nu voor 1990 voorziene uitkomsten liggen al weer 5% hoger dan in 1986 bij het aantreden van het tweede kabinet-Lubbers werd voorzien.

In het *Financieel Overzicht Zorg 1990* wordt echter geconstateerd "dat de realisatie zeer nauw aansluit bij hetgeen taakstellend is geraamd"⁵. Deze uitspraak laat zich rijmen met de hierboven gesignaleerde overschrijdingen

Tabel 2. Meerjarenramingen en realisatiecijfers uitgaven gezondheidszorg, 1984-1990 (mrd. gulden)

	1984	1986	1988	1990
FOG'84	31,4	31,5	.	.
FOGM'86	32,5	33,5	.	.
FOGM'88	32,5	34,3	35,4	36,3
FOZ'90	32,3	34,4	36,3	38,3

Bron: Van Puijtenbroek en Van Tulder, *Openbare uitgaven*, jg. 1990.

2. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) versleutelt de gelden voor bij voorbeeld huisartsen via richtlijnen die onder meer rekening houden met een vergoeding van telefoontikken. Zie: Tweede Kamer, *Werken aan zorgvernieuwing*, vergaderjaar 1989-1990, 21 545, nr. 1, blz. 52.

3. *Werken aan zorgvernieuwing*, blz. 51.

4. R.A.G. van Puijtenbroek, F.P. van Tulder, Kostenramingen e(e)n zorg, *Openbare uitgaven*, jg. 1990 (te verschijnen).

5. Tweede Kamer, *Financieel Overzicht Zorg 1990*, vergaderjaar 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, blz. 13.

gen, doordat in het FOZ de realisatiecijfers nooit worden vergeleken met de oorspronkelijke (meerjaren)ramingen maar met achteraf geconstrueerde ramingen, waarin allerlei inmiddels gebleken tegenvallers als 'ongewijzigd beleid' zijn meegenomen.

Dat deze sector minder dan evenredig door het snoei-mes is getroffen, blijkt ook uit enkele onlangs door Zalm gepresenteerde cijfers⁶. In de periode 1983-1989 groeide het uitgavenvolume voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening met 2,1% per jaar, tegen de totale collectieve uitgaven 2% per jaar (inclusief de spectaculair gestegen rente op de staatsschuld).

De komende jaren zullen de overschrijdingen toenemen. Het verzet vanuit de ziekenhuiswereld tegen de budgettering wordt steeds sterker. Door rechtszaken wordt ruimte voor extra verrichtingen afgedwongen en wordt het inkomens- c.q. tarievenbeleid voor de medische specialisten uitgehold. De maatschappelijke pressie om de capaciteit uit te breiden neemt toe (wachlijsten). De looneisen in de g- en g-sector lopen op. De overheid lijkt steeds minder in staat om deze lawine van uitgavenoprijvende claims te stoppen. Nog meer regels, nog meer sturing? Of is het tijd voor glasnost in Rijswijk?

De zogenoemde Commissie Dekker droeg in 1987 een alternatieve optie aan. "De mening heeft postgevat dat een regelende, plannende en bevoogdende overheid op alle niveaus terug zou moeten treden ten gunste van een beheersmodel waarbij (...) de gezondheidszorg zelf de zaken regelt."⁷ Naarmate het mogelijk blijkt aanbieders, vragers en verzekeraars hun eigen zaakjes te laten bedis-selen (het marktmechanisme een grotere rol te geven), kan de overheidsbemoeienis, die gepaard gaat met een logge bureaucratie en verstikkende regelgeving, worden terug-geschroefd en is een forse besparing mogelijk op de om-vang van het ambtelijke apparaat. Het stelsel zou daarmee tevens een stuk flexibeler worden. De verzekeraars moe-ten op de stoel van Haagse regelneven plaatsnemen en in directe onderhandelingen met de aanbieders van gezondheidszorg kostenbesparingen zien te realiseren: eerherstel voor de markt. Doordat een belangrijk deel van de uitgaven zou worden gedekt door inkomensafhankelijke premiehef-fing (met een maximum) zou de solidariteit geen groot geweld worden aangedaan. Het resterende deel van de uitgaven zou door nominale premies (vaste bedragen per verzekerde) worden gedekt.

Sinds 1987 is het politieke debat over de Dekker-voor-stellen niet meer geluwd. Als eerste stap op weg naar de invoering van het nieuwe stelsel is per 1 januari 1989 een aantal verstrekkingen uit de gewone ziektekostenverzeke-ringen overgeheveld naar de AWBZ, die moet uitgroeien tot de nieuwe basisverzekering. Tevens zijn nominale Zfw-premies ingevoerd⁸. Na de wisseling van de politieke wacht vorig jaar hebben de nieuwe bewindslieden op WVC hun gedachten neergelegd in de nota *Werken aan zorgvernieu-wing* (nota-Simons), die half mei 1990 aan het parlement is aangeboden.

Voorstellen voor stelselherziening, 1990

Wanneer het aan het derde kabinet-Lubbers ligt, komt er een voor iedereen verplichte basis-zorgverzekering, met een (onverplichte) aanvullende verzekering. Dit is conform de oorspronkelijke voorstellen van de Commissie Dekker, zij het dat over het geheel thans een lichtroze sausje is gegoten. De inhoud van het basispakket en het aanvullende pakket is overigens nog niet precies bekend. Afgaande op berichten in de pers zou de basisverzekering 90-95% van de bestaande zorg omvatten. Bij de financiering van de zorg wordt voor de eindsituatie uitgegaan van een

verhouding tussen procentuele en nominale premies van 85-15. De procentuele, dus inkomensafhankelijke premie zal door de fiscus worden geïnd, volgens de systematiek van de bestaande AWBZ-premie (die sinds 1990 een on-derdeel van het Oort-tarief vormt)⁹. De premie-opbrengst wordt via een Centrale Kas doorgesluisd naar de toegela-ten verzekeraars. Dat zijn de ziekenfondsen, de particulie-re ziektekostenverzekeraars en de instellingen die nu de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen uitvoeren. De resterende 15% van de zorg wordt gefinancierd uit eigen bijdragen en nominale premies, die de verzekeraars direct aan de verzekerden in rekening brengen. Het gaat hierbij om een gemiddelde voor alle verzekerden samen.

De verzekeraar stelt zelf de hoogte van zijn premies vast. De consument wordt vrij om zijn verzekeraar te kie-zen. Om 'polis-shopping' te voorkomen, mogen verzeker-den niet voortdurend naar een andere verzekeraar over-stappen. Zij zitten voor ten minste twee jaar aan een eenmaal gedane keuze vast. De verplichte aanmelding bij het ziekenfonds (met voorgeschreven werkgebied) vervalt dus. Voor alle verzekeraars geldt een wettelijke accepta-tieplicht. Verder mag de premie niet individueel worden gedifferentieerd: aan elke gegadigde moet voor hetzelfde pakket dezelfde premie in rekening worden gebracht¹⁰. De verzekerde kan een eigen risico nemen voor de gehele nominale premie of een deel daarvan. Verzekeraars zullen naar de gunst van de consumenten dingen door te concu-reren met kwaliteit, prijs en verzekerd pakket.

De verzekerden krijgen vertegenwoordigers in het be-stuur van iedere toegelaten zorgverzekeraar. Het kabinet toont zich in dit verband voorstander van de rechtsvorm van de onderlinge waarborgmaatschappij. De achtergrond hiervan is dat op grond van door Nederland geratificeerde internationale verdragen de sociale verzekering dient te worden uitgevoerd door instellingen die geen winst beogen en waarbij verzekerden in het bestuur zijn vertegenwoor-digd.

Verzekeraars zullen met de aanbieders onderhandelen over omvang, kwaliteit en prijs van de dienstverlening. De aanbodwetgeving (WZV, WVG) wordt 'drastisch vereen-voudigd' en stapsgewijs gedereguleerd. Om te voorkomen dat een wildgroei van voorzieningen opbloeit, worden de verzekeraars aan budgetten gebonden, via de uitkeringen uit de Centrale Kas.

Er komt een Raad voor de Zorgverzekering die toezicht houdt op de uitvoering van het stelsel en die de Centrale Kas beheert. De rol van de Verzekeringskamer (bedrijfs-economisch toezicht op de zorgverzekeraars) moet nog nader worden uitgewerkt.

De invoering van het nieuwe stelsel is met veel optimis-me gepland per 1 januari 1995. Dan zou de Wet op de Zorgverzekering in werking treden, terwijl de Zfw, de AWBZ en een groot aantal andere regelingen worden ingetrokken. Om de zorgverzekering tot stand te brengen, wordt het verstrekkingenpakket van de AWBZ de komende jaren uitgebreid met voorzieningen die nu vallen onder de Zfw,

6. G. Zalm, *Mythen, paradoxen en taboes in de economische politiek*, rede, uitgesproken op 23 mei 1990, blz. 7.

7. Rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, 1987, blz. 7.

8. De nominale premie bedraagt f 186 per jaar per volwassene en f 93 per meeverzekerd kind voor ten hoogste twee kinderen.

9. Deze premie wordt alleen geheven over de eerste schijf van het Oort-tarief, die ruim f 42.000 lang is. Tot vorig jaar lag de premie-grens van de volksverzekeringen op f 65.900. De drukverdeling van de AWBZ-premie is betrekkelijk degressief. Ten opzichte van de nominale premies die particulier verzekerden thans betalen, wordt de financiering van het stelsel desondanks wat 'progressiever'.

10. Alleen bij collectieve contracten mag de verzekeraar een kwantumkorting geven.

de particuliere en de publiekrechtelijke regelingen. Geleidelijk aan wordt het pakket bovendien omschreven in termen van 'zorgclusters' in plaats van verstrekkingen. Zo'n zorgcluster is een klomp van samenhangende voorzieningen, waartussen een zekere mate van substitutie mogelijk is. De aanspraken van de verzekerden liggen straks vast in de wet, maar verzekeraars krijgen zoveel mogelijk ruimte om de zorgclusters in te vullen met een eigen voorzieningepakket (door de concrete polisvoorwaarden).

De nota van het kabinet biedt een uiterst summier beeld van de budgettaire gevolgen van de stelselherziening. Het financieringstekort zou structureel met ongeveer een half miljard gulden verbeteren (in de eindsituatie). De sociale fondsen boeken een meevaller van f 200 mln. De werkgeverslasten voor bedrijven nemen met ongeveer een half miljard gulden toe. De inkomensgevolgen zijn tamelijk fors (zie het artikel van Bolhuis en Van Tol in deze aflevering van *ESB*, tabel 3 en 6). Alleenstaanden en eenverdieners met twee kinderen met een inkomen op minimum- en modaal niveau (= f 42.000 bruto per jaar) verliezen ongeveer 1% koopkracht. Het kabinet zegt dat daarvoor compensatie zal worden gezocht. Uit een recente microsimulatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat 13% van alle huishoudens (SCP-definitie) er door de stelselherziening 2% of meer op achteruit gaat. Eveneens 13% van alle huishoudens gaat er door de operatie 2% of meer op vooruit¹¹.

Beoordeling

Welhaast met zekerheid laat zich voorspellen dat de beoogde invoeringsdatum (1 januari 1995) niet zal worden gehaald. Reeds meer dan drie jaar wordt er gestudeerd op de aanbevelingen van Dekker en de zijnen en voor bepaalde problemen is nog steeds geen bevredigende oplossing gevonden.

Ten eerste bestaat er nog altijd geen duidelijkheid over het bereik van de basisverzekering. Met name is onduidelijk welke risico's in de aanvullende verzekering worden ondergebracht (tandarts, fysiotherapie?). De aanspraken van verzekerden zijn straks omschreven in termen van zorgclusters en niet langer in termen van concrete voorzieningen. De vertaling van deze aanspraken in wetteksten zal nog veel voeten in de aarde hebben. Het vorige kabinet voorzag dat de rechter zal worden ingeschakeld om een verdere 'aanscherping' van deze omschrijvingen te krijgen¹². Al met al een fraai staaltje van conflict-oproepende wetgeving dat strijdig is met het kabinetsvoornemen zulke regelgeving voortaan achterwege te laten, om de overbelasting van het rechtsprekende apparaat tegen te gaan.

Ten tweede worstelen beleidsmakers met de vormgeving van de cruciale verdeelsleutel voor de uitkeringen uit de Centrale Kas aan de erkende verzekeraars. Deze uitkeringen zullen niet langer zijn gebaseerd op de feitelijke kosten (declaratiesysteem) maar op den duur zijn afgestemd op bepaalde kenmerken van verzekerden. Daarbij wordt gemikt op een 'grofmazig' verdeelsysteem. Vermoedelijk kan er echter niet mee worden volstaan om daarbij alleen maatstaven zoals geslacht, leeftijd en regio te hanteren¹³. Van Vliet concludeert dat de ziekenfondsen 12% tekort zullen komen, wanneer de normuitkeringen uitsluitend worden gebaseerd op de kenmerken leeftijd en geslacht. De particuliere verzekeraars en de publieke regelingen zullen ongeveer 18% overhouden¹⁴. Het kabinet wil de gelden uit de Centrale Kas aanvankelijk nog versleutelen op basis van historische kosten. Kennelijk heeft men op WVC nog geen leergeld betaald door negatieve ervaringen met de budgettering van ziekenhuizen op basis van historische uitgaven (vanaf 1983).

Ten derde zal het een gigantische operatie blijken om, gaandeweg de stelherziening, de regelgeving en bestaande institutionele arrangementen op een gecoördineerde manier aan te passen. Zo kunnen tijdens de overgangperiode problemen ontstaan, indien zowel aanbieders als verzekeraars zijn gebudetteerd.

Ten vierde moeten de ziekenfondsen reserves opbouwen om de risico's te kunnen dragen die eigen zijn aan hun nieuwe rol van ziektekostenverzekeraar. De particuliere verzekeraars hebben hier een voorsprong. De voor reservevorming door de ziekenfondsen benodigde middelen (ten minste f 2,5 mrd) kunnen nooit binnen enkele jaren door extra premieheffing bijeen worden gebracht, omdat anders alle koopkrachtplaatjes voor ziekenfondsverzekerden in het min-honderd zouden lopen. Dit geldt te meer indien de Verzekeringskamer tot de conclusie zou komen dat voor reservevorming nog een aanzienlijk hoger bedrag dan de genoemde f 2,5 mrd dient te worden afgezonderd. Mogelijk om dit risico te beperken, is de rol van de Verzekeringskamer in de nota-Simons opvallend in het vage gelaten.

Ten slotte ligt het in de lijn van de verwachting dat risicoselectie in het nieuwe verzekeringsstelsel een (nog) groter probleem zal gaan vormen dan het momenteel al is¹⁵.

Rem op de uitgaven?

De gevolgen van de stelselherziening voor de uitgavenontwikkeling van de zorgsector vormen zonder twijfel de belangrijkste toetssteen voor het plan-Simons. Mijn stelling luidt dat dit plan, in tegenstelling tot wat ermee wordt beoogd, de zorguitgaven extra zal opstuwten. Hierna probeer ik mijn gelijk aannemelijk te maken.

Het vorige kabinet onderkende reeds dat in het nieuwe stelsel niet eenvoudig een bovengrens kan worden gesteld aan het zorgaanbod¹⁶. De aanbieders staan al jaren te trappelen om extra voorzieningen tot stand te brengen, de consumenten popelen om daarvan gebruik te maken. De aanbieders krijgen meer speelruimte om hun aanbod uit te breiden, met name door de aangekondigde versoepeling van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Aanbod schept vraag. Het volume zet uit. Het uitgavenopdrijvende effect van deze volume-expansie kan worden beperkt, wanneer concurrentie tussen de aanbieders de prijzen onder druk zou zetten. Het beleid mikt hierop. Door (geleidelijke) deregulering van de tariefwetgeving kunnen verzekeraars (plaatselijk of regionaal) onderhandelen met de aanbieders over prijs, volume en kwaliteit. Zij zijn niet langer verplicht met alle aanbieders een overeenkomst te sluiten: de 'contractverplicht' vervalt. De landelijk uniforme tarieven op basis van COTG-richtlijnen worden afgeschaft.

Gezien de structuur van het aanbod, verwacht ik, anders dan de Commissie Dekker en Haagse beleidsmakers, echter weinig kostenbesparingen door onderlinge concurrentie van de aanbieders. In de praktijk zullen geen onderhandelingen op plaatselijk niveau worden gevoerd, gelet

11. SCP, *Sociale en Culturele Verkenningen 1990/91*, Rijswijk, 1990, blz. 51.

12. Tweede Kamer, *Nota verandering verzekerd*, vergaderjaar 1987-1988, 19 945, nrs.27-28, blz. 25.

13. Zie: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, *Naar een verdeelsleutel voor de Centrale Kas*, Den Haag, 1989, blz. 113.

14. R.C.J.A. van Vliet, Normuitkeringen in de gezondheidszorg, *Openbare uitgaven*, jg. 1990, blz. 83.

15. Van Vliet, op.cit., blz. 84.

16. *Nota verandering verzekerd*, blz. 25.

op de hoge transactiekosten voor alle betrokkenen. Aanbieders kunnen bovendien lokale of regionale kartels vormen. Doordat vrije vestiging van huisartsen en sommige andere hulpverleners niet is toegestaan, kunnen verzekeraars niet om de zittende aanbieders heen. Overigens is het de bedoeling dat deze belemmeringen voor vrije vestiging over enkele jaren verdwijnen. Anderzijds is bij de verzekeraars sprake van schaalvergroting en een sterke concentratietendens; zo kromp het aantal ziekenfondsen de afgelopen jaren van 43 tot 26.

Verzekeraars zijn er vermoedelijk niet erg op gebrand om elkaar te beconcurreren door een prijzenslag. Het maken van winst is immers niet toegestaan. Stel echter, dat verzekeraars concurreren om hun marktaandeel te laten groeien, of omdat het betrekkelijk frequente contact met de verzekerden het mogelijk maakt ook andere produkten uit hun assortiment (hypotheeken, levensverzekeringen) te slijten¹⁷. Zullen verzekeraars in dit geval streven naar uitbreiding van hun marktaandeel door ruime pakketten of door scherpe premies? De grote meerderheid van de consumenten lijkt vooral in ruime pakketten belang te stellen. Het streven naar zo laag mogelijke prijzen en tarieven zal dus niet voorop staan. Omdat de aanspraken op den duur in zorgclusters zijn omschreven, zouden verzekeraars kunnen proberen een ruim zorgpakket tegen een relatief lage premie aan te bieden, waarbij goedkopere vormen van dienstverlening (huisarts) in de plaats komen van duurdere vormen (specialist). Zulke substituties kunnen tot besparingen leiden, en dat is precies waarop beleidsmakers rekenen. Ook nu hebben de mondigere consumenten echter het laatste woord. In grote meerderheid stellen zij een versoberde zorg helemaal niet op prijs¹⁸.

De vragers op de zorgmarkt kunnen straks een pakket kiezen waarvan inhoud en daarop afgestemde premiestelling (inclusief eigen risico's) het meest aanspreken. Deze toegenomen soevereiniteit van de consumenten, door het kabinet terecht een winstpunt van de stelselherziening genoemd, maakt tegelijkertijd de beoogde kostenbeheersing tot een fictie.

Het gestuurde marktmodel, waarvan de contouren in de nota-Simons worden geschetst, biedt vragers de vrijheid hun zorgconsumptie meer in overeenstemming te brengen met hun voorkeuren, dat wil zeggen deze te vergroten. De aanbieders behoeven nauwelijks aansporing hun voorzieningenpakket aan de groeiende vraag aan te passen. Verzekeraars zullen in het nieuwe stelsel vooral concurreren door zo uitgebreid mogelijke pakketten aan te bieden. Dat spreekt de (potentiële) klanten meer aan dan de relatief geringe premieverlaging die mogelijk zou zijn door kostenbeheersing.

Men kan mij tegenwerpen dat particulier verzekerden de afgelopen jaren (zeer) gevoelig bleken voor concurrerende premie-aanbiedingen van verzekeraars. Die aanbiedingen waren echter alleen haalbaar door een vergaande differentiatie naar risicogroepen (en hoge eigen risico's). Premiedifferentiatie is in het nieuwe stelsel echter niet langer toegestaan. Na de stelselherziening (met acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en een breed verplicht pakket) zullen verzekeraars slechts relatief geringe premieverschillen kunnen offeren. Onder deze omstandigheden zullen veel consumenten voor een maximale dekking (consumptie) kiezen.

Tegenover de verminderde aanbodregulering wenst het kabinet de vraag beter te beheersen door budgettering van zorgverzekeraars, normuitkeringen en de nominale premie. De eerste twee elementen zijn echter strijdig met de bij wet aan verzekerden toegekende aanspraken op zorgclusters. De centrale budgettering (85% van de kosten, via de Centrale Kas) wordt hierdoor opgeblazen, waarmee de zorgsector na de stelselherziening een gigantische openeinderegeling dreigt te worden¹⁹.

Tot slot

Gegeven de voorkeuren van de consumenten, lijkt een effectieve beheersing van de kosten van de zorg alleen mogelijk door vast te houden aan selectieve aanbodbeperkingen, met name bij kostbare, binnenmuurse voorzieningen. Dus: geen nieuwe ziekenhuizen bouwen, of deze veel soberder uitvoeren, een stop zetten op de aanschaf van geavanceerde apparatuur, bepaalde dure medicijnen niet via de basisverzekering dekken. Zo'n beleid mondt uit in (langere) wachtlijsten en het roept onvermijdelijk de vraag op wie bij voorrang zullen worden geholpen. Voor meer bemiddelde consumenten ontstaat een particulier circuit met betere zorgvoorzieningen. Zo groeit Nederland rap toe naar de in het Verenigd Koninkrijk bestaande situatie. Die wordt vermoedelijk door een ruime meerderheid in Nederland evenmin als wenselijk gezien. De slotsom luidt dat de kosten van de zorg onontkoombaar zullen oplopen, en dat te meer wanneer een wat terugtrekkende overheid de sluisen openzet voor een ruimer aanbod van royaler bemeten voorzieningen die gretig afzet zullen vinden. Inschakeling van het prijsmechanisme leidt tot hogere in plaats van lagere uitgaven voor de zorg. Dat is de paradox van Dekker.

Flip de Kam

17. Dit is thans vermoedelijk een van de belangrijkste overwegingen voor (commerciële) particuliere verzekeraars om op deze weinig winstgevende markt actief te blijven.

18. De huisarts wordt vaak geprest om een verwijsbriefje voor de specialist af te geven. Specialisten worden soms onder druk gezet om extra checks te verrichten. Veel consumenten willen 'zekerheid' (en aandacht), en zij hebben daarvoor graag een hogere premie over.

19. In dezelfde zin: Van Montfort, op.cit., blz. 74.