

Perestrojka in de gezondheidszorg

Het kabinet heeft in mei jongstleden besloten ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg door te voeren. Een belangrijk element hierbij is het vervangen van de gedetailleerde overheidsbemoeienis met volume en prijs door gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. In dit artikel zal een parallel worden getrokken tussen economische problemen die zich voordoen bij de perestrojka in Oost-Europa en de perestrojka in de Nederlandse gezondheidszorg.

PROF. DR. W.P.M.M. VAN DE VEN*

De gezondheidszorg staat aan het begin van een periode van ingrijpende veranderingen. In navolging van het centrum-rechtse kabinet Lubbers-De Korte heeft nu ook het centrum-linkse kabinet Lubbers-Kok besloten de hoofdlijnen van het advies van de Commissie-Dekker¹ over te nemen. Gezien deze brede politieke steun lijken de contouren van het gezondheidszorgbeleid voor de komende jaren nu wel vast te staan.

In de nota *Werken aan zorgvernieuwing*² van 10 mei 1990 stelt het kabinet dat gezien de knelpunten in het huidige stelsel, beperkte bijstellingen geen soelaas meer bieden. Fundamentele vernieuwingen zijn nodig. Beoogd wordt de (huidige) situatie te doorbreken waarin de overheid als enige verantwoordelijk is voor de beheersing van de kosten; ook verzekeren, verzekeraars en aanbieders van zorg moeten voldoende belang krijgen bij kostenbeheersing. Ten einde de doelmatigheid te vergroten zal de zorgsector een bedrijfsmatig, meer marktconform karakter krijgen. Voorts zal het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier worden opgeheven door het invoeren van een voor iedereen verplichte basisverzekering.

Een cruciale rol bij het bevorderen van doelmatigheid is toegedacht aan de zorgverzekeraars³. Hun positie kan worden geschetst als die van een intermediair tussen de consument en producent van zorg. Onderling concurrerende zorgverzekeraars zullen vrijelijk overeenkomsten kunnen sluiten met de zorgaanbieders over prijs, volume, kwaliteit, bereikbaarheid en dienstverlening. Bestaande wetgeving voor de bouw en planning, en prijzen en tarieven zal aanzienlijk worden vereenvoudigd en bestaande verplichtingen voor zorgverzekeraars om contracten af te sluiten met vrije beroepsbeoefenaren zullen worden afgeschaft. Aldus wordt de normale vrije-marktsituatie bereikt waarbij overeenkomsten pas tot stand komen als dat in beider belang is. De verzekerden kunnen, in principe één keer per twee jaar, kiezen uit de diverse zorgverzekeraars en de door hen aangeboden pakketten. Een zekere differentiatie van de pakketten is toegestaan, voor zover dit blijft binnen de ruimte van de in de wet vastgelegde functionele omschrijving van de verzekeringsaanspraken van de verzekerden. De door de verzekerden rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen nominale premie reflecteert de doelmatigheid en het kostengenererende gedrag van de

gecontracteerde zorgverleners en de doelmatigheid van de gekozen zorgverzekeraar.

Zonder overdrijven kan gesteld worden dat het hier gaat om een fundamentele wijziging in het ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. In de afgelopen 20 jaar was het overheidsbeleid voor de gezondheidszorg in belangrijke mate gericht op stringente regulering van de planning, capaciteit, investeringen en prijsvorming in de gezondheidszorg. In de nota *Werken aan zorgvernieuwing* (blz. 51-53) laat het kabinet er echter weinig misverstand over bestaan dat dit beleid als mislukt moet worden beschouwd. Als een groot probleem wordt genoemd dat het met de planning van het aanbod nooit goed heeft willen lukken. De Wet ziekenhuisvoorzieningen bleek tekort te schieten toen de ziekenhuiscapaciteit moest worden gereduceerd. Het 'oneigenlijke' gebruik van de wet nam toe en leidde tot vele rechtszaken, die op essentiële onderdelen door de centrale overheid werden verloren. Het centraal geregelde tarievenbeleid is veel te gedetailleerd geworden. De steeds verdergaande overheidsregulering die gaandeweg alles voorschreef wat er moest gebeuren, is in feite uitgedraaid op een groot bureaucratisch stelsel dat relatief weinig bijdraagt tot een goed gespreid aanbod van voorzieningen.

De analyse door het kabinet van het in het verleden gevoerde overheidsbeleid in de gezondheidszorg lijkt niet voor tweeërlei uitleg vatbaar. Het ligt dan ook, zeker gezien de eerder genoemde brede politieke steun, in de lijn der verwachting dat de komende jaren ingrijpende veranderingen

* Bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. De auteur dankt dr. A.A. de Roo en drs. F.T. Schut voor hun commentaar op een eerdere versie. De verantwoordelijkheid voor de tekst van het artikel ligt geheel bij de auteur.
1. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Beleid tot verandering*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987. Voor een samenvatting van de kernelementen van het advies van de commissie-Dekker zie bij voorbeeld P.B. Boorsma en M. de Bruijne, Feiten en ficties rond de plannen-Dekker, -Dees en -Simons, *ESB*, dit nummer.

2. *Werken aan zorgvernieuwing*, Tweede Kamer, 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2, blz. 53-54.

3. In het beoogde stelsel zal er geen onderscheid meer zijn tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Beide zullen worden aangeduid met de term 'zorgverzekeraar'.

gen in de gezondheidszorg zullen plaatsvinden ten einde de beoogde stelselwijziging te realiseren. In economisch jargon – dat in de nota *Werken aan zorgvernieuwing* overigens weinig wordt gehanteerd – zou men kunnen stellen dat voor de ordening in de gezondheidszorg een overgang wordt beoogd van planeconomie naar geïntegreerde markteconomie. Men zou kunnen spreken van een perestrojka in de gezondheidszorg!

In dit artikel zal een parallel worden getrokken tussen economische problemen die zich voordoen bij de perestrojka in Oost-Europa en de perestrojka in de Nederlandse gezondheidszorg. In beide gevallen kunnen problemen ontstaan door het ontbreken van voldoende informatie, het ontbreken van op kostprijs gebaseerde prijzen, het ontbreken van een adequaat mededingingsbeleid en het ontbreken van voldoende markt- en klantgericht management.

Consumenteninformatie

In Oost-Europa ontbrak (het recht op) voldoende openbare informatie. De nieuwe politiek heet glasnost. In de Nederlandse gezondheidszorg is sprake van een aanzienlijk gebrek aan informatie over met name de kwaliteit van de zorg, maar ook over de prijs, wachtlijsten, en dergelijke. Wat weet een patiënt bij voorbeeld als hij een nieuwe (huis)arts zoekt? Het enige dat hij weet is dat de arts in het (verre) verleden het arts-examen met goed gevolg heeft afgelegd. Maar hij weet nagenoeg niets van de kwaliteit van de geleverde zorg, de werkstijl van de arts en het al dan niet functioneel samenwerken met andere zorgverleners (specialisten, apothekers, en dergelijke). Ook weet hij niet of de arts zijn vak heeft bijgehouden en regelmatig naar bij- en nascholingscursussen is geweest. Goede informatie die de consument in staat stelt een afgewogen keuze te maken uit de aangeboden alternatieven is echter een noodzakelijke voorwaarde om de vruchten te kunnen plukken van de voorgestelde marktwerking in de gezondheidszorg. Zo blijkt het verschaffen van informatie over de prijs een neerwaarts effect te hebben op het prijsniveau. Pauly en Satterthwaite⁴ kwamen tot de bevinding dat in een situatie van vrije prijsvorming de prijzen die huisartsen vroegen, relatief laag waren in gebieden waar de informatie over de onderling concurrerende huisartsen relatief goed was. Cady⁵ laat zien dat in de staten in de VS waar reclame voor geneesmiddelen is toegestaan, de winkelprijzen – ondanks de kosten van het adverteren – lager zijn dan in staten waar beperkingen worden opgelegd aan het adverteren voor geneesmiddelen. Van brillleglazen is uit diverse studies gebleken dat het toestaan van reclame kan leiden tot aanzienlijke prijsdalingen⁶.

Belangrijker nog dan informatie over de prijs is het verspreiden van betrouwbare en voor de consument begrijpelijke informatie over de kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende manieren om dit te doen. Allereerst zouden artsen zelf de patiënt de benodigde informatie kunnen verschaffen. Het probleem is hierbij dat de consument de juistheid van de informatie moeilijk kan verifiëren. Ten tweede zou gedacht kunnen worden aan onafhankelijke certificatie-instituten. Artsen ontvangen de (periodieke) certificatie alleen indien aan bepaalde minimum kwaliteits-eisen is voldaan. Ten derde zouden verzekeraars informatie aan hun verzekerden kunnen verschaffen over de kwaliteit en de prijs van de door hen gecontracteerde zorgverleners. Ten vierde zouden consumentenorganisaties, universiteiten of (semi-)overheidsorganen relevante informatie kunnen verzamelen en publiceren. De overheid zou zorgverleners kunnen verplichten bepaalde informatie ter beschikking te stellen. Zo bestaat in diverse staten in de VS de verplichting voor ziekenhuizen om van elke zieken-

huisopname gegevens te verschaffen aan de staat, zoals leeftijd, geslacht, hoofddiagnose, nevendiaagnosen, therapeutische ingrepen en het al dan niet overlijden van de patiënt tijdens de opname⁷. Deze gegevens zijn voor iedereen beschikbaar voor nadere analyse en publicatie. Zo vermeldde de *Los Angeles Times* enkele jaren geleden voor 8 verschillende diagnoses de tien beste en de tien slechtste ziekenhuizen in California. In de *Wall Street Journal* van 24 mei jl. is een artikel gepubliceerd met informatie omtrent de prijs en kwaliteit van 55 redelijk vaak voorkomende medische behandelingen in 37 ziekenhuizen in de regio Pittsburgh. De gegevens waren verzameld door de Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. De prijs en kwaliteit voor eenzelfde behandeling bleken zeer uiteen te lopen. De Health Care Financing Administration publiceert jaarlijks sterftecijfers van Medicare-verzekerden per ziekenhuis. Het spreekt voor zich dat dergelijke informatie, mits voldoende betrouwbaar en voldoende gestandaardiseerd voor relevante factoren zoals bij voorbeeld leeftijd en de ernst van de aandoening, van zeer groot nut kan zijn voor verzekerden en verzekeraars. Verzekeraars zouden hun verzekerden kunnen stimuleren bij voorkeur van kosten-effectieve zorgverleners gebruik te maken. Greenberg⁸ laat zien hoe het verspreiden van informatie over de kosten en kwaliteit van hartchirurgie kan leiden tot zowel lagere kosten als betere kwaliteit. Glasnost in de gezondheidszorg kan zeer gezond zijn!

Verkeerde prijsignalen

In Oost-Europa zijn de meeste prijzen niet gebaseerd op marginale kosten, maar vastgesteld op basis van administratieve procedures. Dergelijke prijzen kunnen verkeerde signalen uitzenden naar zowel de consumenten als de producenten. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse gezondheidszorg, waarin een zeer gedetailleerd centraal geregeld tarievenbeleid bestaat. Tariefsovereenkomsten behoeven de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Het COTG toetst de overeenkomsten aan de hand van door het COTG vastgestelde en door de centrale overheid goedgekeurde richtlijnen. Alvorens het COTG deze richtlijnen vaststelt kunnen de ministers van Volksgezondheid en Economische Zaken het COTG zogenaamde 'aanwijzingen' geven. Daarin worden gewenste beleidsprioriteiten tot uitdrukking gebracht die via de tariefstelling kunnen worden gerealiseerd.

Een probleem met deze voornamelijk administratief regelde tarieven is dat zij veelal niet de kostprijs reflecteren. Tarieven voor nieuwe technologieën worden vaak eenmalig vastgesteld en daarna alleen gecorrigeerd voor inflatie. Dit betekent dat arbeidsbesparende veranderingen in be-

4. 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*, jg. 12, 1981, blz. 488-506.

5. J.F. Cady: An estimate of the price effects of restriction on drug price advertising, *Economic Inquiry*, jg. 14, 1976, blz. 493-510.

6. L. Benham: The effects of advertising on the price of eyeglasses, *The Journal of Law and Economics*, jg. 15, 1972, blz. 337-352; L. Benham and A. Benham: Regulating through the professions: a perspective on information control, *The Journal of Law and Economics*, jg. 18, 1975, blz. 421-448; R. Feldman and J. Begun, The effects of advertising restrictions – lessons from optometry, *Journal of Human Resources*, jg. 13, Supplement, 1978, blz. 247-262.

7. A.C. Enthoven, lezing 17 september 1987, in: F.T. Schut and W.P.M.M. van de Ven (red.), *Proceedings of the conference on regulated competition in the Dutch health care system*, Erasmus Universiteit Rotterdam.

8. W. Greenberg, Demand, supply, and information in health care and other industries, in: J.A. Meyer (red.), *Incentives vs. controls in health*, American Enterprise Institute, Washington DC, 1985, blz. 96-106.

handelmethode of schaalvoordelen die na verloop van tijd optreden, niet in het tarief worden verdisconteerd. Het ontbreken van marktwerking dwingt hier ook niet toe. Voorts kan het verschil in netto uurloon honorarium voor diverse verrichtingen voor een zelfde arts wel oplopen tot een factor 10. De huidige tarieven kunnen derhalve misleidende informatie verschaffen over het bevorderen van doelmatigheid. Bij voorbeeld het tarief voor de laatste dag van een ziekenhuisopname is gebaseerd op de gemiddelde kosten per ziekenhuisverpleegdag. Dit kan ertoe leiden dat relatief goedkope (in termen van kostprijs) ziekenhuisverpleegdagen vervangen worden door relatief dure alternatieve vormen van zorg, omdat het tarief van de vervangende zorg lager is dan het (misleidende) ziekenhuistarief. Substitutie als gevolg van marktwerking kan dan een averechts effect hebben.

Een cruciale vraag is derhalve: moeten we wachten met het introduceren van meer marktelementen in de gezondheidszorg totdat de prijzen als betrouwbare bron van relatieve schaarste functioneren, of niet? Volgens Enthoven⁹ zouden wij niet moeten wachten, omdat niemand eigener beweging de benodigde informatie omtrent de kostprijs zal verzamelen voordat de noodzaak hiertoe bestaat. Kostprijsberekening is een kostbaar proces. Marktwerking is juist nodig om managers in de gezondheidszorg te motiveren tot kostprijscalculatie.

Mededingingsbeleid

In Oost-Europa bestaat geen mededingingswetgeving en -beleid. Aangezien perestrojka kan worden beschouwd als een overgang van staatsmonopolies naar gereguleerde concurrentie, kan het ontbreken van een adequaat mededingingsbeleid serieuze problemen veroorzaken. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse gezondheidszorg, waar thans een groot aantal, veelal door de overheid gereguleerde prijs-kartels (artsen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten) en regio-kartels (huisartsen, ziekenfondsen) bestaan. Ervaring met mededingingsbeleid in de gezondheidszorg ontbreekt nagenoeg.

Schut¹⁰ heeft er op gewezen dat de veronderstelde relatie tussen structuur en gedrag een zwakke schakel vormt in de voorgenomen stelselwijziging. De veronderstelling dat marktgedrag en marktresultaat eenzijdig worden gedictieerd door de marktstructuur, is volgens hem zeker binnen de gezondheidszorg onhoudbaar. Immers, juist deze sector kent een lange traditie van concurrentie-bepurende zelfregulering. Het is dan ook zeer opmerkelijk dat in de nota *Werken aan Zorgvernieuwing*, waarin in feite gepleit wordt voor een overgang van gereguleerde kartels naar gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg, de term mededingingsbeleid in het geheel niet voorkomt! Wordt aan het mededingingsbeleid in de gezondheidszorg niet een hoge prioriteit gegeven, dan moet het niet onwaarschijnlijk worden geacht dat de ruimte die wordt geboden door het terugtrekken van de overheid op het terrein van de planning (vergunningen, erkenningen, en dergelijke) en van de tarieven, door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten eigen nutte zal worden aangewend en niet ten goede zal komen aan de consument.

Management

In Oost-Europa is een geweldig tekort aan markt- en klantgerichte managers. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse gezondheidszorg. Om verschillende redenen zijn managementfuncties in de gezondheidszorg niet echt aan-

trekkelijk voor ondernemende topmanagers. Ten eerste is er gedurende de laatste 20 jaar in toenemende mate steeds gedetailleerdere overheidsregulering tot stand gekomen voor de planning en tarieven en voor investeringsbeslissingen over de productiecapaciteit in de gezondheidszorg. Managers van bij voorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen en ziekenfondsen hebben derhalve nauwelijks enige beleidsvrijheid bij de belangrijkste managementbeslissingen. Ten tweede is het ondernemersrisico in de gezondheidszorg vrij gering doordat het risico van een financieel faillissement vrijwel afwezig is. Dit vermindert voor ondernemende topmanagers de uitdaging om in de gezondheidszorg te (gaan) werken. Ten derde ontbreekt veelal de hiërarchische gezagsrelatie ten opzichte van degenen die in het primaire productieproces de belangrijkste beslissingen nemen, te weten de artsen. Bij voorbeeld de meeste medische specialisten werken als particuliere 'for-profit' ondernemers binnen het ziekenhuis. Vanwege de professionele autonomie van artsen ontbreken voorts veelal de mogelijkheden tot beïnvloeding van het primaire productieproces. Ten vierde is de doelstelling van het management in de gezondheidszorg vrij vaag. Concrete doelstellingen zoals maximalisatie van rendement en omzet ontbreken. De doelstellingen van managers in ziekenhuizen zou bij voorbeeld kunnen worden omschreven als: het budget niet overschrijden, binnenshuis conflictsituatie voorkomen en het onderhouden van de externe contacten. Ten slotte is het salaris van managers in de gezondheidszorg relatief laag in vergelijking met andere bedrijfstakken.

Naast de relatief geringe aantrekkingskracht voor topmanagers om in de gezondheidszorg te (gaan) werken, ontbreekt voor besturen van instellingen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en ziekenfondsen tot nu toe de harde noodzaak om markt- en klantgerichte managers aan te trekken. Dit is het gevolg van het veelal ontbreken van reële keuzemogelijkheden voor de consument en van de beschermde positie van zorgaanbieders en ziekenfondsen, die veelal de vorm aanneemt van door de overheid gereguleerde kartels.

Ten einde de vruchten van marktwerking in de gezondheidszorg te kunnen plukken, zijn markt- en klantgerichte managers echter onontbeerlijk. Het verdient derhalve aanbeveling via een gerichte campagne de marktgerichte gezondheidszorg te promoten als een nieuwe uitdaging voor ondernemende topmanagers.

Rol van de overheid

In Oost-Europa heerst nogal verwarring over de rol van de overheid in de nieuwe economische orde. Mede vanwege een gebrek aan vertrouwen in de overheid wordt nogal eens doorgeslagen naar de andere kant en gepleit voor een volledig vrije markteconomie met geen of zo weinig mogelijk overheidsbemoeienis. Analoge ontwikkelingen doen zich voor in de Nederlandse gezondheidszorg. Van belang is dat bij het door het kabinet beoogde stelsel sprake is van *gereguleerde* concurrentie. Juist in de gezondheidszorg is een zekere mate van regelgeving nodig om de onvolkomenheden van het marktmechanisme op te heffen of doeleinden na te streven die via het marktmechanisme niet kunnen worden gerealiseerd. De door het kabinet voorgestelde veranderingen impliceren niet een totaal opheffen van regulering in de gezondheidszorg, maar een drastische verandering in de aard hiervan. Zo zal regelgeving van het verzekeringsstelsel onontbeerlijk blijven, maar

9. A.C. Enthoven, op.cit., 1987.

10. F.T. Schut, *Gezondheidszorg en mededingingsbeleid*, *ESB*, 15 november 1989, blz. 1129-1133.

sterk van karakter veranderen. Voorts zal de directe, zeer gedetailleerde overheidsbemoeienis met de planning en het tarievenbeleid sterk afnemen. In plaats hiervan zal de overheid zich in belangrijke mate (moeten) gaan bezighouden met het stellen van de randvoorwaarden waaraan de gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders zal moeten voldoen. Het accent zal hierbij sterk liggen op het mededingingsbeleid, de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en consumenten-informatie. Bij dit laatste kan gedacht worden aan de verplichting voor zorgverleners bepaalde informatie af te staan en aan het toezicht op een juiste verspreiding van betrouwbare, niet-misleidende en voor de consument begrijpelijke informatie door zorgverleners en zorgverzekeraars.

Overgangsproblemen

Een cruciale vraag in Oost-Europa is: hoe komen wij van hier naar daar? In economische tekstboeken staan geen recepten voor panklare oplossingen voor de overgang van een planeconomisch systeem naar een marktgeoriënteerd systeem. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse gezondheidszorg. Een serieus probleem is hoe de nieuwe wetgeving in te voeren en de oude wetgeving terug te trekken zonder de controle over het systeem te verliezen. Wetgeving is een langdurig proces. Dit leidt tot de merkwaardige situatie dat regering en parlement nu al enkele jaren discussiëren over een marktgerichte gezondheidszorg en over gereguleerde concurrentie, terwijl nog geen enkel wettelijk gereguleerd kartel is opgeheven. In de afgelopen jaren zijn diverse marktgerichte initiatieven in de gezondheidszorg ontplooid, maar die lopen alle stuk op de huidige wetgeving. Deze invoeringsproblemen worden nog verhevigd door de vele technische problemen die dienen te worden opgelost. Het grootste technische probleem is ongetwijfeld het ontwikkelen van een goed functionerend normuitkeringsysteem¹¹. Elders is reeds uitgebreid ingegaan op deze problematiek¹².

Kortgezegd luidt de conclusie dat de formule op basis waarvan de in de Centrale Kas gestorte inkomensafhankelijke premies worden verdeeld over de zorgverzekeraars, zodanig verfijnd dient te zijn dat selectie van gunstige risico's voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk is. Een globaal verdeelsysteem, gebaseerd op bijvoorbeeld alleen leeftijd en geslacht, wordt daarom ten eerste afgeraden. In de nota *Werken aan Zorgvernieuwing* (blz. 55) stelt het kabinet – zonder enige onderbouwing of argumentatie – dat het uitgangspunt voornamelijk een grofmazig verdeelsysteem is. Indien het kabinet volhardt in dit standpunt, moet niet worden uitgesloten dat op voorhand een tijdbom is gelegd onder het succes van de stelselwijziging. Er zijn dan namelijk twee mogelijkheden. Ofwel een grofmazig verdeelsysteem wordt ingevoerd, hetgeen er toe zal leiden dat zorgverzekeraars eenvoudig door de grove mazen kunnen glippen, waardoor gunstige-risicoselectie voor de zorgverzekeraars financieel (veel) aantrekkelijker zal zijn dan het bevorderen van doelmatigheid in het proces van zorgverlening. Ofwel er wordt, ten einde de maatschappelijk ongewenste effecten van gunstige-risicoselectie te voorkomen, afgezien van het systeem van normuitkeringen en alle zorgverzekeraars worden betaald op declaratiebasis. In beide gevallen bestaan er geen of onvoldoende financiële prikkels tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars. Zoals in de inleiding gesteld, worden zorgverzekeraars geacht een cruciale rol te gaan spelen bij het bevorderen van doelmatigheid. Indien bij de zorgverzekeraars de financiële prikkel hiertoe ontbreekt, is de kans groot dat alle mogelijkheden tot kostenbeheersing die geboden worden door de functionele pakketomschrijving, overeenkomstenvrijheid, pakketdifferentiatie en de terugtreden- de overheid niet zullen worden benut.

Conclusie

In dit artikel is een parallel getrokken tussen economische problemen die zich voordoen bij de perestrojka in Oost-Europa en de voorgenomen perestrojka in de Nederlandse gezondheidszorg. In beide gevallen is van belang:

- de aanwezigheid van voldoende betrouwbare informatie opdat de consument een afgewogen keuze uit de aangeboden alternatieven kan maken (glasnost);
- een stelsel van prijzen die de relatieve schaars-teverhoudingen weergeven;
- een adequaat mededingingsbeleid om ongewenste effecten van concurrentiebeperkend gedrag te voorkomen;
- de aanwezigheid van ondernemende, markt- en klantgerichte managers;
- duidelijkheid over de rol van de overheid en voldoende vertrouwen bij alle betrokkenen dat de overheid deze rol kan waarmaken.

Voorts is in beide gevallen sprake van serieuze overgangsproblemen, waarbij in de Nederlandse gezondheidszorg vooral de ontwikkeling van een goed functionerend normuitkeringsysteem hoge prioriteit verdient.

Welke ontwikkelingen zijn nu de komende jaren in de Nederlandse gezondheidszorg te verwachten? Gezien de overtuiging waarmee het kabinet het fiasco van het oude beheersinstrumentarium aangeeft en gezien de brede politieke steun van zowel een centrum-rechts als een centrum-links kabinet voor een marktgerichte gezondheidszorg, mag worden verwacht dat de komende jaren veranderingen in de voorgestelde richting zullen plaatsvinden. Wat betreft het tempo zal het geen Poolse revolutie worden, maar zijn eerder vele kleine stapjes te verwachten, die elk evenwel een revolutionair karakter zullen hebben. Het tempo en het uiteindelijke succes van de voorgenomen wijzigingen zal enerzijds afhangen van de voortvarendheid waarmee bovengenoemde problemen worden aangepakt. Anderzijds zal het afhangen van de bereidheid tot verandering bij de direct betrokkenen. Ambieën degenen die meer verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing zullen krijgen dit wel? Hoe zullen degenen reageren die zich in hun eigen belang bedreigd voelen? Het moet niet uitgesloten worden geacht dat de politieke bereidheid tot verandering op niet geringe weerstand in het veld zal stuiten¹³. Van groot belang bij de verdere politieke besluitvorming is uiteraard de vraag of de voorgestelde veranderingen in het belang zijn van de verzekerden, i.e. de Nederlandse bevolking. Gesteld kan worden dat het voorgenomen stelsel in theorie een ideale combinatie vormt van markt en overheidsregulering, van doelmatigheid en solidariteit. Om deze reden alleen al verdient de voorgestelde perestrojka in de gezondheidszorg alle kans van slagen.

W.P.M.M. van de Ven

11. Andere technische problemen zijn bijvoorbeeld de functionele omschrijving van de verzekeringsaanspraken, het creëren van een gelijkwaardige reservepositie bij ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, het opheffen van de overige verschillen tussen ziekenfondsen en particulier en het afstemmen van de nieuwe wetgeving op de Europese wetgeving.

12. W.P.M.M. van de Ven, Risicoselectie en zorgverzekering, *ESB*, 17-5-1989, blz. 477-482; W.P.M.M. van de Ven, Normuitkeringen en risicoselectie, *ESB*, 31-1-1990, blz. 115; F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Op weg naar een nieuw stelsel van gezondheidszorg; overstappen op de Dubbel-Dekker?, *Openbare Uitgaven*, jg. 21, 1989, blz. 153-163; R.C.J.A. van Vliet, Normuitkeringen in de gezondheidszorg, *Openbare Uitgaven*, jg. 22, 1990, blz. 75-86.

13. Zie bijvoorbeeld P.B. Boersma en M. de Bruine, op.cit., 1990.