

# Regulering of concurrentie

Vanaf 1974 heeft de overheid geprobeerd de ontwikkeling van de gezondheidszorg te sturen door middel van integrale planning. Als we alleen kijken naar het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het bruto nationale product (bnp), moeten we concluderen dat het beleid redelijk succesvol is geweest. De financiële doelstelling van de *Structuurnota gezondheidszorg* van 1974 was een maximaal bnp-aandeel van 8%, terwijl men toen bij ongewijzigd beleid voor 1980 een aandeel van 12,4% verwachtte. De voorlopige uitkomst voor 1986 is 8,3%: een resultaat waarvoor men zich niet hoeft te schamen.

Toch kwalificeren veel betrokkenen het beleid sinds de Structuurnota als een regelrechte ramp. De beoogde planning van ziekenhuisvoorzieningen is niet van de grond gekomen. Ook de gewenste verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg en van curatieve naar preventieve zorg laat nog op zich wachten. Het slepende overleg over deze structurele veranderingen werd kortgesloten door maatregelen ad hoc als het instellen van bouwplafonds, de beddenreductie, de invoering van de medicijnenknaak enz. 1). Het bestuurlijk en medisch kader, het personeel in de uitvoerende en verzorgende functies, maar ook de gebruikers hebben op grote schaal het vertrouwen in centrale sturing verloren. Met andere woorden, door frustratie is men ontvankelijk geworden voor het introduceren van het concurrentiebeginsel in de gezondheidszorg.

Enerzijds om toch te komen tot een structurele vorm van kostenbeheersing en anderzijds om de dreigende kostenexplosie als gevolg van de vergrijzing en de medisch-technologische ontwikkeling op te vangen, is vorig jaar augustus een commissie van wijze mannen de opdracht gegeven binnen een half jaar met hervormingsvoorstellen voor de organisatie en financiering van de gezondheidszorg te komen. Deze eerste cie-Dekker bracht twee maanden geleden haar advies uit 2). Kernbegrip in dat advies is gereguleerde concurrentie 3). De bedoeling is dat concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars om de gunst van de consument leidt tot doelmatige afstemming van het aanbod op de vraag naar zorg. Door wettelijke regels wordt ervoor gezorgd dat iedere ingezetene kan beschikken over voldoende medische hulp en ook dat iedere ingezetene meebetaalt aan het in stand houden van een voldoende niveau van medische en maatschappelijke zorg.

Kort gezegd stelt de commissie een gedeeltelijke volksverzekering tegen ziektekosten voor. Gedeeltelijk enerzijds doordat de verzekering niet alle vormen van hulp omvat en het aan het individu overlaat zich voor de overige risico's aanvullend te verzekeren. Gedeeltelijk anderzijds doordat naast de voor volksverzekeringen kenmerkende inkomensafhankelijke premie een nominale premie in de vorm van een vast bedrag per gezinslid per jaar rechtstreeks aan de verzekeraar moet worden betaald, welk bedrag per verzekeraar kan variëren. De beperkte dekking van de verplichte verzekering, een stelsel van eigen bijdragen en mogelijkheid van een eigen risico dat in mindering kan worden gebracht op de nominale premie, moeten zorgen voor een zuinige en doelmatige consumptie.

Door het veranderen van verzekeraar gemakkelijk te maken, krijgt de consumentensoevereiniteit gestalte. De verzekeraars concurreren op kwaliteit, service en hoogte van de nominale premie. Het behalen van een concurrentievoordeel door middel van het selecteren van een relatief gezond verzekerdenbestand wordt voorkomen door de verzekeraars een acceptatieplicht op te leggen en hen uit de centrale kas waarin de inkomensafhankelijke premies worden gestort, per verzekerde een naar leeftijd en gezondheidstoestand gedifferentieerd bedrag te betalen. Door efficiënte bedrijfsvoering en het contracteren van zo goedkoop mogelijke hulpverleners bouwt de verzekeraar een marktpositie op. Wettelijk beschermde kwaliteitseisen moeten verhinderen dat de verzekerde wordt afgescheept met ondermaatse medische zorg.

Uit de reacties op het advies blijkt dat een dergelijk systeem in de Tweede Kamer niet kansloos is. De belangrijkste kritiek geldt niet de uitgangspunten, maar de inkomensgevolgen voor de laagste inkomens. Die gevolgen worden bepaald door 'parameters' als de hoogte van de nominale premie, de hoogte van de eigen bijdragen en de invulling van het verplichte pakket. Fundamentele kritiek als zou de overheid door het plan-Dekker uit te voeren de door ziekte of gebrek getroffen medemens ten prooi brengen aan het winstbejag, heeft de commissie voorkomen door de overheid op alle belangrijke punten de bevoegdheid tot ingrijpen te geven. Bovendien

merkt zij op dat zij de bevoegdheden in het kader van de Wet economische mededinging om tegen monopolievorming op te treden graag zou willen vergroten.

Men kan zich afvragen of de commissie hier een tactisch spel speelt of dat zij de levensvatbaarheid van de concurrentie die zij en vele anderen wensen niet erg groot acht. Dat de markt van verzekeraars en aanbieders inderdaad zo zal werken dat de verzekerden optimaal verzorgd zijn tegen de laagst mogelijke kosten is zeker niet gegarandeerd. Aan beide kanten van de markt bestaan reeds de kaders voor kartelvorming in de vorm van koepelorganisaties. De kosten van decentrale onderhandeling lijken bovendien voor beide partijen hoog genoeg om elkaar op centraal niveau te vinden. De particuliere verzekeraars en de toch al veel samenwerkende ziekenfondsen hebben daarnaast in de vorming van een landelijk evenwichtig gespreid verzekerdenbestand een belangrijk motief tot samenwerking. Ook zijn verschillende particuliere maatschappijen kapitaalkrachtig genoeg om een aanzienlijke concentratie te bewerkstelligen. KLOZ-directeur Scheerens, overigens een overtuigd voorstander van versterking van de marktwerking, schat dat van de 45 ziekenfondsen en 75 particuliere verzekeraars die nu op de ziektekostenmarkt opereren, uiteindelijk 10 tot 20 zullen overblijven 4).

Een ander punt is dat de aanbieders precies weten hoeveel geld de verzekeraars bij de onderhandelingen te besteden hebben. Immers, normbedragen die de centrale kas aan de verzekeraars uitkeert bieden samen met de standaard-nominale premie een duidelijk aanknopingspunt voor de tariefonderhandelingen. De onderhandelingen zullen dan eerder betrekking hebben op de hoogte van de vergoeding voor verzekeraars dan op de tarieven voor doktersconsulten en medische verrichtingen. Slechts als tussen de diverse niveaus van zorg aanzienlijke volumeverschuivingen gaan optreden, zullen in de onderbezette voorzieningen de tarieven onder druk komen. Indicatief voor de macht van de aanbieders in de ogen van de verzekeraars is de wens van Scheerens dat de overheid de erkenning van instellingen en beroepsbeoefenaren afhankelijk maakt van het hebben van een overeenkomst met verzekeraars en ook de btw-vrijstelling aan die erkenning koppelt 5).

Een aanwijzing voor de zwakte van het eigen geloof in de therapie die de commissie-Dekker voorschrijft, is de aanbeveling om de beddenreductie versterkt door te voeren voordat het marktmechanisme aan het werk wordt gezet. En dat terwijl het falen van de overheid bij het uitvoeren van juist deze saneringsmaatregel een directe aanleiding was om op marktcoördinatie over te stappen. Argument voor die aanbeveling is uiteraard dat de markt alleen goed kan werken bij een evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod. Als dat argument wordt toegepast op alle onderdelen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, dan heeft de overheid nog heel wat te regelen voor zij de coördinerende taak afstaat aan het marktmechanisme. En als de overheid dat allemaal regelt voordat de op ons afkomende vergrijzing haar tol eist, dan geeft zij blijk van stuurkunst die niemand nog van haar verwachtte. Dan wordt de keuze tussen regulering en concurrentie nog heel moeilijk.

W. Sietsma

1) Zie hierover Algemene Rekenkamer, *Instrumenten en doelbe-reiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1986-1987, 19 794, nrs. 1-2, blz. 52-54.

2) Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (cie-Dekker), *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, maart 1987.

3) De term en vele elementen van de voorstellen zijn terug te vinden in F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, *Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg*, ESB, 29 mei 1985 en in andere publicaties van dezelfde auteurs.

4) R. Scheerens, *Versterking van marktwerking, een zaak van rechtvaardigheid*, inleiding gehouden op het OHRA-symposium „Gezondheid: de markt een zorg?“, Den Haag, 7 mei 1987.

5) Idem.