



Schipperen tussen plan en markt

Auteur(s):

Schut, F.T.

Werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam. Met dank aan Wynand van de Ven voor waardevol commentaar.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D16, 1 juli 1999

Rubriek:

Dossier De zorg ontregeld?

Trefwoord(en):

Al meer dan 25 jaar worstelt de overheid met de vraag hoe de gezondheidszorg zo kan worden georganiseerd dat tegelijkertijd wordt voldaan aan doelstellingen als toegankelijkheid, kostenbeheersing, kwaliteit en doelmatigheid. De Heilige Graal is helaas nog altijd niet gevonden. En wie de huidige beleidsnotities doorneemt bekruipt het angstige gevoel dat de verwarring groter is dan ooit.

De eerste aanzet voor een grootscheepse hervorming van de gezondheidszorg werd gegeven door de roemruchte Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974. Via een uniforme volksverzekering en een integrale regionale planning van zorgvoorzieningen moesten toegankelijkheid, kostenbeheersing en doelmatigheid simultaan worden gerealiseerd. De gezondheidszorg bleek echter minder maakbaar dan gedacht. De volksverzekering werd vanwege de vrees voor olopende collectieve lasten in de kiem gesmoord. De invoering van de integrale planningswet (WVG) verzandde in bureaucratie en strandde in een experimenteel stadium. Zelfs de minder ambitieuze planning van ziekenhuisvoorzieningen (op basis van de WZV), kwam nimmer van de grond. Niettemin verstevigde de overheid geleidelijk haar greep op het stelsel van gezondheidszorg. Via bouwplafonds en afgedwongen beddenreducties werd de groei van de capaciteit aan ziekenhuisvoorzieningen effectief aan banden gelegd. Daarnaast werd de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) geleidelijk omgevormd van een weinig effectieve prijzenwet in een krachtige budgetteringswet, waardoor de overheid indirect steeds meer invloed kreeg op het zorgvolume. En last but not least werden vooral in de jaren tachtig de lonen in de arbeidsintensieve zorgsector goeddeels bevroren. Het centralistische kostenbeheersingsbeleid leidde in de jaren tachtig tot een sterke afvlakking van de uitgavengroei in de zorgsector. De keerzijde van deze centralistische aanpak was echter dat zorgvragers, zorgaanbieders en verzekeraars zelf geen verantwoordelijkheid droegen voor een doelmatige besteding van middelen.

Het mislukken van het planningsmodel en de onvrede over het gebrek aan verantwoordelijkheden bij 'het veld' leidde in 1986 tot de instelling van de commissie Dekker. Evenals de Structuurnota pleitte de commissie Dekker voor een brede volksverzekering om de bestaande financiële barrières voor een doelmatige substitutie van zorgvoorzieningen weg te nemen. Maar in tegenstelling tot de Structuurnota moest deze volksverzekering niet worden uitgevoerd door regionale administratiekantoren maar door concurrerende zorgverzekeraars. Binnen de door de overheid bepaalde randvoorwaarden ter waarborging van solidariteit en toegankelijkheid, zouden zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gelegenheid moeten krijgen om te concurreren. Deze 'gereguleerde concurrentie' zou verzekeraars en zorgaanbieders de nodige stimulansen en instrumenten moeten geven om op lokaal en regionaal niveau de zorgverlening zo doelmatig mogelijk te organiseren.

Het lot van het voorstel van de Commissie Dekker, dat in 1990 werd omgedoopt tot Plan Simons, was niet veel gunstiger dan dat van de Structuurnota. Wederom sneuvelde het plan om een brede volksverzekering in te voeren op de onaanvaardbaar geachte gevolgen voor de collectieve lastendruk. Het eerste paarse kabinet besloot vervolgens dat er binnen de AWBZ (het zogenaamde eerste compartiment) geen plaats meer was voor gereguleerde concurrentie. Zowel het aanbod als de prijsstelling zouden hier (blijvend) moeten worden gereguleerd door de overheid. Voor de uitvoering van de AWBZ werd per WZV-regio een zorgverzekeraar aangewezen als monopolistisch 'zorgkantoor'. Deze zorgkantoren dragen geen financiële verantwoordelijkheid voor de zorgkosten.

In het tweede compartiment, waartoe de ziekenfondsverzekering en het grootste deel van de verstrekkingen van de particuliere verzekering worden gerekend, bleef het uitgangspunt dat beide typen verzekering zouden moeten convergeren tot een verplichte basisverzekering met gereguleerde concurrentie.

Tenslotte werd er nog een zogenaamd derde compartiment onderscheiden waarin alle verstrekkingen zouden moeten worden ondergebracht, waarvoor het garanderen van toegankelijkheid en solidariteit niet nodig werd geacht. De allocatie van deze voorzieningen zou dan aan de vrije markt kunnen worden overgelaten.

Volgens het eerste paarse kabinet zou de gezondheidszorg dus uiteindelijk moeten worden georganiseerd op grond van drie uiteenlopende economische ordeningsmodellen: een centraal geleide economie in het eerste compartiment, een gemengde markteconomie in het tweede compartiment en een vrije markteconomie in het derde compartiment. Na vijf jaren paars volksgezondheidsbeleid lijkt er echter sprake van een toenemende twijfel over de juistheid van de ingeslagen weg.

Aanbodregulering?

In de AWBZ koos het eerste paarse kabinet voor een versterking van de vertrouwde aanbod- en prijsregulering. Gaandeweg werd men

echter steeds meer geconfronteerd met de klassieke problemen van een centraal geleide economie: een gebrek aan adequate informatie en een gebrek aan prikkels voor doelmatigheid en zorg-op-maat.

Met de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB) werd daarom weldra gebroken met het uitgangspunt van centrale sturing. Immers, patiënten die geïndiceerd zijn voor een PGB mogen in principe zelf beslissen wie zij voor de benodigde hulp inschakelen. Uit de ervaringen met het PGB blijkt dat de patiënten slechts voor een beperkt deel zorg afnemen van de reguliere zorgaanbieders. Qua omvang is het budget dat beschikbaar is voor PGB's overigens nog uiterst beperkt.

Na de invoering van PGB's werd in de thuiszorg in 1996 opnieuw gebroken met het uitgangspunt van aanbodregulering door op beperkte schaal concurrentie mogelijk te maken. Door het ontbreken van adequate spelregels voor eerlijke concurrentie tussen oude en nieuwe thuiszorginstellingen, dreigde de invoering van marktwerking echter te leiden tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten en werd zij een jaar later al weer bevroren.

Sindsdien heeft de regering haar kaarten gezet op de invoering van 'benchmarking' als methode om binnen de AWBZ doelmatigheid te bevorderen. Door zorginstellingen onderling te vergelijken aan de hand van een aantal relevante geachte kengetallen over productie, productieproces en kosten, hoopt de regering de instellingen aan te sporen tot verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. De uitkomsten van een onderzoek naar benchmarking in de thuiszorg worden door de regering als 'veelbelovend' gekenschetst, terwijl men ook in andere AWBZ-sectoren (de verpleeg- en verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg) uitermate optimistisch is over de haalbaarheid van adequate benchmarking¹. In de praktijk kleven aan de methode van benchmarking belangrijke bezwaren, zoals Blank liet zien bij de toepassing ervan in de thuiszorg². Deze bezwaren nemen toe naarmate de samenstelling van de productie en de patiëntenpopulatie heterogener zijn en de kwaliteit van zorg moeilijker te meten is. Bovendien is voor effectieve benchmarking een uitstekend inzicht in de productie- en kostenstructuur van zorginstellingen vereist. Maar omdat men voor het verkrijgen van deze informatie afhankelijk is van de instellingen zelf, is het de vraag hoe betrouwbaar deze informatie zal zijn. Wegens een 'omkering van de bewijslast' lijkt, bij aanwezigheid van voldoende zorgaanbieders, openbare aanbesteding aantrekkelijker dan benchmarking. Immers, bij openbare aanbesteding hebben de zorgaanbieders zelf een prikkel om te onthullen welke hoeveelheid en kwaliteit zorg tegen welke prijs zij kunnen bieden.

Gesteld dat via benchmarking doelmatigheidsverschillen inderdaad in kaart kunnen worden gebracht, dan resteert de vraag hoe en door wie dit instrument zal worden toegepast. Ondanks de centrale aanbodregulering wil de regering niet zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de toepassing van benchmarking maar wordt dit overgelaten aan de regionale zorgkantoren. Deze zorgkantoren moeten ingrijpen 'wanneer een instelling zwak presteert'. Maar een directe koppeling tussen benchmarking en bekostiging wordt door de regering afgewezen 'omdat dit voor instellingen een onaantoonbare druk oplevert om de aan te leveren gegevens gunstig te kleuren'. Nu kan een dreigend ingrijpen van een zorgkantoor natuurlijk evenzeer aanleiding geven tot het verstrekken van gekleurde informatie. Maar voorlopig is van een dergelijke dreiging nog geen sprake omdat ook het kabinet inziet 'dat het zorgkantoor hiervoor nog onvoldoende is toegerust'. De rol van het regionale zorgkantoor vormt dan ook de Achilleshiel van de huidige ordening van de AWBZ. Van de zorgkantoren wordt niet alleen verwacht dat zij op grond van benchmarking zwak presterende instellingen corrigeren, maar ook dat zij gestalte geven aan een regionaal samenhangende zorgverlening op basis nader te bepalen 'regiovisies'. Maar zorgkantoren ontberen voornamelijk zowel incentives, budget als instrumenten om aan deze zware verantwoordelijkheden effectief gestalte te kunnen geven. De financiële verantwoordelijkheid van de zorgkantoren reikt niet verder dan een mager beheerskostenbudget. En de enige incentive voor zorgkantoren om hun best te doen bestaat uit het verliezen van de concessie om als zorgkantoor te mogen optreden. Maar of dit een geloofwaardige dreiging zal (kunnen) zijn moet sterk worden betwijfeld.

Gereguleerde concurrentie?

De ambitie om in het tweede compartiment gereguleerde concurrentie in te voeren is door het tweede paarse kabinet nog verder teruggeschoefd en heeft nu alleen nog betrekking op de ziekenfondsverzekering. Met een beroep op de Europese richtlijnen voor de schadeverzekering acht de regering een hervorming van de particuliere verzekering, inclusief de WTZ, (niet langer) mogelijk. De voorstellen van de MDW-werkgroep WTZ om particuliere verzekeraars risicodragend te maken voor de uitvoering van de WTZ werden genegeerd en in het regeerakkoord vervangen door een onzinnig alternatief voorstel, dat inmiddels gelukkig weer ingetrokken is. Binnen de WTZ blijft het dus ontbreken aan prikkels tot doelmatigheid. En binnen de gewone particuliere verzekering blijft sprake van sterk imperfecte concurrentie, waarbij verzekerden die ouder zijn dan 40 jaar of een verhoogd ziekterisico hebben niet meer van verzekeraar kunnen veranderen. Het lijkt er op dat de overheid zich thans heeft neergelegd bij deze gebrekkige marktordering binnen de particuliere ziektekostenverzekering.

Bovendien blijkt uit de recent uitgebrachte nota over 'de nieuwe bestuurlijke aanpak voor het tweede compartiment' dat ook in de ziekenfondssector de vlag van gereguleerde concurrentie steeds minder lading gaat dekken³. Uitgangspunt van de nieuwe bestuurlijke aanpak is een regionale benadering waarbij één zorgverzekeraar als regisseur in de regio optreedt.

Terwijl het kabinet enerzijds het primaat van de regionale zorgverzekeraar toejuicht wordt anderzijds opgemerkt dat 'het ontstaan van monopoloides situaties' moet worden voorkomen.

Tenslotte bestaat er een groeiende discrepantie tussen de incentives en de instrumenten voor gereguleerde concurrentie. Van 1995 tot 1999 is het financieel risico voor ziekenfondsen ongeveer vertienvoudigd van 3 tot 35 procent van het bruto resultaat (exclusief de nominale premie en het saldo van beheersbudget en -kosten). Ziektenfondsverzekerden kunnen sinds 1997 jaarlijks vrij kiezen voor een ander ziekenfonds en sinds 1992 zijn er 9 nieuwe ziekenfondsen toegelaten tot de markt. In schril contrast tot de sterk toegenomen prikkels voor concurrentie staat het gebrek aan instrumenten voor ziekenfondsen om de zorg doelmatiger te organiseren. De keer op keer aangekondigde deregulering van de WTG en de WZV begint steeds meer op een rituele mantra te lijken. De huidige prijsregulering laat voor ziekenfondsen maar weinig ruimte over om effectief te onderhandelen over de prijs, terwijl de steeds verdergaande rantsoenering van het aanbod leidt tot een 'sellers market', waardoor er van de beoogde 'countervailing power' bij de ziekenfondsen maar weinig overblijft. Bovendien heeft het tweede paarse kabinet zogenaamde 'meerjarenafspraken' geïntroduceerd waarin primair tussen overheid en zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over de hoeveelheid en de inzet van middelen op langere termijn.

Kenmerkend voor de situatie aan de aanbodzijde is het oordeel van de NMa over een drietal ziekenhuisfusies. Weliswaar bepaalde de

NMa dat ziekenhuizen ondernemingen zijn en dus onder toezicht van de Mededingingswet vallen, maar wat de fusies zelf betreft was de NMa van mening 'dat de huidige wet- en regelgeving nog geen ruimte laat voor daadwerkelijke concurrentie tussen ziekenhuizen'. De sterke concentratietendens in de ziekenhuissector kan dus ongehinderd verder gaan. Inmiddels is de marktconcentratie al zo ver toegenomen dat de helft van de Nederlandse ziekenhuizen (en 80% van de ziekenhuizen buiten de Randstad) hooguit 5 potentiële concurrenten binnen het eigen verzorgingsgebied heeft⁴. Speltheoretisch is aangetoond dat een marktstructuur met maximaal vijf concurrenten kan leiden tot stabiele kartelvorming⁵. Dus mochten straks de institutionele randvoorwaarden voor geregelde concurrentie geschapen zijn, dan bestaat er gerede kans dat door anticiperend gedrag aan de aanbodzijde de marktstructuur in de ziekenhuissector zich vrijwel nergens meer leent voor een dergelijk ordeningsmodel. Overigens moet hierbij wel worden aangetekend dat het ziekenhuis in toenemende mate te maken krijgt met concurrentie van 'buiten de muren', waardoor de feitelijke marktmacht wellicht minder hoog is dan de concentratiecijfers suggereren.

Macro-kostenbeheersing of micro-efficiëntie?

Zowel in het eerste als in het tweede compartiment maakt het beleid een tweeslachtige indruk. Deze tweeslachtigheid lijkt voort te komen uit de spanning tussen macro-kostenbeheersing en micro-efficiëntie. Hoewel kostenbeheersing en doelmatigheid vaak in een adem genoemd worden liggen zij geenszins in elkaars verlengde. Kostenbeheersing kan leiden tot minder doelmatigheid als het resulteert in kwaliteitsreductie, langere wachttijden of minder zorg op maat (bovendien kan het leiden tot hogere kosten elders in de economie, bijvoorbeeld als langere wachttijden resulteren in een toename van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid). Andersom kan een grotere doelmatigheid leiden tot hogere kosten, bijvoorbeeld omdat er hogere kwaliteit wordt geleverd of beter wordt ingespeeld op wensen van de consument.

Binnen het eerste compartiment leiden aanbod- en prijsregulering weliswaar tot een beheerste kostenontwikkeling, maar bestaan er toenemende twijfels over de technische en allocatieve efficiëntie. De verantwoordelijkheid voor de bevordering van de doelmatigheid wordt doorgeschoven naar zorgkantoren zonder dat deze adequate incentives en middelen hebben. Vooral het creëren van adequate incentives voor de monopolistische zorgkantoren zal geen eenvoudige opgave zijn.

Binnen het tweede compartiment zijn de incentives voor de ziekenfondsen wel aanwezig, maar ontbreekt het hen voorsnog aan voldoende instrumenten om het aanbod en de prijs van zorg te beïnvloeden. Want tegelijk met de invoering van incentives voor concurrentie tussen verzekeraars heeft de overheid ook in dit compartiment de aanbod- en prijsregulering verscherpt om de politieke kostenbeheersingsdoelstellingen te kunnen realiseren. Het verstrekken van incentives zonder de bijbehorende instrumenten is onlogisch en zinloos. Alleen als ziekenfondsen voldoende instrumenten krijgen om het zorgaanbod te beïnvloeden en de overheid het aanbod niet kunstmatig krap houdt, kan het introduceren van geregelde concurrentie in de ziekenfondssector effect sorteren. Dit vereist dan wel een politieke keuze voor micro-efficiëntie boven macro-kostenbeheersing als primaire beleidsdoelstelling.

Volksverzekering?

Behalve bij de wijze van ordening per compartiment, kunnen ook vraagtekens worden gezet bij de gekozen indeling in compartimenten. De kunstmatige scheiding tussen zorgvoorzieningen in afzonderlijke compartimenten heeft het nadeel dat het een doelmatige substitutie van voorzieningen belemmert en een ondoelmatige kostenafwenteling bevordert. Zo moeten oudere patiënten die na een behandeling in het ziekenhuis niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen soms noodgedwongen in het ziekenhuis blijven liggen omdat er in de thuiszorg en in de verpleeghuizen geen plaats is. Daar thuis- en verpleeghuiszorg tot het eerste compartiment behoren, hebben ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars geen enkele invloed op de capaciteit van deze voorzieningen.

De nadelen van het gesegmenteerde financieringssysteem worden al decennia onderkend en leiden met de nodige regelmaat tot voorstellen om alle voorzieningen onder te brengen in een brede volksverzekering. Als een feniks herrijst de volksverzekering telkens uit zijn as, om overigens iedere keer weldra tot stof weder te keren. Na de Structuurnota in 1974 en de Commissie Dekker in 1987, pleitte de WRR in 1997 opnieuw voor invoering van een volksverzekering⁶. En hoewel minister Borst afwijzend op het WRR-advies reageerde, toonde ook zij zich kort voor de Kamerverkiezingen van 1998 plotseling voorstander van een volksverzekering. Daarbij liet zij zich er overigens niet over uit hoe deze volksverzekering zou moeten worden geordend: conform de AWBZ of conform de ziekenfondsverzekering?

Afgezien van het feit dat een volksverzekering vanwege de gevolgen voor de collectieve lastendruk politiek niet haalbaar lijkt, zijn er ook twee inhoudelijke kanttekeningen bij de voorkeur voor een brede volksverzekering te plaatsen. Ten eerste heeft het opnemen van hogere inkomensgroepen in een brede volksverzekering het nadeel dat de lagere inkomensgroepen moeten meebetalen aan de door verzekering veroorzaakte 'moral hazard' onder hogere inkomensgroepen. De maatschappelijk gewenste inkomens- en risicosolidariteit kan daarom wellicht effectiever via verplichte solidariteitsheffingen worden opgebracht.

Ten tweede is de vraag of voor alle zorgvoorzieningen hetzelfde ordeningsregime het meest geschikt is. Zo lijken niet alle voorzieningen zich te lenen voor een allocatie op grond van geregelde concurrentie. Voor vormen van zorg waarvoor er onvoldoende kritische vragers zijn (bijvoorbeeld psychogeriatrische zorg), de contracten moeizaam te specificeren zijn waardoor de transactiekosten hoog zijn (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg) en waarbij er sprake is van belangrijke externe effecten (collectieve preventie) lijkt het model van geregelde concurrentie bijvoorbeeld minder geschikt⁷. Een onderscheid in verschillende compartimenten biedt dus de mogelijkheid van een 'ordering op maat'. De voordelen hiervan zouden moeten worden afgewogen tegen de nadelen van minder mogelijkheden voor substitutie en een groter risico op kostenafwenteling. In plaats van een zoveelste poging om een brede uniforme volksverzekering in te voeren is het vruchtbaarder om te zoeken naar een optimale samenstelling en ordening van de huidige compartimenten.

Zie ook:

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

ESB-Dossier: De zorg ontregeld?

Inleiding

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#)

Scenario's

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

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

Bestuur

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

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

Het zorgstelsel

F.T. Schut, Schipperen tussen plan en markt

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

Solidariteit

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

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

Blik vooruit

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

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

Epiloog

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

1 Staatsscretaris van VWS, *Interdepartementaal beleidsonderzoek: benchmarking in de AWBZ*, Tweede Kamer, 26474 (1), 13-4-1999.

2 J.L.T. Blank, [Benchmarken of de kunst van het vergelijken](#), *ESB*, 29 mei 1998, blz.432-435.

3 Minister van VWS, *Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment*, Tweede Kamer 26.517 (1), 29 april 1999.

4 R.M. Lapré, F.F.H. Rutten en F.T. Schut, Algemene economie van de gezondheidszorg, *Elsevier/De Tijdstroom*, Maarssen, 1999, blz.175-177.

5 L. Philips, *Competition policy: a game-theoretic perspective*, Cambridge University Press, 1995.

6 WRR, *Volksgezondheidszorg*, rapport nr. 52, SDU, Den Haag, 1997.

7 R.M. Lapré et al., op cit., 1999, blz.221-222