



Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden

Auteur(s):

Gunning-Schepers, L.J.

Stronks, K.

*De auteurs zijn werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum Amsterdam.***Verschenen in:**

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D4, 1 juli 1999

Rubriek:

Dossier De zorg ontregeld?

Trefwoord(en):

In deze bijdrage zal een drietal scenario's geschetst worden over de mogelijke ontwikkelingen in ons gezondheidszorgstelsel, afhankelijk van de wijze waarop in de komende jaren met bovengenoemde discussie wordt omgegaan. Alle leiden tot een tweedeling in de zorg. De keuze over welke tweedeling we wenselijk of aanvaardbaar achten is echter nog aan ons. Daarover zou de discussie in eerste instantie moeten gaan.

Twee jaar geleden heeft de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) met het rapport Volksgezondheidszorg de noodklok geluid¹. Doel was om de discussie over de toekomst van ons stelsel van gezondheidszorg te heropenen. Niet zozeer omdat er op dat moment een nijpende toestand ontstaan was, al zullen er sommigen geweest zijn die dat toen al constateerden. Maar veeleer, en dat past in de taak en de doelstelling van de WRR, omdat de raad voorzag dat er nu knopen moesten worden doorgehakt, wilde men in de toekomst nog met evenveel trots naar ons nationaal stelsel van zorg kunnen kijken. Intussen lijkt de tijd ook politiek rijp te zijn om die discussie te starten en de bijdragen in dit nummer zullen daar zeker een aanzet toe geven. Echter net als in voorgaande discussies lijkt ook nu weer de nadruk te liggen op het verzekeringsstelsel terwijl het rapport van de WRR juist benadrukte dat er geen zinvolle stelseldiscussie kan zijn zonder tegelijkertijd een discussie over "keuzen in de zorg" te hebben. De samenstelling van het basispakket dat voor iedereen toegankelijk is en waarvoor een breed draagvlak van solidariteit bestaat, is een noodzakelijke voorwaarde voor het ontwerp van het stelsel dat die solidariteit ook om kan zetten in een robuust en doelmatig systeem van financiering.

Scenario's voor een toekomst van het gezondheidszorgstelsel

Engeland scenario

Als je een Nederlander vraagt wat hij van de gezondheidszorg in de toekomst verwacht, dan wil men wat men nu heeft maar met minder wachttijd. Als je het de doorsnee politicus vraagt, zal hij je uitleggen dat we in Nederland het beste systeem ter wereld kennen en dat we dat vooral in stand moeten houden, maar dat het wel nog wat doelmatiger kan en moet, omdat men toch niet graag een nog groter percentage van het bnp aan de zorg zou willen uitgeven. Wat opvalt is dat beiden vooral de status quo willen bestendigen en slechts in de marge wat willen aanpassen. Het is ook langs deze lijnen der geleidelijkheid dat in deze laatste twee kabinetten, de politiek hete aardappel van de stelselwijziging is afgedaan. Echter, het is een illusie om te denken dat de status quo handhaafbaar zal zijn in de toekomst zonder nu een aantal lastige beslissingen te nemen. Zelfs bij een gelijkblijvend pakket zal de demografische onevenwichtigheid van de leeftijdsopbouw van onze bevolking, gekoppeld aan een omslagstelsel van de premies van ziekenfonds en AWBZ en de premiedifferentiatie van particuliere verzekeraars, een zware druk leggen op de toename van de individuele premiedruk in de komende jaren (25% had de WRR berekend tot 2020). Dan is er dus nog niets extra's voor de komende innovaties in zorg. Het is onwaarschijnlijk dat Nederlanders zullen afzien van mogelijke gezondheidswinst door bijv. gentherapie, nieuwe geneesmiddelen, verbeterde behandeling van patiënten met een herseninfarct of innovaties in de behandeling van suikerziekte. Ook is het niet waarschijnlijk dat Nederlanders die nu in hun huiselijke situatie gewend zijn geraakt aan een zekere levensstandaard in de toekomst zonder meer zullen accepteren dat ze in een verpleeghuis afstand moeten doen van al die verworvenheden zoals een eigen kamer, een dagelijkse wasbeurt of een eigen telefoon. Deze niet onredelijke vraag naar zorg zal ook in de komende jaren nog sterk toenemen. Zonder een fundamentele discussie over wat we wel en wat we niet voor iedereen in gelijke mate toegankelijk willen houden, dus wat we wel en wat we niet tot onze collectieve verantwoordelijkheid rekenen, zal of het budget voor de gezondheidszorg aanzienlijk moeten groeien of zal de geleidelijke verschraling die nu al zichtbaar begint te worden, doorzetten.

Er vanuit gaande dat een enorme groei van het budget politiek niet haalbaar is, zal het eerste scenario van het geleidelijk doormodderen zich dan ontvouwen als het scenario van verpaupering, van toenemende wachttijden, die patiënten het gevoel geven dat ze in theorie recht op zorg hebben waar ze ook premies voor betaald hebben, maar dat als ze het eenmaal nodig hebben het er gewoon niet is. Dat geldt evenzeer voor de curatieve zorg, van oogheelkunde tot de heupprotheses, als de care sector, met de toegang tot adequate thuiszorg of het verpleeghuis. Er wordt teveel voor iedereen beschikbaar gesteld met te weinig budget om het ook te realiseren. Het is waarschijnlijk dat de meeste mensen met geld dit niet zullen accepteren en zorg zullen kopen in een parallel circuit van particuliere zorg. Je zou dit kunnen omschrijven als een bypass van het collectieve systeem voor hen die bereid zijn meer te betalen voor hun eigen zorg. Dit particulier circuit zal zich beperken tot die deelgebieden waar de schaarste het meest voelbaar is. Dat maakt die bypass ook commercieel aantrekkelijk. Het gescheiden houden van collectieve en particuliere middelen is echter lastig.

Voor de professional in de gezondheidszorg, het belangrijkste kapitaal in ons systeem, is dit een weinig aantrekkelijk scenario. De

toenemende werkdruk en het continu moeten constateren dat men te weinig heeft kunnen doen om aan de behoefte tegemoet te komen, geeft een zodanige verschraving van de zorg dat het geen aantrekkelijk carrière perspectief biedt. De schaarste op de arbeidsmarkt in de komende jaren, ook als gevolg van die demografische onevenwichtigheid, versterkt deze potentiële onderbezetting. Het huidige systeem van algemene toegankelijkheid en gelijke kwaliteit van zorg wordt met de mond beleden, maar impliciet treedt de tweedeling op tussen de slimme en rijke 'bypass' bewandelaars en de meerderheid die veroordeeld is tot het verpauperde publieke systeem. Dit scenario zou je het Engeland scenario kunnen noemen, immers daar is dit al realiteit geworden.

Commercieel scenario

Het tweede scenario wordt ingegeven door de recente uitspraak van het Europese hof dat gezondheidszorg eigenlijk definieert als een economische activiteit en dus onder de mededingingswet laat vallen. De heel voorzichtig geïntroduceerde competitie onder de stelselwijziging van Simons, heeft gezorgd voor een duidelijke toename in de doelmatigheid van de zorg, zowel op het niveau van de ziekenfondsen als op het niveau van de zorginstellingen. Het heeft echter wel een keerzijde gehad, namelijk de toegenomen verstrengeling van de sociale verzekering zoals de ziekenfondsen die van oudsher in Nederland representeren, en de particuliere schadeverzekeringen die in sommige gevallen ook commercieel zijn. Als de deur van de commercialisering werkelijk open gaat, dan ontvouwt zich het Amerikaanse scenario, een scenario van moordende competitie waarbij een pakket aan zorg tegen een zo laag mogelijk tarief wordt aangeboden. Dat kan enerzijds door een goede risico-selectie ofwel op individueel maar veel vaker op groepsniveau (vergelijk de keuze die ook nu in Nederland al wel gemaakt wordt om een bedrijfsverzekering af te sluiten). Anderzijds wordt de zorgverlening zo kosteneffectief mogelijk uitgevoerd. Instellingen worden opgekocht om zelf de zorgketens te kunnen optimaliseren. Richtlijnen en protocollen in die zorgcomplexen zijn niet uitsluitend meer de verantwoordelijkheid van de professional die ze toetst op effectiviteit maar zijn ook een vorm van verantwoording aan de aandeelhouder die graag ziet dat de kosten zo laag mogelijk gehouden worden.

In dit scenario zal een flink deel van de bevolking relatief goedkoop goede zorg krijgen, verleend door commerciële instellingen die sterk met elkaar concurreren. Er zal echter ook een groep van de bevolking buiten de boot vallen ofwel omdat ze niet tot een laag-risicogroep behoren die via een groepsverzekering betaalbare zorg kan krijgen (denk aan de WAO'ers) of omdat ze individueel een zo hoge premie krijgen opgelegd dat ze die niet kunnen opbrengen. Voor deze mensen zullen collectieve voorzieningen moeten worden gecreëerd, bijv. via het ziekenfonds of de AWBZ. Daarbij hoeft er natuurlijk niet zoals in de VS een gat van onverzekerden te vallen tussen diegenen die onder deze collectieve verzekering vallen en diegenen die zich commercieel kunnen verzekeren. Het zal echter wel zo zijn dat de financiële draagkracht van deze sociale verzekering veel lager zal zijn dan het huidige ziekenfonds omdat de lage risico's naar de aantrekkelijke premiestelling van de commerciële verzekeraar zijn overgestoken. Er zal dus veel meer dan nu het geval is moeten worden bijgepast, of uit de belastinggelden of door een vorm van inkomenssteun. Het gebrek aan risicosolidariteit zal hier moeten worden gecompenseerd door inkomenssolidariteit. In dit scenario is geen schaarste aan voorzieningen. De overheid heeft de regulering van het aanbod opgegeven, want commerciële verzekeraars willen voldoende zorg voor hun verzekerden kunnen garanderen.

Nieuwe medische mogelijkheden of uitbreiding van de extra's in het zorgpakket kunnen gemakkelijk worden ingevoerd in het particuliere pakket zolang de premiestijging die daarvan het gevolg is nog aanvaard wordt door de verzekerden. Zolang de collectieve middelen voldoende zijn om een zelfde pakket van zorg aan te bieden aan de ziekenfondsverzekerden, met alle subsidiëring van dien, hoeft hier geen tweedeling op te treden. Er is geen vermenging van collectieve en particuliere gelden, maar de overheid moet slaafs volgen wat de markt aan haar verzekerden weet te verkopen, en heeft weinig controle meer over het pakket waarvoor solidariteit geëist wordt. Met elke uitbreiding van het pakket met een navenante premiestijging zal er een aantal verzekerden niet meer in staat zijn om de premies op te brengen en daarmee ten laste komen aan de collectieve verzekering. De tweedeling ontstaat zodra de overheid niet meer in staat is om de subsidiëring van de collectieve verzekering te handhaven voor een verzekeringspakket dat op de markt wordt gerealiseerd.

WRR scenario

Het laatste scenario is het Volksgezondheidszorgscenario van de WRR. Daarin wordt bewust gekozen voor een tweedeling in de zorg, maar niet één tussen groepen verzekerden maar in het verzekerde pakket. Er is een basispakket voor iedereen, betaald met een volksverzekering. In dat basispakket zitten alle vormen van zorg waarvan wij als samenleving vinden dat ze voor iedereen toegankelijk zouden moeten zijn. Daarnaast staat het een ieder vrij om voor de vormen van zorg die niet in het basispakket zitten een aanvullende verzekering af te sluiten op de particuliere markt van schadeverzekeraars. Er wordt in het WRR rapport een systeem beschreven om een basispakket samen te stellen. Die expliciete methode maakt het mogelijk om ook nieuwe ontwikkelingen in het basispakket op te nemen, zonder dat dat het gevolg is van de 'willekeur van de decibellen'. De mate waarin vormen van zorg bijdragen aan de duale doelstelling van het volksgezondheidszorgsysteem, gezondheidswinst en zorg voor zieken, bepaalt de bereidheid van burgers om niet alleen te betalen voor hun eigen toegang tot die zorg, maar ook de toegankelijkheid voor de buurman te waarborgen. Deze solidariteit kan alleen doelmatig gegarandeerd blijven met een zo groot mogelijke risicosolidariteit en een zo klein mogelijke inkomenssolidariteit. Dit is alleen mogelijk met een verplichte verzekering voor iedereen met een premie die niet naar risico (en dus ook niet naar leeftijd) is gedifferentieerd. Hoe men inkomenssolidariteit bewerkstelligt is eigenlijk voor de verzekeringsvorm niet relevant, al zal een zekere mate van inkomenssolidariteit altijd noodzakelijk blijven. Bij dit scenario is het overduidelijk dat de afbakening van het pakket en de keuze voor een sociale volksverzekering samengaan. Daarmee wordt de mogelijkheid gecreëerd om voor de zorg die in het basispakket zit, ook voldoende middelen ter beschikking te stellen en voor die zorg die er niet in wordt opgenomen ook eerlijk aan te geven dat verantwoordelijkheid hiervoor bij het individu ligt.

Dit scenario dat nu al twee jaar geleden werd gepresenteerd door de WRR is niet gemakkelijker uit te voeren. Dat hangt samen met de Europese regelgeving. Het zal ongetwijfeld moeilijker worden om vol te houden dat wij een sociale verzekering hebben, met de toegestane monopoliepositie van onze ziekenfondsen als wij niet bereid zijn er ook daadwerkelijk een volksverzekering van te maken. Als enige land in Europa hebben we een parallel, en intussen zeer verstrengd, systeem van sociale en particuliere verzekeringen in de zorgsector. Een heldere keuze, voor de scheiding tussen collectieve middelen en particuliere gelden langs de lijnen van een volksverzekering voor een basispakket en een schadeverzekering voor een aanvullend pakket, kan wellicht de basis bieden om die gelijke toegankelijkheid voor de essentieel geachte zorg veilig te stellen tegen een zo laag mogelijke prijs. Dat vereist echter wel de moed om de stelseldiscussie te verbinden aan de keuzediscussie. De belangrijkste winst bij dit scenario is wellicht de expliciete keuzes die gemaakt worden voor de gewenste tweedeling.

De discussie op weg naar een toekomstig stelsel

Drie scenario's werden gepresenteerd die sterk verschillen in de vorm van de daaruit voortvloeiende tweedeling en in de noodzakelijke politieke sturing om ze te realiseren. De mate van sturing is het grootst in het derde scenario, waarvoor ook de tijd dringt. Zijn we hiertoe niet bereid of in staat, dan ontstaat wellicht ongewild één van de andere twee scenario's. Daarbij wordt de gelijke toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, een uitgangspunt van ons huidige systeem, opgegeven. De start van de discussie zou daarom moeten zijn welke zorg je in de komende demografische transitie voor iedereen toegankelijk zou willen houden en waarom. De omvang van een dergelijk pakket wordt slechts bepaald door de grenzen van de solidariteit. De bereidheid tot die solidariteit hangt af van het vertrouwen van burgers dat de geboden zorg ook effectief is en doelmatig wordt aangewend. Een systeem waarin zowel verzekeraars als instellingen als beroepsbeoefenaren verantwoording voor de geleverde zorg afleggen op deze twee punten, hoort dan ook onlosmakelijk bij een dergelijke volksgezondheidszorg.

Bij de keuze voor een toekomstig stelsel moet daarnaast een drietal punten om in de gaten worden gehouden. Essentieel voor de afbakening van een basispakket is de erkenning dat wij in het algemeen belang sommige vormen van zorg belangrijker vinden dan andere en dat die afweging best eens zou kunnen afwijken van wat een individu zelf zou kiezen. Daarom biedt een aanvullende verzekering ook altijd de mogelijkheid om die persoonlijke voorkeuren bij te verzekeren. Bij de afbakening van de collectieve verantwoordelijkheid blijft het echter zaak dat de overheid willekeur vermijdt, vandaar dat een transparant systeem van afweging in termen van kosten-effectiviteit of kosten-kwaliteit daaraan ten grondslag moet liggen. Dat zal ongetwijfeld moeten worden onderbouwd door deskundige adviseurs, maar de uiteindelijke afweging ligt bij de gekozen volksvertegenwoordiging, die immers het algemeen belang behartigt.

Het tweede principe is dat het voor de solidariteit belangrijker is wie er bijdraagt aan de lasten dan wie mee geniet van de lusten. Hoe groter de differentiatie van risico's in een verzekerdenbestand (en dus hoe groter de risicosolidariteit) hoe beter zo'n verzekering in staat is zijn eigen kosten te financieren. Een volksverzekering is daarvan de meest extreme vorm. Hoe groter die risicosolidariteit hoe kleiner het resterend gat dat door inkomenssolidariteit gedicht moet worden. En inkomenssolidariteit blijkt altijd weer de achilleshiel van een stelseldiscussie te zijn.

Deze laatste overweging is vooral van belang als we ons realiseren dat de stelseldiscussies in de gezondheidszorg in het verleden sterk vanuit een partijpolitiek perspectief gevoerd zijn. Als je echter kijkt naar de door de verschillende partijen geformuleerde doelstellingen dan lopen die niet sterk uiteen, al worden er wel vaak heel andere woorden gebruikt. De kunst bij deze komende discussie zal dan ook zijn om zo dicht mogelijk bij de inhoudelijke doelstellingen te blijven en goed te beseffen dat het gekozen financieringsstelsel niets anders is dan het middel om dat doel te bereiken.

Conclusies

Het lijkt ons hoog tijd om te erkennen dat doormodderen met het huidige stelsel onherroepelijk zal leiden tot een impliciete tweedeling. Een verdere commercialisering van de gezondheidszorg lijkt door de Europese ontwikkelingen onafwendbaar tenzij men op zeer korte termijn bewust kiest voor een volksverzekering voor een basispakket aan zorg. De tweedeling tussen een basispakket dat voor iedereen toegankelijk is en een aanvullend pakket waarin individuele keuzevrijheid voorop staat, is helder en voorkomt verstrengeling van publieke en private gelden. Het vereist echter wel de moed om de komende discussie zowel een stelsel- als een keuzediscussie te laten zijn. Het WRR-rapport biedt voor die discussie nog steeds een aantal bruikbare uitgangspunten.

Zie ook:

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

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 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Volksgezondheidszorg*, WRR rapporten aan de regering 52, SDU, Den Haag 1997