



Stelstelmatig herzien

Auteur(s):

Lieshout, P.A., van
Directeur-Generaal Zorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D3, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuw en

Trefwoord(en):

zorg

De stelselherziening in de gezondheidszorg nadert een nieuwe besluitvormingsronde. Diverse dilemma's rond de sturing en de financiering van het stelsel dienen te worden opgelost. Efficiëntie met behoud van solidariteit is een uitdaging voor zorgverzekeraars en voor zorgaanbieders. Wat is de visie van VWS en welke discussiepunten zijn nu aan de orde?

Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel staat ter discussie. Dat is niet nieuw: ieder decennium wordt er een 'stelselverandering' afgekondigd. Sinds het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw is er een ononderbroken stroom van debatten geweest over het gezondheidszorgstelsel. Meestal wordt de afkondiging van een stelselherziening gevolgd door een intensief proces van speculatie over de vraag of deze verandering het nu wel of niet zal halen. Een dergelijke voorstelling van zaken doet weinig recht aan de wijze waarop het gezondheidszorgstelsel veranderd is en wordt. Ik zal dat in het navolgende duidelijk maken. Daarmee heb ik dan tegelijk een aanloop genomen naar mijn hoofdvraag: wat staat er bij de komende stelselwijziging op het spel?

Stelselwijzigingen in perspectief

De term 'stelseldebat' kan versluisend werken, want het blijft impliciet over welk stelsel we het nu eigenlijk hebben. De preciezen lijken daar een verandering van het verzekeringsstelsel onder te verstaan, de rekkelijken scharen ook de verantwoordelijkheidsverdelingen en het bijpassende bestuurlijke instrumentarium onder dit begrip. In beide gevallen is een reductie van de geschiedenis in termen van grote stelselwijzigingen inadequaat. Dat de verantwoordelijkheidsverdelingen en het bijpassende bestuurlijke instrumentarium de laatste jaren steeds wijzigingen ondergaan hebben, zal voor iedereen die op de hoogte is van de beleidsontwikkelingen in de zorg bekend zijn. Hetzelfde geldt echter voor het verzekeringsstelsel. Een voorbeeld: staatssecretaris Simons is in de beeldvorming de geschiedenis ingegaan als de aanhanger van een mislukt plan dat nota bene zijn naam droeg. Toch is tijdens zijn bewindsperiode meer aan het verzekeringsstelsel veranderd dan in de decennia daarvoor. Zo werden in deze periode verzekeraars in het kader van de Ziekenfondswet stap voor stap verder risicodragend gemaakt. In de jaren daarna is die risicodragendheid verder vorm gegeven: inmiddels zijn verzekeraars volledig risicodragend over het extramurale deel van de curatieve zorg, en tot op beperkte hoogte inmiddels ook al over het intramurale deel. Simons liet voorzichtig een geest uit de fles ontsnappen die niet meer terug te stoppen lijkt en dat maakt hem retrospectief toch tot een belangrijke veranderaar. Kortom, veranderingen verlopen zelden volgens een stereotiep beeld.

Is er dan geen reden om te spreken over een komende stelselwijziging? Zeker wel. Het gaat immers om serieus systeemonderhoud. Dat is meer dan 'piece meal engineering', maar minder dan een revolutie. Eens in de zoveel tijd moeten maatschappelijke stelsels aangepast worden aan de eisen van de tijd. De veelheid aan grotere en kleinere problemen worden dan niet langer beschouwd als zaken die allemaal individueel van een hanteerbare oplossing moeten worden voorzien. Een aantal principiële zaken verdient herbezinning, zeker in het licht van de ontwikkelingen die op ons afkomen. Zo'n moment lijkt in de zorg te zijn aangebroken.

In de loop van de afgelopen jaren is er een veelheid aan ideeën naar voren gebracht over de gebreken van het huidige gezondheidszorgstelsel. De rode draad is de noodzaak om in de uitvoering van de zorg meer vrijheidsgraden voor partijen te introduceren. Op die manier kunnen technologische ontwikkelingen beter worden geacommodeerd. Ook ontstaat er een duidelijker gevoelde prikkel voor aanbieders om bij de vormgeving van de zorg zich nog sterker te laten leiden door de preferenties van burgers. Het innovatief en adaptief vermogen van de zorgsector moet omhoog. Opvallend is dat in deze formulering in het geheel niet gesproken wordt over een verzekeringsstelsel. Dat wil niet zeggen dat er geen veranderingswensen zijn ten aanzien van de verzekeringsstructuur, maar vanuit het perspectief van het beter laten functioneren van de gezondheidszorg is dat in eerste instantie een afgeleide vraag. Vanuit dit perspectief is het vooral interessant welke verantwoordelijkheden verzekeraars op zich zouden kunnen en moeten nemen.

Verzekeringsstelsel

Zijn er dan geen argumenten die op zich zelf er voor pleiten om het verzekeringsstelsel te veranderen? Zeker, zo is de mengvorm van inkomensafhankelijke premie (ziekenfonds) en nominale premie (particulier) op zijn minst merkwaardig: waarom is inkomenssolidariteit beperkt tot de laagste inkomenscategorieën? En waarom verzekert de ene verzekering gezinnen en de andere individuen? Zo wordt gaandeweg duidelijk dat het bij een stelseldebat niet gaat om het veranderen op basis van één algemeen gedeeld uitgangspunt. Meer flexibiliteit in de uitvoering is een belangrijk uitgangspunt; inkomenssolidariteit is een ander. Dat betekent dat de veranderingen in het stelsel het beste getypeerd kunnen worden als een andere weg van een aantal op zich reeds bestaande doelstellingen op basis van een aantal onderling gerelateerde problemen.

Over die gewijzigde weging van doelstellingen verschillen de meningen in het politieke spectrum. Tegelijkertijd valt er een duidelijke onderstroom te onderkennen die breed onderschreven wordt. Zo lijkt het streven naar meer flexibiliteit en klantgerichtheid belangrijker te worden en gelooft men dat kostenbeheersing beter tot zijn recht komt, als men decentraal de juiste prikkels inbouwt in plaats van centraal 'budgettaire krapte' oplegt via het strakke keurslijf van de aanbodbeheersing. De afgelopen twintig jaar is er een uitgebreid stelsel van instrumenten ontstaan om met name de kosten in de zorg te beheersen. Enkele instrumenten zijn daar specifiek op gericht. In de meeste gevallen echter zijn bestaande instrumenten die andere doelen hadden, mede gebruikt voor financiële beheersing. Het lijkt erop dat in brede kring het streven is om meer ruimte voor decentrale budgettaire beslissingen te bieden. Daarmee is overigens nog niet gezegd dat kosten(beheersing) geen rol meer speelt: het lijkt er eerder op dat het begrip vervangen wordt door het begrip doelmatigheid. Doelstellingen als toegankelijkheid en solidariteit wogen altijd al zwaar en alles wijst erop dat dit zo zal blijven.

Debat: meer ruimte voor partijen

Er tekenen zich twee hoofdlijnen voor het debat af. De eerste lijn gaat over de vraag hoe op een verantwoorde manier meer ruimte te bieden. Dat is de vraag naar een wijziging van verantwoordelijkheidsverdeling en de vraag naar de bijstelling van het besturingsinstrumentarium. Het is daarbij verleidelijk om te denken in termen van 'meer markt' en 'minder overheid', maar dat is een te eenvoudige voorstelling van zaken. Allereerst is het van belang om ons te realiseren dat er niet twee, maar vier partijen zijn: de overheid, de verzekeraars, de aanbieders en burgers. De laatsten hebben ook weer verschillende belangen als premiebetaler en als consument annex patiënt. Een verschuivende verantwoordelijkheid hoeft niet te betekenen dat bevoegdheden van de overheid overgaan op verzekeraars; het kan ook zo zijn dat de speelruimte voor nieuwe aanbieders vergroot wordt, bijvoorbeeld door het afschaffen van een systeem van vaste tarieven of door het vereenvoudigen van vestigingsregels. Het kan ook zijn dat de vergroting van de ruimte vooral gezocht wordt bij de burgers. Het streven om op korte termijn het persoonsgebonden budget op veel grotere schaal in de niet-curatieve zorgsector ('care') gemeengoed te maken, past bijvoorbeeld in die redenering. Het gaat bovendien niet per se om minder overheid: het zal eerder gaan om een andere overheid. Nu heeft de overheid een veelheid aan instrumenten die vooral gericht zijn op de beheersing van het aanbod: allerlei regels schrijven precies voor wie wat tegen welk tarief mag uitvoeren. Een dergelijke vorm van sturing op de uitvoering kan meer op hoofdlijnen: in plaats van gedetailleerde aanspraken zijn er slechts functionele omschrijvingen en in plaats van gedetailleerde budgetvoorschriften komen er slechts maximumtarieven ingeval die niet als evenwicht uit de markt resulteren, enzovoorts.

Tegelijkertijd zal een andere set instrumenten worden aangescherpt. Ten eerste komt er een beter toezicht op het functioneren van de markt, dat vragen beantwoordt als: hoe zit het met monopolievorming en machtsmisbruik, hoe verloopt de prijsvorming en hoe is de transparantie van de markt? Ten tweede komt er meer informatie op strategisch niveau, bijvoorbeeld omtrent de toegankelijkheid en ten derde wordt meer expliciete aandacht besteed aan de kwaliteit van het geleverde. Kortom, een andere overheid, die meer de oppervlakte van het speelveld bepaalt en uitlegt wat de regels zijn, en minder een overheid die steeds zelf aan de bal wil zijn en zich bovendien permanent bemoeit met de opstelling en de tactiek van de spelers.

Verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheden verschuiven dus eerder dan dat ze verdwijnen. Het zal duidelijk zijn dat, hoe dat ook vormgegeven wordt, in alle gevallen meer vrijheidsgraden voor aanbieders en verzekeraars de leidraad zullen zijn bij een stelselwijziging. Die formulering maakt al duidelijk dat het er niet om gaat, zoals tegenwoordig soms geroepen wordt, om 'de verantwoordelijkheid' geheel over te dragen. De vraag is vooral in welke mate en in welk tempo. De gezondheidszorg blijft een sector waaraan burgers hoge eisen stellen en waarbij ze van de overheid verwachten dat deze toeziet op het realiseren van deze eisen.

Spelregels

Van de overheid zal dan ook gevraagd worden een set aan spelregels te blijven definiëren die, in vergelijking met andere maatschappelijke sectoren, strakker omschreven is: fysieke, sociaal-culturele en financiële toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid blijven belangrijke publieke belangen. Als ideaal zou voor sommigen kunnen gelden dat die publieke belangen geborgd worden door een zelfregulerend systeem. Als ideaal is dat mooi, maar de manier waarop de zorgsector georganiseerd is, staat nog ver af van dat beeld. Er is sprake van asymmetrie in informatie en in machtspositie, en er zijn grote toetredingsbarrières. Vandaar dat ieder systeem waarin meer vrijheid voor partijen wordt gecreëerd, tegelijkertijd gepaard zal moeten gaan met een serie maatregelen om deze specifieke marktperfectionen van de zorgsector te compenseren.

Deelmarkten

Daarbij is het van belang om niet het idee te koesteren dat er één gezondheidszorg zou zijn. De zorg bestaat uit een aantal deelmarkten die ieder hun eigen karakteristieken hebben. De wereld van de academische ziekenhuizen is een wereld waarin nieuwe aanbieders maar beperkt zullen kunnen toetreden: een academisch ziekenhuis kost al snel meer dan een miljard gulden. Daarentegen is de markt van de fysiotherapie een bijna verzadigde markt: de ruim tienduizend fysiotherapeuten dingen om de gunsten van cliënten, terwijl de toetredingskosten ver beneden de honderdduizend gulden liggen. De machtspositie van verzekeraars is dan ook een wezenlijk andere in beide deelmarkten: het reguleren van kwaliteitseisen en de prijsvorming moet in beide deelmarkten dan ook op heel andere manieren geregeld worden. In het eerste geval zal er altijd een stevige rol voor de regelgever en de toezichthouder blijven; in het tweede kan veel geregeld worden binnen de contractuele verhouding tussen zorgverzekeraar en aanbieder.

De maatvoering in vrijheidsgraden is dan ook een belangrijk onderwerp bij een stelselherziening. Dat is overigens een debat met winnaars en verliezers. Het grootste knelpunt zit daarbij bij de verzekeraars. Daar is sprake van een sterk ongelijke situatie: de ziekenfondsen hebben nu verhoudingsgewijs erg weinig ruimte, de particuliere verzekeraars juist heel veel. De eerste kennen bijvoorbeeld een zorgplicht en een acceptatieplicht, de tweede niet. Wanneer er meer ruimte voor verzekeraars gecreëerd gaat worden en ze zich dus ook meer als onderneming moeten gaan gedragen, ligt het voor de hand ook de leerstelling van het 'level playing field' aan te halen. Alle partijen zullen een gelijke uitgangspositie moeten hebben en aan vergelijkbare spelregels moeten zijn onderworpen. Dat betekent dat een fundamenteel ongelijke situatie gelijk getrokken zal moeten worden.

Debat: netjes verzekeren

Het creëren van meer ruimte voor partijen is de eerste hoofdstroom in het stelseldebat. De tweede wordt gevormd door het herijken van het verzekeringsstelsel zelf. In brede kring lijkt er overeenstemming dat iedereen verzekerd moet zijn. Wat wordt er dan verzekerd, oftewel hoe ziet het pakket er uit? Het antwoord daarop is minder eenduidig: sommigen zouden het huidige ziekenfondspakket graag willen uitbreiden, in het bijzonder met de tandheelkundige zorg, anderen willen het graag inperken, bijvoorbeeld door de huisarts en specifieke categorieën geneesmiddelen uit te sluiten. Het antwoord op die vraag is in hoge mate politiek. De ervaring met tien jaar pakketdiscussie laat in ieder geval zien, zo heeft het CVZ geïllustreerd, dat alles wat uit het pakket gehaald wordt, er na verloop van tijd weer in gaat, en dat de besparingen altijd lager zijn dan aanvankelijk becijferd¹. Ook de vraag of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz) onderdeel zou moeten zijn van een brede verzekering, heeft al veel stof doen opwaaien.

In het verlengde van de vraag naar de omvang van het pakket luidt de vraag hoeveel keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid we willen toelaten in een verzekeringsstelsel. Zoiets kan tot zijn recht komen door verzekeraars toe te staan specifieke polissen aan te bieden waarbij voorwaarden gelden met betrekking tot de aanbieders waarop een beroep gedaan kan worden ('preferred provider arrangementen') of waarbij een (vrijwillig) eigen risico wordt geïntroduceerd. Het introduceren van dergelijke vormen van keuzevrijheid impliceert altijd een uitruil met de mate van risicosolidariteit in het systeem. Dat maakt het ook een sterk politiek-normatieve vraag.

Tot slot is het de vraag hoe de premie geheven gaat worden: inkomensafhankelijk of nominaal of een mengvorm? Deze vraag lijkt het debat over het stelsel te beheersen. Vanuit het perspectief van het goed functioneren van de gezondheidszorg is het echter een vraag die pas heel laat gesteld moet worden. Het valt weliswaar te verdedigen dat een zekere nominale premie goed is om burgers bewuster te laten kiezen voor specifieke verzekeraars, maar de prijselasticiteit van premies lijkt vooralsnog gering door de geringe transparantie en de administratieve belemmeringen (lasten) bij een overstap van verzekeraar. Dus een te groot effect hiervan valt niet te verwachten zonder aanvullend beleid dat deze knelpunten wegneemt. Daarmee wordt de vraag in hoge mate een politieke: wensen we de inkomenspolitiek specifiek voor de zorg te organiseren, of kan deze beter in de fiscale sfeer plaatsvinden?

Conclusie

Het stelseldebat, zo moge duidelijk zijn, is niet de vraag naar één verandering, maar de vraag naar een aantal min of meer samenhangende veranderingen tegelijkertijd. De stelselverandering, zo moge ook duidelijk zijn, is een transformatieproces en geen 'turn key'-project. Het is zaak recht te doen aan die complexiteit en aan het proceskarakter. Dat maakt het misschien lastiger, maar tegelijkertijd ook veel fascinerender. De komende tijd zullen een aantal vragen beantwoord moeten worden: hoeveel vrijheidsgraden vinden we verantwoord, op welke manier kan dat al dan niet stapsgewijs en gedifferentieerd naar deelmarkt worden ingevoerd, welke instrumenten behoeven aanpassing om de publieke belangen goed te borgen en hoe komt de uitruil tussen keuzevrijheid en solidariteit er uit te zien? De beantwoording van een deel van die vragen is sterk normatief, maar een deel van de keuzen kan sterk onderbouwd worden met zakelijke argumenten. Dat maakt dat dit themanummer een belangrijke rol in het herzieningsproces kan vervullen.

Zie reactie van E.H.J. Bassant: [Het gaat toch echt om meer markt](#), *ESB-Dossier, Zorgvuldig vernieuwen*, 14 juni 2001, blz. D4

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

1 A. Boer, *Het basispakket: inhoud en grenzen*, publicatie 01/46, College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, 2001.