

Twintig jaar hervorming van de gezondheidszorg

In twintig jaar zijn de gedachten over de organisatie en financiering van de gezondheidszorg ingrijpend veranderd. In de Structuurnota uit 1974 werd alles met behulp van wet- en regelgeving geregeld. Nu dienen volgens de nota-Simons de verschillende marktpartijen zelf overeenkomsten te sluiten. De nadruk is verschoven naar de regulering van de vraag. Lusten en lasten worden directer aan elkaar gekoppeld. De gezondheidszorg moet niet te veel aan de markt worden overgelaten, omdat anders bepaalde 'moeilijke' groepen patiënten uit de boot dreigen te vallen.

J.P.M. HENDRIKS*

1974-1990

Een vraag die bij mij wel eens opkomt als ik nieuwe beleidsvoorstellen beluister, is of ik nu werkelijk nieuwe geluiden hoor of dat het voornamelijk wat bedaaide, zelfs min of meer afgezaagde, melodieën zijn; zij het dat men ze aantrekkelijk probeert te maken met populaire hoezen. Maar soms hoor ik ook wel onbekende, tot de verbeelding sprekende en veelbelovende klanken.

Van 1974 naar 1990, het is in de gezondheidszorg niet anders dan in de muziek: toen was de inmiddels afgeschreven grammofoonplaat populair, nu de compact disc. Een aantal problemen van toen is hetzelfde gebleven, maar zienswijze en benadering zijn in de loop der jaren veranderd. Nieuwe ideeën worden gelanceerd. In 1974 moest de overheid, naar algemeen gevoelen, alles regelen. Nu moet en wil de overheid terugtreden en de oplossing van een aantal problemen overlaten aan het veld; de overheid op afstand.

Mijn eerste stellingname is daarom dat, zo het soms al anders lijkt, de problematiek in de gezondheidszorg niet tijdens elke kabinetsperiode verandert. Natuurlijk zijn er aanmerkelijke verschillen tussen toen en nu. Ik wees al op het verschil in denken over de taak van de overheid. Maar er zijn ook doorlopende ontwikkelingen te noemen:

- een aanzienlijke versnelling in medisch-technisch kunnen. Het lijkt mij dat dit nog wel even zal doorgaan. Parallel hieraan mag men er van uitgaan dat het verwachtingspatroon bij de hulpvrager stijgt. Soms vraag ik mij bedrukt af of die verwachting ondanks alles niet te hoog gespannen is. En bij deze vooruitgang dringt de vraag zich op of alles wat kan, ook mag;
- de ontgroening en vergrijzing. Naast 'cure' zal ook de 'care' een steeds groter beslag gaan leggen op de financiële middelen, indien wij de status van beschaafde natie willen handhaven. In lijn met deze ontwikkeling ligt natuurlijk de vraag of die zorg voor de bejaarden met lage inkomens betaalbaar en dus bereikbaar blijft;

- toenemende professionalisering en ontwikkeling op vele niveaus van samenwerkingsverbanden, ondanks de door velen beleden voorliefde voor zelfhulp en mantelzorg. Hieraan gekoppeld zie ik toenemende specialisatie en ook differentiatie in het aanbod. Als logisch gevolg van deze ontwikkeling moeten veel grotere eisen aan het management worden gesteld. De tijd van het ziekenhuis waar de totale administratie met het ruitjesschrift en de kroontjespen werd gevoerd, ligt ver en ver achter ons;
- fors toenemende kosten. Dat was in 1974 tijdens de hoogconjunctuur al een probleem, in de voorbije jaren van economische teruggang hebben wij kunnen zien waartoe dit leidde. De soms dramatische gevolgen daarvan zijn nog steeds voelbaar.

Ondanks al deze ontwikkelingen, die overigens beslist niet allemaal als negatief moeten worden aangemerkt, dient de gezondheidszorg hoe dan ook voor een ieder toegankelijk te zijn.

Ik noemde zojuist de periode 1974-1990. Terloops duidde ik al op het verschil tussen toen en nu, dat gelegen is in hoe we tegen de problemen aankijken en op welke manier wij die te lijf willen gaan.

In 1974 was het hoofdprobleem een onbeheerste ontwikkeling van het aanbod. Denk in dit verband aan de almaar toenemende ziekenhuiscapaciteit. Kamerbreed, maar ook daarbuiten heerste de opvatting dat de overheid die uit de hand gelopen ontwikkeling beheersbaar zou kunnen maken via wet- en regelgeving. Indien dat lukte, dan zou ook de kostenontwikkeling beheersbaar worden. Om de omvang van dit laatste probleem nog even in de herinnering terug te roepen: de kosten stegen toen jaarlijks met 25%.

* Dit artikel is gebaseerd op een toespraak van de heer J.P.M. Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid op de studiemiddag *De plannen van Simons*, georganiseerd door het Postacademisch onderwijs Algemene Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Utrecht, op 13 juni 1990 in het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

Nu, in 1990 hebben wij een leerproces doorgemaakt en hebben wij de grenzen van die benadering leren kennen. De medisch-technische ontwikkeling gaat door. Een poging om die te beheersen zal zonder twijfel leiden tot verstarring en tot een achterstand op de ontwikkeling in de westerse wereld. We hebben daarnaast, door sommigen met spijt, moeten constateren dat de overheid niet alwetend is, en misschien nog minder almachtig.

Achter ons ligt een periode van rigide bezuinigingsdrift, soms ten onrechte vereenzelvigd met kostenbeheersing. Gesteld moet worden dat de grenzen van het toelaatbare overschreden zijn en dat er geen inhoudelijke beleidskeuzen meer worden gemaakt. Laten wij elkaar geen overmatige winst aanpraten: de gevolgde methodiek van kostenbeheersing is goeddeels kosmetisch van aard en niet voor continuering vatbaar. Zeker daar deze voor een uitermate belangrijk deel is toe te schrijven aan de gematigde, en naar nu blijkt te matige, loonontwikkeling in deze sector. Ook als wij dus doorgaan zo zuinig en verantwoord mogelijk om te springen met de financiële ruimte, dan zullen de kosten stijgen als de loonontwikkeling weer gelijke tred gaat houden met die in het bedrijfsleven. Om nog maar niet te spreken van het inhalen van beweerde achterstanden.

Nota-Simons

De nota-Simons breekt in die zin met tot dusver gehuldigde opvattingen, dat men eerder denkt aan het reguleren van de vraag dan aan het reguleren van het aanbod. Als ik het wat harder formuleer dan zeg ik dat in deze visie het probleem gezocht wordt in de overconsumptie. De logische consequentie van dit standpunt is een pleidooi voor zelfbeheersing en dat lusten en lasten directer aan elkaar worden gekoppeld. Ik zou hierbij de kanttekening willen maken dat het beleid niet al te modieus moet worden door van het ene naar het andere uiterste te switchen. Het is immers ontegenzeggelijk zo dat vraag en aanbod elkaar beïnvloeden. Beheersing van alleen het aanbod of uitsluitend de vraag leidt niet tot het gewenste resultaat. Vraag en aanbod worden gevoed door factoren waarop het beleid kennelijk nauwelijks greep heeft. Ook als wij zuinig zijn en de uiterste doelmatigheid betrachten, zullen de kosten stijgen. De loonontwikkeling kan niet blijvend achterlopen bij het bedrijfsleven. Zelfs kan men zich afvragen of hier niet van zodanig hoogwaardige arbeid sprake is dat die daarop zou moeten vooruitlopen. Gelukkig lijkt het erop dat er op dit front enig licht gaat gloren. Zo niet dan is de rekening die wij binnenkort krijgen aangeboden dramatisch hoog, want het zou betekenen geen of weinig handen aan het bed.

De plannen van Simons zou ik aldus kunnen waarderen. Op de eerste plaats waardering voor de vernieuwde aandacht voor de zorginhoudelijke koers; gaarne instemming met een zorgverzekering voor iedereen en het vervallen van het onderscheid tussen fonds en particulier alsmede voor de breedte van het pakket. Iets moeilijker heb ik het met de regulering van de vraag. Hoe doe je dat? Hetzelfde geldt voor het loslaten van de aanbodregulering.

Bezie ik het thema zorgvernieuwing, dan is mijn eerste waarneming dat het aanpassingsvermogen van instellingen en beroepsgroepen toeneemt. Dat blijkt ook uit het feit dat er op dit gebied in de laatste 20 jaar wel degelijk iets is veranderd. De vraag is wel welke veranderingen ook bewust ondersteuning verdienen. In de adviezen over de grenzen van de zorg, zoals uitgebracht door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad is gepleit voor een betere toets op effectiviteit, ethische aanvaardbaarheid, bruikbaarheid en kosten.

Daarbij denk ik dat het niet goed zou zijn dit geheel aan de markt over te laten. De overheid, al is het maar op de achterhand, moet daar ook mee bezig blijven en zo nodig corrigerend of bijsturend optreden.

Al eerder heb ik blij gegeven van instemming met het plan tot invoering van één basisverzekering, tot zover min of meer conform 'Dekker', maar nu met een breed pakket en slechts een ondergeschikte rol voor de aanvullende verzekering. De pro's en contra's hiervan zijn sedert Dekker voldoende afgewogen en ik meen dat de keuze die Simons nu maakt een goede is. Een andere verdeling zou inderdaad risico's voor de gezondheidszorg met zich brengen. Van harte juich ik het voornemen toe van een prudente invoeringsstrategie met ijkpunten. De invoering van een nieuw stelsel zoals voorgenomen zal een complexe zaak blijken te zijn; moeilijker zelfs dan menigeen op dit moment voorziet.

Overigens past hierbij wel de vraag hoe bestendig de 85/15-verdeling op den duur zal blijken. Begrijp ik de plannen goed, dan wordt in de 15% nominaal meegerekend de eigen bijdrage, premies voor aanvullende verzekeringen enzovoort. Omdat het bij dat laatste om zeer aanzienlijke bedragen gaat, vrees ik dat de resterende nominale premie op enig moment, althans optisch, zo laag zal zijn dat de neiging bij sommigen om eventuele doorgaande kostenstijging maar daaruit te financieren wel eens groot zou kunnen worden en dus de voorgenomen verdeling tot andere getallen zou gaan leiden. En ik denk dat alles op alles gezet moet worden om deze verdeling straks zo hard als maar mogelijk is in de wettekst opgenomen te krijgen. Ook al omdat anders het zo zeer beleden solidariteitsbeginsel wel eens in de verdrukking zou kunnen komen, terwijl dat toch eigenlijk een van de belangrijkste uitgangspunten voor de stelselwijziging is.

Simons besteedt aandacht aan de positie van de patiënt/consument en hij spreekt daarbij uit dat hij die positie wil versterken, onder meer door meer invloed in organisaties van verzekeraars en adviesorganen. Zeker in situaties waarin termen vallen als marktgericht denken en marktconform werken is dat een goede zaak. Want wil men consequent spreken van marktwerking dan zijn daarvoor partijen nodig en de vraag is of de patiënt op dit ogenblik al als zodanig kan worden gezien. Versterking van de positie van de patiënt is nodig, maar wordt die positie sterk genoeg dat men te allen tijde voldoende tegenwicht kan bieden aan aanbieders van zorg en de verzekeraars ervan? Ik blijf mij afvragen welke invloed de patiënt heeft op tariefdifferentiatie door eigen risico en eigen bijdrage. Zal dit niet leiden tot lastenverzwaring en grote risico's voor mensen met een kleine beurs? Komt de individueel verzekerde niet in een ongunstige positie ten opzichte van collectief verzekerden? Waar haalt hij de informatie vandaan om te selecteren in een voor hem ondoorzichtige markt? En ik wees reeds op de mogelijke elasticiteit en het gevaar daarvan voor het nominale premiedeel.

Aan de aanbodzijde is een helder onderscheid tussen zelfregulering en marktwerking gewenst. Zelfregulering is een zaak van de koepels. Marktwerking betekent iedere verzekeraar en aanbieder voor zich. En de vraag is dan of er kaderafspraken komen tussen de koepels, dan wel dat ontwikkelingen worden losgelaten. Toch zal er 'beheerst' en 'gestuurd' moeten worden en naar daarbij zijn zowel het stelsel van normuitkeringen als de elasticiteit van het nominale premiedeel van eminente betekenis. Het blijft twijfelachtig of de uitkeringsystematiek zo is te verfijnen dat concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars niet worden verstoord. Vervolgens ligt de vraag voor de hand of budgettering van de verzekeraar het einde betekent van de ziekenhuisbudgettering.

Op het nominale premiedeel kan een deel van de kostenproblematiek worden afgewenteld. Dat biedt perspec-

tief voor looneisen in de gezondheidszorg, want dit leidt niet tot verhoging van collectieve-lastendruk. Overigens zal elke verhoging van de nominale premie natuurlijk weer leiden tot looneisen in het bedrijfsleven.

Structuurnota versus nota-Simons

Uit een vergelijking van het overheidsbeleid van 1974 en van 1990 ontstaat het volgende beeld:

- De *Structuurnota* toont de lezer een optimistische kijk op de Nederlandse gezondheidszorg. Die heeft een hoog niveau bereikt. Er zijn problemen, zeker, maar met veel elan worden oplossingen aangedragen. De toon is positief en offensief; wij gaan er tegen aan. Dat het nog niet overal goed gaat, is te wijten aan het ontbreken van beleidsinstrumenten. Die moeten dus worden ontwikkeld. Een indrukwekkende schets van een beheersinstrumentarium voor de overheid volgt. De tijd is rijp voor 'ingrijpende hervormingen', de gezondheidszorg lijkt maakbaar. Zestien jaar later is de toon echt anders. Wij hebben het geprobeerd, maar helaas, de gezondheidszorg bleek niet maakbaar. De beleidsinstrumenten ontbreken niet. Neen, zij faalden. Het is de overheid niet gelukt de 'ingrijpende hervormingen' tot stand te brengen. Ingrijpen blijkt in 1990 nodig om erger te voorkomen. De overheidsmachinerie heeft zichzelf vastgedraaid. Wij zijn in een vicieuze cirkel beland, waarin overheidsmaatregelen geen problemen oplossen, maar genereren. Dat is anno 1990 de toonzetting.
- De structuurnota zette in op 'planning', de WAZ-nota gokt op de zelfregulerende werking van de private besluitvorming. In de structuurnota is het begrip 'ordenen' belangrijk, in de WAZ-nota staat 'sturen' centraal.
- Bij ordenen hoorden regionalisatie en echelonnering, twee structuurkenmerken. En het ging om structuur; een samenhangend stelsel van voorzieningen, een regionaal georganiseerde zorg, een goede spreiding van voorzieningen over het land. De structuurnota kan men dan ook voorzieningen- of aanbod-gericht noemen. De WAZ-nota zou men, in vergelijking daarmee, meer functie- of vraaggericht kunnen noemen. In die nota is het functioneren belangrijker geworden dan de structuur. De gewenste structuur vloeit als het ware automatisch voort uit het nieuwe functioneren van dat stelsel.
- De analyses van de knelpunten in beide nota's vertonen verschillen, maar tonen ook een overeenkomst. Het verschil is dat in 1974 de nadruk wordt gelegd op tekortkomingen van het stelsel (te weinig interne samenhang, enzovoort), in 1990 op de werking. De overeenkomst zit hem in de kostenbeheersing. Dat is in beide nota's een centraal knelpunt. In 1990 wordt echter anders op dit knelpunt gereageerd dan in 1974. In 1974 wilden wij de kosten beheersen door het aanbod te reguleren, in 1990 proberen wij het met marktwerking.
- In beide nota's is decentralisatie belangrijk: van Rijk naar regio. In 1974 was het vooral een bestuurlijke decentralisatie: van landsbestuur naar regiobestuur. In 1990 vindt de decentralisatie plaats van de centrale overheid naar 'partijen', van wet- en regelgeving naar overeenkomst. In beide nota's gaat het om een verschuiving van de besluitvorming over aard en omvang van de zorg (kwantiteit, volume, prijs) van centraal naar decentraal. Maar in de WAZ-nota wordt daar dan heel duidelijk iets aan toegevoegd: een verschuiving van overheid naar particulier initiatief.

Over het laatste punt, de overeenkomst tussen de 'marktpartijen', het centraal sturingsinstrument in de WAZ-nota, nog een paar opmerkingen. Wij moeten oppassen de

overeenkomst te zien als de oplossing voor alle problemen, de *deus ex machina* uit de klassieke economische theorie. Er is behoefte aan een grondige analyse van de sterke en de zwakke kanten van de overeenkomst. Wat kun je heel goed sturen met de overeenkomst? Wat zou een probleem kunnen opleveren? Wat kun je overlaten aan partijen en wat moet je toch altijd enigszins blijven regelen? Hoever kun je gaan met deregulering en decentralisatie? Een waarschuwing is hier misschien op zijn plaats.

Bepaalde patiënten vallen aantoonbaar en altijd tussen de wal en het schip. Ik denk aan ouderen, gehandicapten, verslaafden, chronische psychiatrische patiënten, enzovoort. Patiënten dus die:

- of niet echt beter te maken zijn,
- of niet gemotiveerd zijn voor behandeling,
- of niet eens bekend zijn bij de gezondheidszorg,
- of duur zijn, omdat zij een hoog consumptiepatroon hebben.

Dit zijn, kortom, voor de regionale partijen nu niet bepaald aantrekkelijke patiënten. Zij worden vaak de dupe van het maatschappelijk afschuifstelsel: niemand wil ze hebben, iedereen probeert deze last af te wentelen op een ander. Het zijn vooral deze groepen, waarvoor de overheid vaak in de bres moet springen.

Kun je de zorg voor deze groepen onaantrekkelijke patiënten die zich bovendien ook niet altijd melden als patiënt (en dus ook absoluut geen marktpartij zijn) geheel en al overlaten aan lokale besluitvorming? Ik wijs in dit verband op twee bijkomende bezwaren. In de eerste plaats de onduidelijke definitie van 'ongezond' bij de door mij bedoelde patiënten: zijn zij ziek, behoeven zij behandeling, is er sprake van een indicatie en dus van recht? En in de tweede plaats het feit dat in het nieuwe stelsel volgens de WAZ-nota budgettaire en capaciteitsproblemen als het ware worden doorgeschoven van Rijk naar regio. In die regio ligt straks de Zwarte Piet. In een aantal regio's zal dat betekenen: het sluiten van overeenkomsten in een situatie van grote tekorten.

Slot

Ruwweg twee decennia, 1970-1990, daarover praten wij. Een periode gemarkeerd door twee nota's over 'het stelsel'. De eerste nota is de neerslag van de discussies in het begin van de jaren zeventig, de tweede is de neerslag van de discussies vandaag de dag. Twee tijdsbeelden; twee nota's die nogal eens tegenover elkaar worden gezet. Men zegt dan: het gaat óf volgens de *Structuurnota* óf volgens de WAZ-nota. Of wij kiezen voor aanbodregulering óf wij gaan over tot vraagregulering. Of de overheid óf het particulier initiatief. Of WZV/WTG óf AWBZ/Zorgwet. Of centraal óf decentraal. Maar zo simpel ligt dat niet. In het beleid zullen waarschijnlijk steeds beide kanten van de medaille zichtbaar moeten zijn, dus niet of-of, maar en-en. Beleid voor de gezondheidszorg zal moeten zijn een combinatie van:

- aanbod- en vraagregulering, van voorzieningen- en functiegerichtheid;
- bemoeienis van overheid en particulier initiatief;
- wet en overeenkomst, dus van centraal en decentraal.

vervolg op blz. 644

Wel is duidelijk dat er iets moet veranderen en duidelijk is ook dat de sturing van de gezondheidszorg meer gebaseerd moet zijn op vraag, particulier initiatief en overeenkomst c.q. regio. Maar de verandering zal dan toch een relatieve zijn, het zal een verschuiving zijn van het n naar het ander en niet een revolutie. Het beleid moet niet gericht zijn op f de vraag f het aanbod, maar op de afstemming van het aanbod op de vraag. Dat is de primaire beleidsopdracht: het bevorderen van dit afstemmingsproces. En daaraan zit een kwalitatieve en een kwantitatieve (kostenbeheersing) kant. Wij hebben die afstemming eerst geprobeerd te bereiken via het aanbod (de structuurnota). In een periode van relatieve groei lukte dat ook wel enigszins. Denkt u bij voorbeeld aan de toch sterk verbeterde spreiding en dus toegankelijkheid van onze voorzieningen. Maar in een periode waarin moet worden bezuinigd, falen de aanbodsinstrumenten en zal de nadruk wat meer op de vraagregulering gelegd moeten worden (de WAZ-nota).

Wij hebben veel geleerd in de jaren die achter ons liggen en veel daarvan is terug te vinden in de WAZ-nota. De ervaring met het beleidsinstrumentarium in de afgelopen jaren was nodig om het nieuwe, aangepaste beleid te kunnen formuleren. De plannen van Simons zijn ambitieus, maar ik ga er gaarne mee akkoord. Waarbij ik de hoop uitspreek dat wij nu echt tot daden komen en niet opnieuw, zoals in het recente verleden, deze aanpak via een eindeloze reeks congressen en symposia onder het stof begraven. Simons verdient beter.