



Wie krijgt welke zorg?

Auteur(s):

Boer, A.

De auteur is arts en plaatsvervangend directeur zorg van het college voor zorgverzekeringen.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D8, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

Toegankelijkheid en doelmatigheid moeten worden geborgd door het basispakket. De 'pakketdiscussie' heeft criteria opgeleverd voor het bepalen van wat hier in thuishoort. De uitvoering van de zorg wordt via verzekeringscontracten en vraagsturing bepaald. Verzekeraars zullen meer regie krijgen dankzij hun contracten met de zorgaanbieders.

Het Nederlandse systeem van sociale ziektekostenverzekeringen is gebaseerd op solidariteit: de geldelijke gevolgen van gezondheidszorg worden gedragen door een sociaal verzekeringsstelsel. Of de aanspraak nu bestaat in zorg of in geld, er moet in de verzekering uiteraard een contraprestatie zijn. Deze betreft de polis, die een omschrijving van het verzekerde goed geeft. Drie elementen van de wettelijke ziektekostenverzekering behoeven nadere aandacht.

Recht op zorg

We passen in Nederland in de wettelijke verzekering al heel lang het in-natura-principe toe: 'u heeft recht op zorg, niet op restitutie van de gemaakte kosten'. In de particuliere verzekeringen geeft de polis meestal geen aanspraak op zorg, maar op de vergoeding van kosten. Voor de wettelijke verzekeringen liggen die 'polissen' in wettelijke regelingen vast. Dat houdt verband met het feit dat de overheid zich vanouds niet alleen verantwoordelijk heeft verklaard voor de schadeloosstelling, maar voor het waarborgen tot de toegang tot een bepaald niveau van zorg. Daarmee geeft de overheid vorm aan een grondwettelijke taak, namelijk de zorg voor de volksgezondheid. Sterker nog: de overheid gebruikt het beleidsinstrument van de ziektekostenverzekering om de zorg zelf te reguleren en dus niet alleen om de verzekering te reguleren.

Plicht tot verzekeren

Al lang voordat dat stelsel er was, waren er talloze private fondsen en fondsjes, met kleurrijke namen als 'draagt elkanders lasten'. Pas sinds de Tweede Wereldoorlog is er een wettelijke basis voor deze verzekering in de vorm van het ziekenfondsbesluit en nog later werd dat de Ziekenfondswet (ZFW).

Er heeft altijd een notie bestaan een bepaalde basiszekerheid te bieden. De wettelijke verzekering van rechtswege, waarin (het grootste deel van) de bevolking verzekerd wordt tegen de directe kosten van gezondheidszorg (of liever: verzekerd van zorg) geeft die waarborg op zorg tegen een verplicht opgebrachte premie. In tegenstelling tot de ZFW, kun je bij de AWBZ immers niet zelf kiezen of je wel of niet verzekerd bent en moet je nu eenmaal die premies opbrengen. Bij de meesten worden ze al op het inkomen ingehouden.

Recht op verzekerd-zijn

Om de verzekering uit te voeren worden 'uitvoeringsorganen' ingeschakeld: de ziekenfondsen (en de particuliere verzekeraars voor de AWBZ). De overheid heeft de verzekeraars een acceptatieplicht opgelegd: de verzekeraar kan verzekerden niet weigeren. Ook in het debat over een nieuw stelsel is de acceptatieplicht een gegeven: die staat niet ter discussie. Dat komt doordat er een breed gedragen overtuiging is dat de ziektekostenverzekering, of die nu publiek of privaat wordt uitgevoerd, de bovengenoemde waarborg moet bieden aan iedereen: geen onderlinge solidariteit van een selecte verzekerdenpopulatie, zoals in de particuliere verzekering, maar solidariteit op het niveau van de bevolking. Ook bij de privatisering van de sociale zekerheid wil de politiek en de burger weten dat een bepaalde minimumvoorziening gewaarborgd is. Als dat minimum in gevaar komt, gaan er stemmen op om de touwtjes weer wat aan te halen.

Implicaties voor het pakket

Ik heb nu drie elementen genoemd van de wettelijke ziektekostenverzekering in Nederland: de noodzaak om de verzekeringsprestatie oftewel de polis te definiëren, de verplicht opgebrachte premie en de acceptatieplicht voor een bepaalde polis. Elk van deze drie elementen impliceert de noodzaak van een algemene pakketomschrijving, waarbij de overheid garanties biedt op toegang tot de noodzakelijke zorg.

Het eerste element is: het feit dat de overheid zich verantwoordelijk voelt om een bepaald zorgniveau toegankelijk te maken, dwingt haar ertoe zich uit te spreken over wat zij het minimum vindt dat in elk geval beschikbaar moet zijn. Het tweede: dat de overheid de burger

verplicht tot het opbrengen van een verzekeringspremie verplicht de overheid op haar beurt om haar contraprestatie duidelijk te maken in de vorm van het pakket. Je kunt nu eenmaal niet iemand verplichten zonder je vast te leggen wat je voor die premie zult bieden. En het derde element, de acceptatieplicht, is een loos gegeven indien die niet gekoppeld is aan een omschrijving van de verzekeringsprestatie waarvoor de verzekeraar de verzekerde dient te accepteren. Uiteraard hangen deze argumenten met elkaar samen, maar daar ga ik nu verder niet op in.

Vaststellen van pakket

Daarmee is duidelijk dat de overheid, in welk stelsel dan ook, een omschrijving van de aanspraken dient te geven. Dat vloeit rechtstreeks voort uit de taak die de overheid heeft. Terzijde: afgezien van de genoemde grondwettelijke taak zijn wij krachtens internationale verdragen gehouden een bepaald minimumniveau aan verzekering tegen zorgkosten te bieden.

Gegeven die verplichting zijn er echter wel varianten denkbaar in de mate waarin de overheid het pakket definieert. Sterker: ook binnen de omschrijving van het huidige ziekenfondspakket zitten reeds varianten. De doorsnee geneeskundige hulp is zeer globaal omschreven: alles wat 'gebruikelijk is in de kring van de beroepsgenoten' zit per definitie in het pakket. Maar elders in het pakket, bijvoorbeeld bij de geneesmiddelen en bij de hulpmiddelen, omschrijft de overheid heel gedetailleerd wat er in het pakket zit. Los daarvan heeft de overheid er de afgelopen tien jaar blijk van gegeven met de verplichting tot een basispakket nogal flexibel om te willen gaan, vooral vanwege de kostenontwikkeling. Grote stukken van de zorg werden uit het pakket verwijderd, zoals bijna de hele tandheelkunde en de langdurige fysiotherapie. Andere brokken kwamen ter discussie, maar die discussies leidden meestal tot handhaving in het pakket, zoals bij de pil.

CVZ-advies: een breed, samenhangend pakket

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in het begin van dit jaar een studie uitgebracht over die pakketdiscussie in de laatste tien jaar ¹. Hierin is de vraag beantwoord hoe we in Nederland zijn omgegaan met het begrip 'noodzakelijke zorg'. De algemene notie is immers dat wat noodzakelijk is, ook in het pakket moet zitten. De commissie-Dunning heeft het begrip 'noodzakelijk' in het begin van de jaren negentig gebruikt en het een specifieke betekenis gegeven.

De conclusie van het CVZ in januari van dit jaar was dat noodzakelijke zorg altijd door alle zorggebieden heen loopt en dat je met grote uitsluitingen, zoals bij de tandheelkunde, noodzakelijke elementen van zorg uit het pakket meeverwijdert. Je trekt er met het onkruid van overbodige zorg ook altijd het goede gewas van noodzakelijke zorg mee uit. Antibiotica zijn soms noodzakelijk en zelfs levensreddend, maar in andere gevallen 'therapeutische overkill' en dus overbodig. De noodzaak van zorg hangt dus niet van het middel of de ingreep af, maar van de indicatie.

Verder is uit de CVZ-analyse van de discussie over voorgenomen pakketverkleiningen evident gebleken dat er een breed gedragen politiek en maatschappelijk verzet is tegen de verwijdering van noodzakelijke zorg uit het pakket. De gebitsprothese werd weer in het pakket opgenomen, want dit is een reparatie van het verwijderen van elementen. Overigens pleitte het CVZ voor het opheffen van het schot tussen de huidige AWBZ- en ZFW-voorzieningen, ofwel tussen 'cure' en 'care'. Dat schot moet nodig verdwijnen: de zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuis hangt samen. Het schot tussen de AWBZ en de ZFW staat die samenhang in de weg.

Nog iets werd duidelijk uit de CVZ-studie: de beperking van het pakket tot noodzakelijke en doelmatige zorg kan beter niet op het wettelijke niveau gebeuren (ook wel genoemd: aan de voorkant van het pakket) maar 'van binnen uit'. Dat wil zeggen dat het pakket op het wettelijke niveau ruim is omschreven, maar dat zorgaanbieders in de uitvoering van de zorg bepalen in welke gevallen een bepaald middel noodzakelijk is. Verzekeraars zullen in hun beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van artsen daarop sturen. Dat doen ze via afspraken met artsen en instellingen. Het is ook de kwintessens van een nieuw stelsel: meer regie bij de verzekeraars, te regelen via hun contracten met de zorgaanbieders. Het wettelijke pakket staat daarmee op landelijk niveau wel vast, volgens het motto: 'Als u de indicatie hebt, hebt u in principe aanspraak'.

SER-advies: basispolis

In dit verband wekt het geen verbazing dat de SER in zijn advies over een nieuw stelsel ervoor pleit de tandheelkunde weer in de basisverzekering terug te brengen. De SER doet echter iets extra's: hij maakt het mogelijk om binnen het standaardpakket nog delen van de zorg voor eigen rekening te nemen. Iedereen moet het uitgebreidere (maar nog steeds betrekkelijk basale, zonder franje) standaardpakket kunnen krijgen: daarvoor geldt nog steeds een acceptatieplicht. Als verzekerde kan men daar zelf nog een verdere beperking in aanbrengen, met uiteraard een lagere premie als gevolg: de basispolis. Dat is een creatief idee, maar het staat enigszins op gespannen voet met de uitgangspunten van een op landelijke solidariteit gebaseerde verzekering. Het betekent dat degenen met gunstige gezondheidsrisico's toch voor een kleiner deel participeren in de 'solidariteit' op landelijk niveau. De SER compenseert dat wel weer, maar de positieve ontvangst van het SER-rapport toont aan dat er in de publieke en politieke opinie over solidariteit verschuivingen zitten en dat langzamerhand een iets minder ver doorgevoerde collectieve solidariteit geaccepteerd wordt.

Er staan namelijk ook voordelen tegenover die verminderde solidariteit. De voordelen van meer keuzevrijheid voor verzekerden zijn dat er tussen verzekeraars meer variaties kunnen ontstaan en dat verzekerden hun eigen profiel kunnen kiezen. Indien de verzekeraars op de varianten tussen basispolis en standaardpolis kunnen concurreren, mag je verwachten dat er creatieve aanbiedingen komen, die inspelen op specifieke behoeften van bepaalde marktsegmenten. Juist in een dergelijk systeem zal de overheid er echter voor dienen te waken dat de eenmaal bepaalde pakketomvang door de verzekeraars wordt gegarandeerd. Bij decentralisatie van bevoegdheden neemt nu eenmaal de kans op goede oplossingen toe en de voorspelbaarheid en zekerheid af. De overheid voorziet bijvoorbeeld in het bewaken van het publieke belang door goed te blijven kijken (monitoring), door de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie en door de (mogelijk fiscale) compensatie van grote inkomenseffecten van de zorgverzekering. Liefst zou ik zien dat het publieke belang ook wordt bewaakt door een duidelijk omschreven bodem in het pakket.

Dilemma

Bij alle terugtrekkende bewegingen van de overheid is er dit maatschappelijk dilemma. De vormgeving van een nieuw stelsel zal altijd een oplossing bieden voor de enigszins gespannen relatie tussen persoonlijke keuzevrijheid en collectieve zekerheid, of filosofisch gezegd:

tussen vrijheid en gelijkheid.

De overheid wil een groter mandaat geven aan zorgverzekeraars. Die zullen een belangrijk deel van de regie van de zorg gaan overnemen. Zij kunnen ook beter afstemmen op marktsegmenten. Een belangrijk voordeel zullen zij willen realiseren via de collectieve contracten. Daar zitten voor die twee contractpartners evidente voordelen in: een win-winsituatie. De vraag is welke gevolgen dat zal hebben voor degenen die geen (collectief) contract aangeboden zullen krijgen: de voor verzekeraar minder interessante marktsegmenten, oftewel de risicopopulaties. De niet alleen maatschappelijk dringende, maar vooral in economisch en actuarieel opzicht interessante vraag is of er een zodanige differentiatie tussen verzekeraars zal ontstaan dat juist die risicocategorie voor een deel van de verzekeraars interessant wordt. Anders gezegd: of er een verzekeringsaanbod zal ontstaan dat voldoende heterogeen is dat het de verschillende populaties in de bevolking zal bedienen. Mijn persoonlijke mening is dat het antwoord op die vraag bepalend is voor de mate waarin we over tien jaar blij zullen zijn met de ingezette decentralisatie van bevoegdheden, dan wel of we op onze schreden willen terugkeren.

Terugtrekkende overheid

Afgezien van de maatschappelijke waardenverschuiving waar ik op wees, zit er een ander wezenlijk motief in: sommige zaken zijn op overheidsniveau niet goed te regelen. De overheid treedt dan terug: niet alleen omdat zij niet wil, maar ook omdat zij niet kan. Op het gebied van de kostenbeheersing en doelmatigheid heeft de overheid weinig wapens, maar wel een groot belang. De overheid kan de kosten alleen globaal beheersen, via het loden deksel van het macrobudget en de aanbodbeheersing. Het is evident dat er behoefte is aan een grotere vraagsturing, zowel in de vraag naar zorg als in de vraag naar verzekering.

Vraagsturing

Economisch gezien zal vraagsturing moeten leiden tot een grotere differentiatie van het aanbod, maar ook tot een absolute toename in het aanbod en in de consumptie. De verzekeraars zullen wel belang hebben bij schadelastbeheersing maar ook - als impuls op de verzekeringsmarkt - bij meer varianten in het zorgaanbod. Naarmate hun financiële zelfstandigheid en risico toeneemt, zullen verzekeraars meer in het dilemma terechtkomen waar de overheid al lang in zat en grotendeels onmachtig bleek. Dit dilemma betreft de combinatie van toegankelijkheid en doelmatigheid: zorgen dat het nodige wordt geboden en het overbodige wordt gemeden.

De grotere speelruimte van verzekeraars, de mogelijkheid om niet alleen individuele maar bijvoorbeeld ook geografische maatoplossingen te vinden, zullen blijken voor bepaalde problemen beter te helpen dan overheidssturing op het aanbod. Tegelijkertijd is de vraag hoe het gaat met de doelmatigheid op het macroniveau: vraagsturing en maatwerk zijn duurder dan confectie in het aanbod. Willen verzekeraars kunnen kiezen, dan moet er een ruimer aanbod zijn. De zorg zal dan meer op maat gesneden zijn, maar alles bij elkaar waarschijnlijk flink duurder. Wij hebben met ons klassieke systeem een van de meest kosteneffectieve stelsels ter wereld: vrijwel complete, goede zorg voor een alleszins redelijk percentage van ons bnp. Tegelijk lopen we vooral de laatste jaren hard tegen de grenzen van de rigide aanbodsturing aan.

Je zou je kunnen afvragen of een grotere vraagsturing en een grotere individuele vrijheid nog mogelijk is indien de conjunctuur terugloopt. Anders gezegd, of we deze plannen alleen kunnen maken bij de gratie van de economische zomer. Het is wel opvallend dat de publieke waarden van toegankelijkheid en veiligheid het op dit moment beter doen dan de doelmatigheid en beheersing. Het is interessant te bezien hoe die balans ligt indien de economische herfst zich aandient.

Conclusie

Hoe de verhoudingen in een nieuw stelsel ook liggen, de overheid behoudt een verantwoordelijkheid om de toegang tot goede zorg te waarborgen: een publieke taak. Dat betekent dat de overheid de belangrijkste ingrediënten van het pakket zal blijven vaststellen. Variaties in het zorgaanbod zijn nodig en er is vraag naar. Verzekeraars kunnen daarin een belangrijke regierol spelen. Of het er allemaal doelmatiger op wordt staat te bezien en of de toegang tot goede zorg ook echt voor iedereen geborgd is eveneens. Van die twee criteria hangt af hoe we straks over tien jaar terugkijken op de keus voor een nieuw stelsel.

Zie reactie van W.A. Roobol: [De klant centraal](#), ESB-Dossier, Zorgvuldig vernieuwen, 14 juni 2001, blz. D10

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.