

Tandheelkunde in de EG*

Deel II. De Nederlandse stelselwijziging en internationale ontwikkelingen: onverwachte overeenkomsten

Samenvatting. Het ziet er naar uit dat de Nederlandse gezondheidszorg, parallel aan de ontwikkelingen die we in een aantal andere westerse landen signaleren, geleidelijk verschuift in de richting van geregelde concurrentie. Het is, ook voor aanbieders van medische diensten, de vraag of een defensieve, vooral op behoud van al het bestaande gerichte strategie in een dergelijk stelsel wel de meest succesvolle is. Door deze constatering zien vele beroepsgroepen zich echter voor een moeilijk zo niet onmogelijk dilemma geplaatst: actief anticiperen op wat er komen gaat betekent tegelijkertijd meewerken aan een ontwikkeling waarvan men het heil niet inziet.

DE BRUINE M. Tandheelkunde in de EG. Deel II. De Nederlandse stelselwijziging en internationale ontwikkelingen: onverwachte overeenkomsten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 113-7.

1 Inleiding

Al geruime tijd is de klacht te horen dat de gezondheidszorg in Nederland duur is, té duur. Hoge en in absolute zin nog steeds stijgende kosten leiden op den duur tot grote problemen. Allereerst wordt de individuele betaalbaarheid van de zorg erdoor bedreigd. In feite spreken we dan over de financiële toegankelijkheid en de onderlinge solidariteit van het stelsel. Daarnaast hebben de hoge kosten nadelige consequenties voor 's lands economie. Dit laatste is te beschouwen als de collectieve betaalbaarheid. Behalve met financiële problematiek kampt de Nederlandse gezondheidszorg tevens met grote problemen van bestuurlijke aard. De sinds de eeuwwisseling geleidelijk toegenomen betekenis van de overheid in de ordening van de gezondheidszorg, die halverwege de jaren '70 met de Structuurnota zijn hoogtepunt bereikte, wordt gaandeweg door velen als de kern van de problemen in de gezondheidszorg beschouwd. Tal van zaken die in de levering, verdeling en financiering van medische dienstverlening mis gingen, werden door de critici toegeschreven aan de onvolkomen – en soms zelfs versturende – overheidsbemoediging. In het begin van de jaren '80 werd de roep om ingrijpende wijzigingen steeds luider en spoedig bleek dat een wijziging van het financieringsstelsel daarin een centrale plaats inneemt.

De ontwikkeling die in Nederland met de komst van het advies van de Commissie Dekker in de gezondheidszorg is ingezet, is zeer ingrijpend en vertoont een groot aantal typisch Nederlandse trekken. Een vraag die zich hierbij opdringt is hoe deze Nederlandse stelselwijziging zich verhoudt tot het in andere EG-landen gevoerde beleid. Op-

vallend daarbij is de Europese luwte waarin de Nederlandse stelselwijziging zich al geruime tijd bevindt. Daarvoor lijken op zijn minst twee plausibele verklaringen te zijn. De eerste gaat uit van een Nederlands perspectief en kent grofweg de volgende redenering: De nieuwe Nederlandse zorgverzekering wordt gebracht onder het regime van de sociale zekerheid. Het Witboek van de Europese Commissie gaf geen directe opdrachten aan de lidstaten om de stelsels van sociale zekerheid te harmoniseren, waardoor ook de Nederlandse zorgverzekering zich onttrekt aan de directe EG-regelgeving.

De tweede verklaring gaat als het ware uit van een EG-perspectief en kent een andersoortige redenering. De financieringsstelsels voor de gezondheidszorg in vrijwel alle EG-lidstaten worden gevormd door een 'labiel' evenwicht tussen privaatrechtelijke en publiekrechtelijke elementen. Een ongenueanceerde, dat wil zeggen, niet op de specifieke nationale situatie, toegesneden EG-aanpak zou deze evenwichtsituaties ernstig kunnen verstoren. Een voorbeeld is de huidige Nederlandse regelgeving in het kader van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ). In deze wet zijn een aantal belangrijke zaken geregeld aangaande de solidariteit in de particuliere ziektekostenverzekeringssector. Onverkorte toepassing van de (concept) Derde EG-richtlijn voor het Schadeverzekeringsbedrijf zou leiden tot een ondermijning van deze (wettelijk afgedwongen) solidariteit, een solidariteit die onmisbaar is voor de 'ongunstige' (=dure) risico's in de particuliere sector. Buitenlandse verzekeraars zouden immers strikt genomen op grond van deze Derde Richtlijn niet hoeven mee te betalen aan de

M. de Bruine

*Bewerking van een voordracht gehouden tijdens de najaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap d.d. 25 oktober 1991 te Rotterdam. Deze bijdrage verschijnt als deel II in de serie 'Tandheelkunde in de EG'.

Uit het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Trefwoorden: Europa 1992 – Gezondheidszorg – Stelselwijziging

Datum van acceptatie: 11 december 1991.

Adres: Drs. M. de Bruine, BMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Nederlandse solidariteitsbijdragen. Gegeven echter de bijzondere plaats die in deze Derde Schaderichtlijn lijkt te gaan worden ingeruimd voor de ziektekostenverzekering, blijken ook de Europese autoriteiten zich verzoend te hebben met de uitzonderlijke functie die de (particuliere) ziektekostenverzekering, in samenhang met nationale wetgeving, dikwijls vervult in het financieel toegankelijk houden van de gezondheidszorg.

Eén en ander wil overigens niet zeggen dat de Nederlandse ontwikkelingen zich in een van de buitenwereld geïsoleerde omgeving voltrekken. Wanneer we de huidige veranderingen in het Nederlandse stelsel vergelijken met ontwikkelingen die zich momenteel in de structuur en financiering van vele andere westerse landen voltrekken, dan valt een aantal overeenkomsten op. Op deze overeenkomsten wordt hierna, nadat eerst enkele Europese hoofdstromingen beschreven zijn, dieper ingegaan.

Een belangrijke overeenkomst betreft de wijze waarop de 'kopers' van gezondheidszorg worden toegerust om hun rol doelmatiger te vervullen. De ons in Nederland inmiddels bekende zorgverzekeraar is hiervan een duidelijk voorbeeld. Het toekennen van deze ordenende rol aan de zorgverzekeraars heeft onmiskenbaar gevolgen voor de positie van de aanbieders van zorg. Deze zullen immers, veel meer dan in het verleden, een kosten- en kwaliteitsbewuste inkoper van zorg tegenover zich treffen. Gezien het belang van de zorginkoop in het nieuwe Nederlandse stelsel zal daar apart aandacht aan geschonken worden.

2 Stelsels van gezondheidszorg in enkele Westeuropese landen

Er zijn historisch gezien twee lijnen waarlangs de structuur en financiering van de gezondheidszorg in de Westeuropese landen zich ontwikkeld heeft. De eerste, en oudste, gaat uit van een bekostiging uit premies. Hier is derhalve sprake van – veelal gemengde – verzekeringsstelsels. Het is met name het concept dat Bismarck in de vorige eeuw (1883) in Duitsland introduceerde dat model heeft gestaan voor veel van de latere stelsels van sociale ziektekostenverzekering. Kenmerkend voor deze stelsels is het verplichte karakter, de koppeling aan de werksituatie, de inkomensafhankelijkheid van de premies en in een aantal gevallen het bestaan van een welstands- of inkomensgrens.

De tweede ontwikkelingslijn is in wezen gestart in 1942 met de presentatie in Groot-Brittannië van het zogenaamde Beveridge-rapport. De in dit rapport gepresenteerde bekostigingsmethode gaat uit van een financiering uit algemene belastingmiddelen en een vanwege de Staat georganiseerde gezondheidszorg.

Voorbeelden van de eerste vorm van bekostiging zijn vooral te vinden in de EG-landen in Midden-Europa: Duitsland, Nederland, Luxemburg, Frankrijk en België. De technische vormgeving verschilt echter sterk tussen deze landen. Zo is er bijvoorbeeld – vooralsnog – in Duitsland en Nederland geen verplichte verzekering voor de gehele bevolking. In Duitsland kunnen werknemers boven een bepaalde (hoge) inkomensgrens een keuze maken tussen een verzekering in het publieke (ziekenfonds)systeem of een individuele (particuliere) verzekering. In Nederland bestaat eveneens een loongrens voor de sociale ziektekostenverzekering, maar ontbreekt de keuzemogelijkheid als deze grens is overschreden. In beide landen bestaat derhalve naast de verplichte sociale ziektekostenverzekering tevens een vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering, die een volledige dekking geeft. Daarnaast kennen deze landen, als aanvulling op de dekking van de sociale ziektekostenverzekering, vrijwillige private aanvullende verzekeringen. In de drie overige landen – Frankrijk, Luxemburg en België – strekt de sociale ziektekostenverzekering zich uit over de gehele bevolking, waarbij er voor verschillende groepen uit de bevolking verschillende criteria kunnen worden gehanteerd voor de rechten die zij aan deze verzekering ontnemen. Voor onderdelen die niet vallen onder het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering kennen deze landen veelal aanvullende verzekeringen. Een andere taak van de aanvullende verzekeringen is het 'afkopen' van de eigen bijdragen. In Frankrijk kan hiermee bijvoorbeeld de 'ticket modérateur' en in België de

eigen bijdrage per verpleegdag in de ziekenhuiszorg verzekerd worden.

De tweede vorm van bekostiging komt voor in de landen in Zuid- en Noord-Europa: Groot-Brittannië, Denemarken, Ierland, Portugal, Spanje, Italië en Griekenland. De bekostigingssystemen in deze groep zijn globaal genomen in drie stadia tot stand gekomen.

Het oudste financieringssysteem van dit type is te vinden in Groot-Brittannië, waar in 1948 de National Health Service (NHS) tot stand kwam. Dit nationale systeem van gezondheidszorg wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit algemene belastingopbrengsten en wordt bestuurd door overheidsorganen.

Tussen 1971 en 1973 zorgden hervormingen in Ierland en Denemarken eveneens voor de opzet van uit belastingmiddelen gefinancierde en door publieke organen bestuurde stelsels van gezondheidszorg. Binnen deze stelsels wordt er voor verschillende bevolkingscategorieën een onderscheid gemaakt in de omvang van het verstrekkingenpakket. Zij zijn daardoor minder universeel dan bijvoorbeeld de Britse NHS. In Denemarken heeft een klein deel van de bevolking gekozen voor een grotere keuzevrijheid in ruil voor eigen betalingen. In Ierland worden drie categorieën verzekerden onderscheiden op grond van het inkomen van de verzekerde.

Vanaf 1978 doen zich veranderingen voor in de stelsels van gezondheidszorg in de volgende Zuideuropese landen: Italië (1978), Portugal (1979), Griekenland (1983) en Spanje (1986). Deze hervormingen, die eveneens gericht zijn op de introductie van een door de staat geleid gezondheidszorgsysteem, zijn nog niet overal volledig doorgevoerd. Deze stelsels worden grotendeels gefinancierd uit sociale zekerheidsbijdragen terwijl de verstrekkingen niet voor alle bevolkingscategorieën gelijk zijn. In het algemeen zijn in de Zuideuropese landen de verstrekkingenpakketten kleiner en de eigen bijdragen hoger dan in de stelsels van 'National Health' in de Noordeuropese landen.

3 Internationale trends

Vele westerse landen hebben op dit moment te kampen met grote problemen in de structuur en financiering van hun gezondheidszorg. Een probleem dat daarbij universeel lijkt, is het spanningsveld dat ontstaan is tussen de collectieve noodzaak van kostenbeheersing enerzijds en de behoefte om tegemoet te komen aan de individuele consumentenpreferenties en de groeiende medische behoeften onder de bevolking anderzijds. Patiënten lijken zich in dit proces in toenemende mate op te gaan stellen als 'kritische consumenten'. Deze ontwikkeling van toenemende verwachtingen en

daarbij achterblijvende financiële middelen wordt door De Swaan (1989) voor de na-oorlogse periode treffend beschreven voor de gezondheidszorgstelsels van Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Nederland en de Verenigde Staten.

3.1 Kostenbeheersing

Bezien we de oplossingen die voor de financiële kant van deze spanningen gezocht worden, dan is in de aanpak ruwweg een tweedeling te maken tussen de landen met een stelsel van nationale gezondheidszorg (NHS) en de landen met een verzekeringsgefinancierde gezondheidszorg. In de NHS-stelsels zijn de aangedragen oplossingen vooral 'managerial'. Met andere woorden, langs verschillende wegen wordt getracht om het management van de NHS te versterken. De 'oudere' NHS-stelsels (met name Groot-Brittannië) zijn hierin qua ontwikkeling reeds verder dan de 'jongere' (Italië/Portugal). De oudere, zoals Groot-Brittannië en in mindere mate Denemarken, zoeken de oplossingen vooral in economische 'incentives' voor managers. De jongere stelsels, zoals Italië, gebruiken de methoden die door de oudere reeds eerder zijn beproefd. Tot die laatste categorie maatregelen behoort bijvoorbeeld het vergroten van de bestuurlijke bevoegdheden van de managers en het introduceren van nieuwe bestuurslagen en representatieve organen in het stelsel.

In de verzekeringsgefinancierde systemen worden de financiële problemen vooral opgelost door de introductie van meer markt- en zelfordening. Hier tracht men de financiers zodanig toe te rusten dat zij zich meer gaan gedragen als een soort 'zorgmakelaar', die voor zijn verzekerden zorg inkoop. Hoe ver dergelijke initiatieven strekken is sterk afhankelijk van de normen en waarden die in de betreffende landen ten aanzien van de gezondheidszorg heersen.

Om de financiële problemen het hoofd te bieden wordt, behalve de aanpassing van de structuur van de gezondheidszorg, in verreweg de meeste westerse landen ook gebruik gemaakt van eigen betalingen ('remgelden'). Deze toename heeft niet, zoals dat voorheen voornamelijk het geval was, uitsluitend meer tot doel het gebruik van voorzieningen te remmen, maar ook om de lasten te verschuiven van de publieke naar de private sector. In Italië heeft de voortgaande introductie van nieuwe eigen bijdragen geleid tot grote onrust onder de bevolking en heeft de overheid inmiddels besloten een aantal ervan weer af te schaffen. In andere landen zoals Frankrijk komt het niet tot dergelijke conflicten omdat de toename van eigen betalingen tegelijkertijd 'afgekocht' wordt, de bevol-

king sluit op grote schaal aanvullende verzekeringen af.

3.2 Bereidheid tot verandering

Een punt van overeenkomst tussen de meeste westerse landen in de aanpak van de kostenproblematiek in de gezondheidszorg is de toegenomen en cruciale rol van de centrale overheden. Hoewel de overheden hun ingrijpen steevast verdedigen door te verwijzen naar kosten- zowel als zorginhoudelijke overwegingen, zijn het uiteindelijk steeds de kostenoverwegingen die bij eventuele conflicterende doeleinden zwaarder wegen. Voorbeelden daarvan zijn te vinden in Groot Brittannië en Frankrijk. De overheid treedt in vrijwel alle gevallen op als initiatiefnemer voor structurele wijzigingen in de gezondheidszorg. Gezien de belangrijke positie die de Westerse overheden innemen in de financiering van nationale gezondheidszorg en gezien de in vele landen gehanteerde integrale benadering van macro-economische vraagstukken, is dit niet verwonderlijk. Een andere reden voor de centrale overheden om het voortouw te nemen bij stelselwijzigingen is dat de macht van de overheid noodzakelijk lijkt om de status quo, de gevestigde positie van de vele belangengroepen in de gezondheidszorg, te doorbreken.

De methode van beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering die overheden hanteren voor het aanbrengen van veranderingen in de structuur verschilt sterk tussen de landen. Regeringen in Nederland en Groot Brittannië hebben in de ontwikkelingsfase van de herstructureringsplannen gekozen voor een kleine groep relatieve 'buitenstaanders'. Het resultaat was in beide gevallen een radicaal voorstel; 'Bereidheid tot Verandering' (1987) van de Nederlandse Commissie Dekker en 'Working for Patients' (1989) van een kleine Britse regeringscommissie. De uitvoering van de voorstellen moet vervolgens op incrementele wijze, stapsgewijs plaatsvinden. Waar in het eerste stadium de confrontatie aangegaan wordt, is er in het tweede stadium meer gelegenheid tot overleg. Dat dit geen algemene gedragslijn is mag bijvoorbeeld blijken uit het Belgische en Italiaanse regeringsbeleid. In deze landen wordt – nog steeds – gekozen voor een, van het begin af aan, op consensus gericht overlegmodel.

De bereidheid tot verandering is in elk van de landen waar wijzigingen in het stelsel worden doorgevoerd klein. Het zijn vooral de 'oude' stelsels als die van Nederland, Groot Brittannië, (West-)Duitsland en België, waarin het doorbreken van de status quo en het invoeren van vernieuwingen een moeizaam proces is. Landen met een gezondheidszorgsysteem met een minder lange traditie zoals Italië en Portugal,

blijken minder problemen te ondervinden met het doorvoeren van veranderingen.

3.3 Rol van de consument in de gezondheidszorg

Wat de vraagzijde van de bovenbeschreven spanning tussen behoefte en mogelijkheden betreft, wordt veelal gebruik gemaakt van verschillende vormen van privatisering. Zo wordt in Groot Brittannië om bestuurlijke redenen gekozen voor zogenaamde 'interne markten' binnen het publieke systeem. In deze 'interne markten' krijgen de managers en de aanbieders een grotere vrijheid in de vormgeving van de door hen aangeboden zorg. Op deze manier wordt getracht de efficiëntie van het aanbod van voorzieningen te verhogen en de aanbieders van deze voorzieningen beter en sneller te laten reageren op de wensen van hun cliënten. In een land als Portugal daarentegen vindt de groei van de private sector plaats tegen een geheel andere achtergrond. In plaats van de ontwikkeling van een meer marktgerichte benadering binnen de publieke sector wordt hier vooral gestimuleerd dat er een private sector ontstaat die volledig los staat van de publieke. Dit heeft tot gevolg dat er een tweedeling aan het ontstaan is in de levering van medische diensten, waarbij de publieke gezondheidszorg voornamelijk de inferieure kwaliteit levert. Hoewel een dergelijke ontwikkeling in de noordelijke Europese landen wordt afgekeurd, blijkt dit type privatisering ook daar moeilijk tegen te houden. In Groot Brittannië bijvoorbeeld kent men een groeiende particuliere verzekeringsmarkt met eigen medische voorzieningen voor de beter gesitueerden. Ook in Nederland treffen we dit fenomeen inmiddels aan in de introductie van privé-klinieken voor medische behandeling. Afgezien van een zinnige aanvulling die de marktsector kan leveren voor de extra koopkrachtige vraag in de gezondheidszorg, bestaat tevens het gevaar dat tekortkomingen in de stelsels van sociale ziektekostenverzekering/nationale gezondheidszorg (NHS) op deze manier via de particuliere sector op de individuele particuliere bestedingen worden afgewenteld.

3.4 Rol van de medische professie

Een apart punt dat vermelding verdient, betreft de positie van medische beroepsbeoefenaren. Medische professionals domineren in vele westerse landen de besluitvorming in de gezondheidszorg op vele niveaus. Doorgaans is dit reeds het geval vanaf hun ontstaan. Hierin lijkt geleidelijk een kentering waar te nemen. In elk land waar herstructureringen aan de gang zijn, is het vooral de medische professie die daar-

door in haar autonomie lijkt te worden aangetast. Hoewel het nog te vroeg is voor definitieve uitspraken, lijkt er in de meeste landen sprake te zijn van een langzame afbrokkeling van de macht van de medische professie. Langs verschillende wegen kan dit proces zich voltrekken. In landen als Groot Brittannië en Italië wordt de macht van de professie aangetast door de 'managers' van de NHS, die zich als 'kopers' van zorg steeds meer gaan bezighouden met de efficiency en effectiviteit van de verleende zorg en in landen als de Verenigde Staten, en wellicht in de toekomst Nederland, wordt zij vooral aangetast door de overige marktpartijen, zoals verzekeraars en consumentenorganisaties.

4 De zorginkoop in het nieuwe Nederlandse stelsel

Tot zover is gesproken over de trends die vanuit een internationaal vergelijkend perspectief in de stelsels van structuur en financiering van gezondheidszorg waarneembaar zijn. Eén van de overeenkomsten is de heroriëntatie op de rol van de 'kopers' van zorg. In het verlengde daarvan wordt hierna dieper ingegaan op de zorgverzekeraar in de nieuwe Nederlandse structuur en financiering. Vooral de gevolgen van deze ontwikkeling voor de positie van de aanbieders in het nieuwe stelsel zullen in dit verband besproken worden.

In de regeringsnota 'Werken aan Zorgvernieuwing' staat: 'De verzekeraar is niet verplicht met alle aanbieders een overeenkomst te sluiten. Het is dus in het belang van de aanbieders van zorg om 'aantrekkelijk' te zijn voor de verzekeraar.' (p.61) Deze passage illustreert de gevolgen die aanbieders van zorg kunnen ondervinden van de stelselwijziging.

Alvorens nader op deze gevolgen in te gaan, eerst enige achtergrondinformatie. De huidige belangstelling voor zorginkoop heeft alles te maken met de stelselwijziging waarmee de Nederlandse regering in 1988 een aanvang maakte. Steeds duidelijker wordt dat de gezondheidszorg beland is in een onomkeerbaar beleidsproces. De stelling van enkelen dat de plannen definitief van de baan zouden zijn lijkt niet langer houdbaar. Er bestaat namelijk veel meer continuïteit in het structuurbeleid voor de gezondheidszorg, dan op het eerste gezicht lijkt. Dit wordt duidelijk als we het advies van de Commissie Dekker uit 1987 vergelijken met het standpunt 'Verandering Verzekerd' uit 1988 van het centrum-rechtse tweede kabinet Lubbers en de nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' van staatssecretaris Simons uit 1990. De drie hoofdelementen staan nog steeds recht overeind: de, inmiddels brede, basisverzekering (een 'gemoderniseerde' AWBZ, die 'Wet op de Zorgverzekering' moet gaan heten), 'de

sturing van de gezondheidszorg op geleide van de vraag in een stelsel van geregeerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgverleners' en in de derde plaats de zogenaamde functionele pakketomschrijving.

4.1 Vijf bovengrenzen

Wat de zorginkoop betreft is het van belang dat de stelselwijziging vooral een versterking van de positie van partijen (aanbieders van zorg, patiënten en zorgverzekeraars) in de gezondheidszorg impliceert. Dit moet gestalte krijgen door het vergroten van de onderhandelingsvrijheid, voor met name de verzekeraars en de zorgaanbieders. Onderhandelingsvrijheid betekent in dit geval ook, dat de zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om wel een contract af te sluiten met de ene en niet met de andere aanbieder van zorg. Deze vrijheid kent evenwel een vijftal natuurlijke bovengrenzen:

- in de zorgplicht die zorgverzekeraars ten opzichte van hun verzekerden hebben;
- in het wettelijk omschreven functionele pakket;
- in de kwaliteitswetgeving;
- in het wettelijk toezicht op de zorgverzekeraars en
- in de mogelijke marktreacties van verzekerden en aanbieders van zorg.

Binnen deze grenzen kunnen de partijen echter vrijelijk overeenkomsten sluiten over de prijs, het volume en de kwaliteit van de te leveren diensten.

Is het op dit moment dus nog zo dat het onderhandelingsresultaat door allerlei zelf-ordening en wet- en regelgeving grotendeels op voorhand vastligt, in de nabije toekomst zullen partijen met elkaar moeten gaan onderhandelen over het uiteindelijke resultaat. Naarmate een zorgverzekeraar een groter marktaandeel (dat wil zeggen, aantal verzekerden in relatie tot het totale aantal inwoners in het gebied) in een bepaalde regio heeft, neemt daarmee zijn marktmacht ten opzichte van de aanbieders van zorg en de mogelijkheid om selectief contracten af te sluiten dus in principe evenredig toe. Tegelijkertijd zal hij echter, juist vanwege het grote aantal verzekerden, steeds minder zorgaanbieders kunnen uitsluiten.

De overheid is in de aanpassing van zijn regelgeving aan het nieuwe systeem voortvarend aan de slag gegaan, zoals mag blijken uit de onderstaande opsomming van maatregelen. Allereerst het afschaffen van de vaste en het invoeren van maximumtarieven in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. (Uiteindelijk, na volledige implementatie van de plannen in 1995, zullen de tarieven geheel vrijgelaten moeten worden.) Ten tweede het beperken van

de contracteerplicht in het kader van de ZFW en de AWBZ. Dit geldt niet alleen jegens de individuele beroepsbeoefenaars, maar bij AMvB (Algemene Maatregel van Bestuur) eventueel ook jegens de instellingen. Ten derde de invoering van een functionele pakketomschrijving in de AWBZ. Dat wil zeggen dat het verstrekkingenpakket waarop de burger recht heeft in principe alleen nog omschreven is in termen van het 'wat' en niet meer in termen van het 'wie' en het 'hoe'. De uitvoeringsaspecten van de verstrekking worden voorzover nodig geregeld in kwaliteitswetgeving maar worden verder overgelaten aan hetgeen de partners (aanbieders en zorgverzekeraars) in hun regionale en plaatselijke overeenkomsten willen vastleggen. Op deze manier wordt er een einde gemaakt aan de situatie dat instellingen en beroepsbeoefenaren een monopoliepositie hebben voor de door hen verleende vormen van zorg. In beginsel is iedere aanbieder van zorg, die toegelaten is tot de zorgverzekering, gerechtigd de wettelijk omschreven functies te leveren en ter financiering daarvan contracten af te sluiten met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt vrij om met die aanbieders in zee te gaan, die hen (en daarmee hun verzekerden) het beste bevallen. De verwachting is dat men via dit marktmechanisme het dichtst in de buurt komt van de werkelijke vraag naar gezondheidszorg, terwijl tegelijkertijd de meest doelmatig werkende aanbieders zullen worden gecontracteerd. Ten vierde het opheffen van het verbod op eigen instellingen voor zorgverzekeraars. Dit maakt het voor verzekeraars onder meer mogelijk om via een soort HMO-achtige constructie eigen klinieken te gaan opzetten en beheren.

4.2 Amerikaanse lessen

Hiervoor werd de context geschetst waarbinnen de zorginkoop in de Nederlandse gezondheidszorg zich, indien de stelselwijziging verder wordt doorgevoerd, zal gaan afspelen. Praktische ervaringen met dit fenomeen missen we echter nog. Hiervoor kunnen we bij de Amerikaanse gezondheidszorg te rade gaan. De reden om gebruik maken van Amerikaanse ervaringen is dat concurrentie (overigens inclusief alle uitwassen) in de gezondheidszorg van de Verenigde Staten een vertrouwd verschijnsel is. Behalve tot allerlei ongewenste situaties (de duurste gezondheidszorg ter wereld en tegelijkertijd 37 miljoen onverzekerden), heeft dit tevens geleid tot een aantal interessante zorginnovaties, bekend onder de naam 'managed care'. 'Managed care', zo blijkt uit Amerikaanse studies, kan bij behoud van kwaliteit, aanzienlijk goedkoper uitvallen dan het gebruikelijke 'fee-for-service'-systeem. Veel van de doelmatigheidswinst die binnen 'managed care' geboekt wordt hangt af van de wijze waarop

de contracten tussen de verzekeraars en de aanbieders worden afgesloten. Het blijkt dat Amerikaanse 'inkopers' van zorg over het algemeen vooral letten op de kwaliteit en service van de geleverde diensten: er is eerder sprake van concurrentie op basis van de kwaliteit dan op basis van de prijs. Bezien we de Amerikaanse contracteerervaring over de laatste tien jaar dan valt evenwel een langzame maar gestage verschuiving op in de richting van prijsconcurrentie.

Wat zijn nu, vanuit het perspectief van de aanbieders van zorg, de Amerikaanse lessen? Allereerst, streef contracten na met de belangrijkste verzekeraars in het eigen werk-gebied en neem daartoe ook zelf het initiatief. Deze handelwijze verkleint immers de kans op uitsluiting. In de tweede plaats, streef naar een wederzijdse vertrouwensrelatie. Verzekeraar en aanbieder van zorg hebben elkaar immers nodig. Ten derde, probeer tot een zo nauwkeurig mogelijke kostprijsberekening te komen. Traceer in elk geval de 'dure procedures' en onderhandel daar apart over. Het werken met onzuivere, vertroebelde tarieven kan namelijk leiden tot een verslechterende concurrentiepositie. De huidige situatie waarin de Nederlandse algemene ziekenhuizen verkeren ten opzichte van de privé-klinieken is hiervan een sprekend voorbeeld. Ten vierde, wanneer, bijvoorbeeld in een contract met een zogenaamde 'preferred provider organization' (Dit is een vorm van 'managed care' waarin een beperkte groep geselecteerde aanbieders een omschreven pakket medische diensten levert aan een bepaalde groep ingeschrevenen. Deze ingeschrevenen kunnen weliswaar gebruik maken van aanbieders buiten het panel, maar zij betalen daarvoor dan in het algemeen hogere eigen betalingen en/of beschikken in die gevallen over een lagere dekking. De aanbieders van zorg krijgen in deze organisatievorm een grotere 'omzet' in ruil voor lagere tarieven en/of stringenter 'utilization review'.), bepaalde concessies in de tariefstelling en/of in de klinische vrijheid geëist worden, let dan op de incentives die deze organisatie inbouwt om de verzekerden gebruik te laten maken van de geselecteerde aanbieders. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het introduceren van kostenverschillen voor de verzekerden of door het verbeteren van de verzekeringsdekking bij het gebruik van de 'preferred providers'. Tot slot, ga zelf op zoek naar zorginnovaties die leiden tot een doelmatiger en/of kwalitatief hoogwaardiger zorgaanbod.

Behalve bovenstaande, positief geformuleerde aandachtspunten zijn er ook een aantal zaken die door aanbieders vermeden moeten worden. Als eerste is dat, dat men niet te uitgebreid moet zijn in de vormgeving van de contracten en dat men moet streven naar zoveel mogelijk uniformiteit.

De voornaamste reden hiervoor ligt in de transactiekosten die met contractering en de daaruit voortvloeiende contractuele verplichtingen gepaard gaan. Vooral op dit punt zien we vele (kostbare) uitwassen in de gezondheidszorg van de Verenigde Staten. Er zijn vele verzekeraars die elk vele vormen van managed care aan hun verzekeren aanbieden. De wijze waarop het managed care begrip door de verschillende verzekeraars wordt ingevuld, verschilt daardoor onderling sterk: iedereen hanteert eigen regels, procedures, controlemechanismen, kostenbeheersingstechnieken, etc. De aanbieders van zorg zien zich hierdoor genooddakt om onevenredig veel tijd te investeren in het trachten te voldoen aan al deze eisen. Er is schijnbaar sprake van een 'trade-off' tussen de doelmatigheids-winst die het gevolg is van een betere organisatie van de zorgverlening en de kosten die je moet maken om dit resultaat te bereiken. Vervolgens, verwacht niet te veel van de 'sturing' van de patiëntenstroom door de zogenaamde 'preferred provider organizations' (PPO). Een aanbieder van zorg die bereid is om een gedeelte van zijn vrijheid in te leveren in zo'n PPO, verwacht daarvoor een zekere genoegdoening in de vorm van een gegarandeerde patiëntenstroom. Juist op dat punt blijken de PPO's tekort te schieten. Het minste dat aanbieders dan ook van een PPO mogen verwachten, is dat de PPO voldoende in het werk stelt om het gebruik van de 'preferred providers' te stimuleren. En tot slot, accepteer geen 'lowest negotiated rate'-clausule, ofwel een clausule die de aanbieders verplicht om het laagste overeengekomen tarief ook aan de verzekeraar met de desbetreffende clausule in rekening te brengen.

Twee opmerkingen moeten tot slot bij de 'Amerikaanse lessen' gemaakt worden. De eerste technische opmerking is, dat steeds is uitgegaan van evenwichtige marktverhoudingen. Zodra één van beide marktpartijen, aanbieders of verzekeraars, een overheersende machtspositie heeft, zijn de uitkomsten, vanuit doelmatigheidsoogpunt, over het algemeen ongewenst. Ook de 'lessen' komen daardoor in een ander licht te staan. Een tweede meer fundamentele opmerking heeft betrekking op de verschillen in waarden en normen in de gezondheidszorg tussen Nederland en de Verenigde Staten. In dit opzicht liggen Nederland en de Verenigde Staten zeer ver uiteen. Dit laat echter onverlet dat we er als Nederlandse zorgaanbieders goed aan doen om de ontwikkelingen om ons heen nauwkeurig te volgen, zeker waar we zien dat de Nederlandse gezondheidszorg qua structuur op sommige punten overeenkomsten lijkt te gaan vertonen met de gezondheidszorg van een land als de Verenigde Staten. Het spreekt voor zich dat we ons daarbij blijvend rekenschap moeten geven van onze eigen verworvenheden.

5 Vooruitblik

Wat mogen we in de Nederlandse gezondheidszorg verwachten van selectief contracteren? Onderstaand wordt ingegaan op drie argumenten die kunnen doen vermoeden dat selectief contracteren in een Nederlandse context niet van de grond zal komen; telkens zullen daar echter een aantal overwegingen aan worden toegevoegd die juist in de andere richting wijzen.

De eerste tegenwerping. Op dit moment bestaan er allerlei concurrentiebeperkende regelingen en afspraken. Deze zijn afkomstig van zowel de overheid als de partijen in het veld zelf. In het laatste geval spreken we vooral van zelfregulering. De laatste tijd komen daar nog verschillende vormen van, soms zeer inventief uitgedachte, concurrentiebeperkende gedragingen bij. Om enkele daarvan te noemen: de niet-aanvalsverdragen tussen aangrenzende ziekenfondsen, afspraken over de afstemming van nominale premies door ziekenfondsen, samenwerking tussen particuliere ziektekostenverzekeraars, fusies tussen verzekeraars (ook tussen ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen) en tussen gezondheidszorginstellingen, prijsafspraken tussen aanbieders van zorg, afstemming van gedragingen en dergelijke. Hoewel dit alles de concurrentie frustreert en daarmee selectief contracteren in de weg staat, is er reden om te twijfelen aan de haalbaarheid op langere termijn van deze, door de partijen in het veld gekozen, strategie. Een overheid die zijn zinnen zózeer gezet heeft op de zorgvernieuwing door middel van marktwerking, zal een massale ontduiking van de gewenste gereguleerde concurrentie niet accepteren. Daar komt bij dat het juist de patiënt/consument is die hier het kind van

de rekening wordt.

Een tweede tegenwerping die wel wordt ingebracht tegen selectief contracteren wijst op de concurrentievervalsing, waartoe selectief contracteren zou leiden. Zie bijvoorbeeld de aanval op de Haagse ligtaxi's. Daar valt echter onmiddellijk tegen in te brengen dat het probleem niet is, dat de ligtaxi's onder de prijs werken, maar dat het aanbod onvoldoende gedifferentieerd is. Zodra er marktsegmentatie en produkt-differentiatie optreedt, blijkt dat de kostprijsberekening moet worden aangepast. Dit is een onvermijdelijk proces. Vooral in de grote steden zou er dan bestaansrecht kunnen zijn voor ligtaxi's. Een vergelijkbaar probleem vinden we momenteel bij de concurrentiepositie van de ziekenhuizen ten opzichte van de privé-klinieken. Doordat de ziekenhuistarieven niet de werkelijke kosten reflecteren is het voor de ziekenhuizen onder de huidige omstandigheden vrijwel ondoenlijk om succesvol te concurreren met deze klinieken. Daar komen voor de ziekenhuizen vervolgens nog bij de beperkingen die worden opgelegd in het kader van het planningsbeleid en het erkenningenbeleid.

In de discussies over de stelselwijziging wordt dikwijls het argument van de derde tegenwerping gehanteerd. Namelijk dat gereguleerde concurrentie, en dus selectief contracteren ingaat tegen de Nederlandse 'traditie'/cultuur'. Dit argument verliest echter snel aan waarde, wanneer we de huidige Nederlandse praktijk bezien. Ook nu reeds kunnen we tal van initiatieven ontdekken, die sterk doen denken aan de concurrerende omgeving, waarvan Werken aan Zorgvernieuwing de contouren schetst. In zo'n omgeving ontstaat bij uitstek ruimte voor selectief contracteren.

Literatuur

- ¹AMERICAN MEDICAL CARE AND REVIEW ASSOCIATION (AMCRA). Directory of Preferred Provider Organizations and the Industry Report on PPO Development, 1986.
- ²BOLAND P. Trends in second-generation PPO's. Health Affairs 1987; 75-81.
- ³COWAN DH. Preferred Provider Organizations. Planning, Structure and Operation. Aspen Systems Corporation, Rockville, Maryland, 1984.
- ⁴FELDMAN R, KRALEWSKI J, SHAPIRO J, HUNG-CHING CHAN. Contracts between hospitals and health maintenance organizations. Health Care Management Review 1990; 15(1): 47-60.
- ⁵FRECH HE III. Preferred Provider Organizations and Health Care Competition. In: Frech HE III (ed.). Health Care in America. Pacific Research Institute for Public Policy, San Francisco, CA., 1988.
- ⁶HOMER CG. Methods of hospital use control in health maintenance organizations. Health Care Management Review 1986; 11(2): 15-23.
- ⁷JENNINGS MC. PPO contracting: lessons learned. Journal of Ambulatory Care Management 1987; 10(4): 78-84.
- ⁸MILIKAN DL. Asking the right questions in HMO and PPO evaluation. Health Financial Management 1986; 40(5): 38-41.
- ⁹RICE Th, GABEL J, DE LISSOVOY G. PPO's: the employer perspective. Journal of Health Politics, Policy and Law 1989; 14(2): 367-82.
- ¹⁰ROBINSON JC, PHIBBS CS. An evaluation of Medicaid selective contracting in California. Journal of Health Economics 1989; 8: 437-55.
- ¹¹DE SWAAN A. Zorg en de staat. Uitgeverij Bert Bakker: Amsterdam, 1989.
- ¹²TWEEDE KAMER, vergaderjaar 1989-1990, 21.545, nr.2 (Werken aan zorgvernieuwing).
- ¹³TWEEDE KAMER, vergaderjaar 1990-1991, 21.592, nr.12 (Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase, Nota n.a.v. het eindverslag).
- ¹⁴VREUGDENHIL JC, DE BRUINE M. Gezondheidszorg in Europa, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.