

Verschenen in 2006 in *Aelementair*, jaargang 5, nr. 3, pp. 16-19.

Van poldermodel naar prairiemodel?

Dr. L. Delsen

Hoofddocent Economie aan de Faculteit der Management Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen

Inleiding

Uit recent onderzoek blijkt dat Nederlanders minder tevreden zijn over de gezondheidszorg. In 1999 was 90 procent van de bevolking nog tevreden, waarvan 35 procent heel tevreden; begin 2006 is nog 75 procent tevreden, waarvan 11 procent heel tevreden (Putters, Frissen en Foekema, 2005). Dit hangt samen met het nieuwe zorgstelsel en de daarmee gepaard gaande onzekerheid en de wachtlijsten, maar ook met de grote werkdruk van het personeel.

In een tijd dat Den Haag meldt terug te treden uit de zorg, pleiten steeds meer Nederlanders juist voor een overheid die haar verantwoordelijkheid neemt. Vond in 1999 slechts 50 procent van de Nederlanders dat het vooral de overheid was die verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van de zorg, nu vindt 79 procent de overheid de eerst verantwoordelijke. Kortom, verandert het poldermodel richting een prairiemodel?

Geen noodzaak voor stelselwijziging

Uit de *OECD Health Data 2003* blijkt dat de uitgaven voor gezondheidszorg in alle westerse landen trendmatig groeien. In Nederland zijn deze zorguitgaven uitgedrukt in procenten van het bruto binnenlands product (bbp) gestegen van 6,1 procent in 1970 tot 8,9 procent in 2001. Dit laatste percentage is lager dan de ons omringende landen en in het merendeel van de Angelsaksische landen. De verwachting is dat naar de toekomst toe de gezondheidsuitgaven in procenten van het bbp meer dan verdubbelen.

Solidariteit, universele toegang en een goede kwaliteit van gezondheidszorgdiensten zijn de belangrijkste doelen van het Nederlandse zorgstelsel. De OESO concludeert op basis van vergelijking met andere stelsels dat vergaande hervormingen van de Nederlandse

gezondheidszorg niet noodzakelijk zijn. Naar internationale maatstaven is het resultaat van het Nederlandse zorgsysteem tamelijk goed te noemen. Nederlanders zijn relatief tevreden met hun systeem. Zowel in de jaren 1980 als in de jaren 1990 waren de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland goed onder controle vergeleken met het EU gemiddelde. Het in 1994 ingestelde uitgavenplafond rantsoneerde de gezondheidszorg en leidde tot wachtlijsten. Bovendien is een belangrijke wijziging in de balans tussen de risico-gebaseerd private verzekering en de inkomensgebaseerde publieke verzekering noch sociaal, noch politiek haalbaar (OECD, 2000: 86-95).

In 2001 concludeert het tweede kabinet-Kok echter in de nota *Vraag aan bod* (VWS, 2001) dat er een hoge mate van consensus bestaat voor een transformatie van het bestaande gecentraliseerde en aanbodgestuurde systeem naar een decentraal en vraaggestuurd systeem, geregisseerd door concurrerende en risicodragende verzekeraars. Het kabinet volgt het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER, 2000) om de bestaande verschillende systemen van gezondheidszorgverzekering te vervangen door een systeem voor de gehele bevolking. De SER pleit voor een verplichte verzekering uitgevoerd door particuliere verzekeraars, met nominale premies, waarbij verzekerden niet alleen kunnen kiezen bij wie zij zich willen verzekeren, maar ook voor welke dekking en op welke voorwaarden. Dit wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot een goed werkend systeem van gereguleerde concurrentie (“managed competition”) op de gezondheidszorgmarkt. Financiële solidariteit met lagere inkomensgroepen wordt in het SER-advies gerealiseerd via een inkomensafhankelijke bijdrage van werkgevers en een fiscale bijdrage van het rijk. De introductie van meer marktwerking in de zorg werd overigens al in 1987 voorgesteld door de Commissie Dekker, oud-voorzitter van de Raad van Bestuur van Philips in haar advies *Bereidheid tot verandering* en gold als oplossing voor te veel regels, bureaucratie, gebrek aan efficiëntie en onvoldoende reactie op veranderingen en uitlopende behoeften van de bevolking. Ook een nationale basisverzekering werd voorgesteld.

In 2003 kondigt het tweede kabinet-Balkenende aan een verplichte standaardverzekering voor iedereen per 2006 te willen invoeren. Het betreft een zelfregulerend

zorgverzekeringssysteem, waarin patiënten, verzekeraars en aanbieders prikkels krijgen om een efficiënt aanbod van gezondheidszorg met een hoge kwaliteit te verzekeren en de kosten te beheersen. De overheid beëindigt haar coördinerende rol. In het nieuwe zorgstelsel dat per 1 januari van dit jaar is ingevoerd is het onderscheid tussen verplichte sociale verzekering (ZFW) en particuliere gezondheidszorgverzekeringen verdwenen. Daarmee wordt volgens het kabinet de gezondheidsmarkt toegankelijk gemaakt voor iedereen. Vergroting van de dekking is echter niet of nauwelijks mogelijk; 99 procent van de Nederlanders heeft al een zorgverzekering. Prijzen en te leveren hoeveelheden van gezondheidszorg worden onderhandeld door verzekeraars en aanbieders van gezondheidszorg. Naast kostenbeheersing staat, via meer marktwerking, inspelen op de vermeende individualisering centraal als doelstelling. Kostenbeheersing leidt mogelijk tot minder doelmatigheid in de vorm van kwaliteitsreductie en wachtlijsten. Het openstellen van de sociale zorgverzekeringsmarkt voor private verzekeraars draagt niet bij aan beheersing van de uitgaven aan gezondheidszorg. Immers: een grotere doelmatigheid, lagere kosten per behandeling, het leveren van een hogere kwaliteit en het beter inspelen op de wensen van de consument kan leiden tot hogere kosten (Schut, 1999; Okma 2004).

De Nederlandse burgers worden geacht kritische cliënten te zijn die jaarlijks de verzekeraar kunnen kiezen. Het systeem moedigt verzekeraars aan te concurreren voor cliënten vooral door actief gezondheidszorg te kopen. Met betrekking tot dit laatste zijn de in 2003 ingevoerde Diagnose Behandelingscombinaties (DBC's) belangrijk. Door het onderhandelen tussen zorgverzekeraars met ziekenhuizen en andere aanbieders zullen, zo verwacht het kabinet, ook de wachtlijsten verdwijnen.

Amerikaanse toestanden

Het nieuwe Nederlandse zorgstelsel vertoont grote gelijkens met het zorgstelsel in de Verenigde Staten. Dit blijkt expliciet uit de nagestreefde gereguleerde concurrentie en het vraaggestuurde systeem. Om patiënten binnen te halen moeten zorginstellingen concurreren met elkaar op basis van prijs en kwaliteit. Ook in de Verenigde Staten wordt marktwerking nadrukkelijk gezien als een manier om de gezondheidszorg goedkoper en efficiënter te maken. Door deze marktwerking doen zich het “moral hazard”-probleem

voor van patiënten voor die minder kostenbewust zijn en dus veel zorg vragen en het “rent-seeking”-probleem, doordat zorgaanbieders zorg leveren die weinig of geen waarde heeft. Als oplossing gelden de “medical savings accounts”, vergelijkbaar met de Nederlandse persoonsgebonden budgetten (PGB’s).

Een noodzakelijke voorwaarde voor succes van het nieuwe zorgstel is dat consumenten druk uitoefenen op de verzekeraars om kwalitatief betere diensten aan te bieden. Consumenten dienen hiertoe toegang te hebben tot informatie over de kwaliteit van deze geleverde diensten. Hier speelt de informatieasymmetrie een rol. Verzekeraars kunnen adverteren om te overtuigen in plaats van te adverteren om te informeren. De kosten van deze (dure) advertentiecampaagnes dragen uiteraard niet bij aan de kwaliteit van de geleverde zorg en slechts in beperkte mate aan beter gefundeerde keuze door de consument. Wel dienen deze transactiekosten te worden betaald uit de premies. Niet alleen in de economische theorie van rationele keuze, ook in de klassieke psychologische theorie van menselijke motivatie wordt verondersteld dat keuze goed is en meer keuze beter. Bij herhaling is aangetoond dat mensen graag keuzes willen. Meer keuze betekent dat individuele preferenties beter kunnen worden vervuld en dus de gemiddelde individuele bevrediging hoger zal zijn. Deze voordelen hoeven in de praktijk niet op te treden. Het in 1996 ingevoerd systeem en in 2000 verder uitgebouwd systeem van individuele persoonlijke budgetten in de AWBZ illustreert dit. Mensen met een zorgindicatie kunnen daarmee hun eigen steun kopen, afhankelijk van hun omstandigheden. Het leidt niet alleen tot een betere aansluiting van zorgdiensten aan de behoeften, grotere tevredenheid van patiënten en lagere kosten, waaronder verpleeghuiskosten. Echter, de administratiekosten namen toe. Bovendien beschouwt niet iedereen zich goed in de rol van calculerende burger of zorgconsument. Een kwart weet niet hoe dit persoonlijke AWBZ-budget goed te beheren (Okma, 2004: 15).

De analogie met de Verenigde Staten blijkt eveneens uit de in Nederland, gedurende de afgelopen jaren, geïntroduceerde eigen risico’s, eigen bijdragen en no-claimkortingen, die patiënten een financiële prikkel moeten geven minder gezondheidszorg te consumeren en moreel risico te reduceren. In 2003 wordt er gediscussieerd over de herinvoering van een

“medicijnknaak” van 1,50 euro per voorgeschreven medicijn. De in 1983 ingevoerde medicijnknaak werd in 1990 weer afgeschaft. Niet alleen omdat deze kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken, het hardst trof, maar ook omdat bleek dat de uitvoering duur was (hoge administratieve last). Bovendien leidde uitstel van medicijngebruik en behandeling tot verergering van de klachten en extra ziekenhuisopnames. Uiteindelijk is de voorgestelde eigen bijdrage van 1,50 euro per medicijn geschrapt en vervangen door het eigen risico van maximaal 500 euro in de gezondheidszorg, dat in 2005 wordt ingevoerd. Daarnaast geldt per 1 januari 2006 een no-claimkorting van 255 euro per verzekerde.

Ook de in 2003 in Nederland ingevoerde Diagnose Behandelingscombinaties (DBC's) tonen veel gelijkenis met de Amerikaanse “Diagnose Related Groups” (DRGs). Bij deze DBC's staan de kosten en vergoedingen voorop en niet de kwaliteit van de zorg, dat wil zeggen hoe een medisch probleem wordt opgelost. De ervaring in de Verenigde Staten met de DRGs toont aan dat de financiële prikkel om efficiënt te werken kan leiden tot te weinig zorg, bijvoorbeeld vroegtijdig ontslag zodat onnodige heropname nodig kan zijn (Mantel, 1993).

Ook het toenemende aantal rechtszaken door patiënten, omdat zij zich benadeeld voelen of te lang hebben moeten wachten, duidt er op dat het Nederlandse zorgstelsel steeds meer op het Amerikaanse systeem gaat lijken (Okma, 2004: 150). Dit geldt ook, door de privatisering en marktwerking, voor de aanbodzijde op de gezondheidsmarkt: De code-Tabaksblat van december 2003 heeft er toe geleid dat Nederland wat corporate governance betreft is veranderd in een “Angelsaksisch land” (GMI, 2005). In de Verenigde Staten zijn de uitgaven niet alleen hoger, ook de toename van 6,3 procent in 1970 naar 13,9 procent in 2001 is veel sterker dan in Nederland en de andere OESO-lidstaten. De onnodige medische rechtszaken zijn een belangrijke verklarende factor voor de groei van de totale zorguitgaven. Op de eerste plaats doordat dergelijke rechtszaken duur zijn. Deze advocaten- en gerechtskosten zijn de afgelopen twee decennia zeer fors gestegen. Op tweede plaats omdat de dreiging van een rechtszaak voldoende reden kan zijn voor een arts of ziekenhuis om preventief extra maar medisch onnodige testen en onderzoeken te laten uitvoeren. De kosten van dit “preventieve” zorgaanbod zijn vele

malen hoger dan de directe gerechtskosten. De schattingen van de kosten van deze onnodige medische zorg variëren van 5 tot 9 procent van de totale ziekenhuiskosten (*Health Care News*, 1 januari 2006). Op de derde plaats omdat consumenten de nieuwste (dure) behandelingsmethodes eisen voor de door hen betaalde premies. Amerikaanse zorgaanbieders zijn bereid deze nieuwe en dure methodes aan te bieden en de patiënten in de watten te leggen om te voorkomen dat ontevreden patiënten dure rechtszaken starten. De kwaliteit van de gezondheidszorg voor de gemiddelde Amerikaan is echter niet hoger dan die voor de gemiddelde Nederlander. Bovendien is het aandeel Amerikanen dat onverzekerd is veel groter dan het percentage onverzekerden in Nederland. Ondanks de groeiende totale uitgaven is het percentage niet verzekerde Amerikanen in de afgelopen twee decennia gestegen van 13 procent in 1987 naar 16 procent in 2003.

In Nederland bedraagt de nominale premie bedraagt rond 1.100 euro. Daarnaast betaalt de werkgever een inkomensafhankelijke bijdrage van 6,25 procent. Afhankelijk van de persoonlijke situatie kan vervolgens een recht op zorgtoeslag. Op 20 december 2005 hebben 3,8 miljoen huishoudens de eerste zorgtoeslag voor de maand januari 2006 op hun rekening gestort gekregen door de Belastingdienst. De huidige zorgpremie is niet kostendekkend. Voor 2007 is door Zorgverzekeraars Nederland, de koepelorganisatie van de ziektekostenverzekeraars, al een premieverhoging voor de basispolis aangekondigd van 18 procent (NRC, 6 januari 2006). Wie zal deze hogere kosten betalen: het bedrijfsleven via een hoge inkomensafhankelijke premie, de burgers via een hogere nominale premie of de overheid via de zorgtoeslag? De eventuele stijging van de door werkgevers betaalde inkomensafhankelijke premie tast de concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven aan. Die vervolgens (deels) gecompenseerd worden om verhoging van de collectieve lastendruk te vermijden. De overheid ziet haar bezuinigingsbeleid falen. Een extra last op de lagere inkomens zal het gevolg zijn. Een derde mogelijkheid is het basispakket te verkleinen, waarmee de aanvullende zorgverzekeringen belangrijker worden. Een verdere privatisering van de gezondheidszorg in Nederland lijkt onvermijdelijk. Met vergrote kans op risicoselectie gezien de afwezigheid van een acceptatieplicht. Immers, verzekeraars willen alleen maar

gezonde mensen. Amerikaanse toestanden liggen dus in het verschiet (Van Wijnbergen, 2005).

Conclusie

Het Nederlandse zorgstelsel vertoont steeds meer gelijkenis met het Amerikaanse zorgstelsel, inclusief stijgende kosten en procederende patiënten. Het nieuwe zorgstelsel is niet alleen duurder, van mindere kwaliteit en bureaucratischer, het werkt eveneens denivellerend en leidt ook tot meer onverzekerde mensen en onvermijdelijk tot verdere privatisering en verschraling. Het poldermodel verandert in een prairiemodel.

Literatuur

Commissie Dekker (1987), *Bereidheid tot verandering, Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Distributiecentrum Overheidspublicaties, Den Haag.

GMI (2005), *New global governance ratings*, GovernanceMetrics International, New York (persbericht 6 maart).

Mantel, A.F. (1993), Kwaliteit en efficiëntie in een concurrerend zorgstelsel, *Economisch Statistische Berichten*, 30 juni, pp. 601-604.

OECD (2000), *Economic Survey of the Netherlands 1999-2000*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.

Okma, K.G.H. (2004), *De beleidsagenda voor de gezondheidszorg in de komende decennia: Vragen voor beleid en onderzoek*, SISWO, Amsterdam.

Ploeg, van der, F. (2004), Nieuwe zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit, *Economisch Statistische berichten*, 26 november, pp. 558-561.

Putters, K., P.H.A. Frissen en H. Foekema (2006), *Zorg om Vernieuwing*, Universiteit van Tilburg en TNS-Nipo.

Schut, F.T. (1999), Schipperen tussen plan en markt. Perfecte toedeling van zorg: en Heilige Graal, *Economisch Statistische Berichten*, 1 juli, pp. D16-D20.

SER (2000), *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Sociaal-Economische Raad, Den Haag.

VWS (2001), *Nota Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, vergaderjaar 2000-2001, 27855, nr. 1-2, Tweede Kamer der Staten Generaal, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

Wijnbergen, van S.J.G. (2005), Zorgen om zorg, in I. Palm (red.) *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Wetenschappelijk Bureau SP, Rotterdam, pp. 60-64.