

De sturing van het aanbod in de zorgsector

DRS. R.L.J.M. SCHEERDER



DRS. R.L.J.M. SCHEERDER

De plannen voor fundamentele veranderingen in de zorg zijn mislukt. Auteur poogt met onderstaand artikel een indruk te geven van de worsteling in de gezondheidszorg met de sturing van het aanbod. Hij presenteert een indruk die dieper gaat dan de gebruikelijke discussie over het budgetstelsel in de gezondheidszorg. Scheerder: '(...) er is nooit een echte legitimatie gevonden voor een fundamentele wijziging in het stelsel.'

In een tweetal bijdragen in Christen Democratische Verkenningen is gefulmineerd tegen het budgetstelsel in de gezondheidszorg. Nu is het natuurlijk de vraag waar de protesten zich precies tegen richten. Tegen het huidige budgetstelsel in engere zin voor de ziekenhuizen, zoals Pauw in het maartnummer deed? Of tegen het macro systeem van kostenbeheersing met betrekking tot de hele sector van de zorg? Immers het budgetstelsel voor de ziekenhuizen vormt een onderdeel van dat grotere systeem van *global budgetting*. De discussie in dit blad over de budgettering van de zorg is een mooie aanleiding om iets dieper in te gaan op de sturing en financiering van het aanbod in de zorg. Deze bijdrage gaat dus wat verder dan een reactie op het gebruikelijke gemopper in de zorg.

Terugblik

In de vele debatten over het stelsel van de gezondheidszorg in de afgelopen 25 jaar is veel aandacht besteed aan de vormgeving van het verzekeringswezen en minder aan de wijze waarop de sturing van het aanbod diende plaats te vinden. De uitzondering op deze regel vormde de structuurnota van staatssecretaris Hendriks, midden jaren zeventig, die daadwerkelijk met een totaalbeeld voor de gezondheidszorg kwam: enerzijds een volksverzekering voor iedereen, ongeacht inkomen en status en anderzijds een sturingsmodel voor het aanbod via een strakke planning en prijsregulering. De volksverzekering is er niet gekomen, de wetgeving op het terrein van het aanbod is wel gerealiseerd: de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de *zvw*, voor de planning en bouw van voorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg, de *wtg*, voor de integrale prijsregulering van het

aanbod. Overigens borduurde deze wetgeving voort op reeds bestaande reguleringssystemen. Bij de nadien gevolgde debatten over het ziektekostenstelsel werd de aandacht veeleer gericht op het verzekeringsstelsel. In het midden van de jaren tachtig voerde de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden de kleine stelselwijziging uit. Daarbij ging het om de afschaffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering enerzijds en de introductie van een risicoloze wettelijke polis voor de slechte risico's in de particuliere verzekering anderzijds. Fundamentele wijzigingen in de sturing waren niet aan de orde. Het model van de WTG werd door Van der Reijden wel dankbaar gebruikt om het nu zo vermaledijde budgetstelsel voor de ziekenhuizen in te voeren. Eind jaren tachtig is toen het debat gestart over het plan-Dekker. Kernelement was ook daar het verzekeringsstelsel. De introductie van de zogenaamde basisverzekering heeft de gemoederen flink bezig gehouden. Wat betreft de hele sturing van het aanbod was het plan-Dekker een stuk minder helder. Wel een algemeen verhaal over gereguleerde marktwerking, maar echt operationeel werd het niet gemaakt. Over de planning en bouw, dus over de wzv, is het Dekker-verhaal blijven steken in de aankondiging van nadere studie en een pleidooi om het een en ander te dereguleren. Over de prijsregulering was men iets minder vaag. De WTG kon wel verdwijnen, maar de prijsregulering werd niet geheel afgeschaft. Deze moest worden geïntegreerd in de basisverzekering en de raad voor de zorgverzekering moest het een en ander uitvoeren. Het plan-Dekker werd opgevolgd door het plan-Simons, een PvdA-variant van het plan-Dekker. In dat plan werd de sturing van het aanbod fasegewijs minder baanbrekend benaderd. Tenslotte bleef er niets anders over dan de aankondiging van een nieuwe gedereguleerde wzv en de ontbureaucratisering van de WTG. Beide sturingssystemen bleven in essentie wel overeen. Het is nu bijna 10 jaar later en we zitten nog steeds te wachten op een nieuwe wzv inclusief deregulering en de WTG heeft al die tijd zijn heilzame werk op dringend verzoek van de opeenvolgende Paarse kabinetten uitgevoerd.

✎ **Het is nu bijna 10 jaar later en we zitten nog steeds te wachten op een nieuwe wzv inclusief deregulering.**

Internationaal

Ten tijde van Dekker en Simons deed zich een eigenaardig fenomeen voor. Als de toenmalige bewindslieden voor de zorg, dan wel de minister president, in het buitenland verbleven, werd er steevast gemeld dat Nederland een uitstekend zorgstelsel had: hoge kwaliteit van personeel en infrastructuur, grote mate van solidariteit en dat alles tegen redelijke kosten. Zodra de bewindspersonen dan weer in het vaderland kwamen, werd er gefulmineerd tegen het huidige stelsel, moest er marktwerking komen (Dekker) respectievelijk bestuurlijke vernieuwing (Simons), anders zou het systeem totaal vermolmd in elkaar zakken. Inmiddels is het tien jaar later, is het systeem niet in elkaar gezakt en komen veel vertegenwoordigers uit de landen binnen en buiten de EU kijken hoe wij het hier gere-

geld hebben. In de OECD landen zijn er trends die allemaal dezelfde richting ingaan en waarbij Nederland op een aantal zaken voorop loopt: budgettering ex ante is een van die trends, striktere prijsregulering een andere. Trends in landen die men toch moeilijk als marxistisch kan beschouwen. OECD-rapporten over de gezondheidszorg stellen niet voor niets dat de gezondheidszorg in landen met een sterke overheidspositie op vele criteria beter scoort dan in landen met een zwakke overheidspositie. Die criteria omvatten dan zaken als kwaliteit, gelijke toegang, solidariteit en kostenbeheersing.

Nederland anno 1999

Anno 1999 is het model van sturing van het aanbod in grote lijnen nog hetzelfde als het model van de structuurnota van Hendriks. De koudwatervrees voor de volksverzekering uit de jaren zeventig is trouwens ook nog volop aanwezig getuige de spastische reacties op af en toe opborrelend gedachtegoed over de basisverzekering. Het feit dat een model 25 jaar bestaat behoeft op zich zelf nog geen reden te zijn om te constateren dat het model in zijn grondgedachte niet goed zou zijn. Integendeel, dat het sturingsmodel de tand des tijds heeft doorstaan, zegt iets over de houdbaarheid en duurzaamheid van dat model. En er zijn wat stormpjes geweest. Ik noemde al de debatten in het kader van Dekker en Simons over gereguleerde marktwerking en bestuurlijke vernieuwing. Daarna de introductie van Paarse concepten in het kader van de zogenaamde MDW-operatie, de mededingingswetgeving, de Europese richtlijnen in het kader van de mededinging. Voorts het concept van het maatschappelijke ondernemerschap en het recente model van de meerjarenafspraken. Al deze zaken hebben geen wezenlijke invloed gehad op het vigerende sturingsmodel van het aanbod in de zorg. De plannen-Dekker en -Simons zijn in hun ambitieniveau vroegtijdig gestorven. De MDW-concepten over zaken als differentiatie in prijsvorming, concessiestelsels en wat dies meer zij, zijn geen van alle echt operationeel gemaakt. Concessiestelsels zonder adequate alternatieve aanbieders werken niet en prijsdifferentiatie maakt het leven voor de zorgverzekeraars onnodig ingewikkeld en daar hebben verzekeraars, zoals bekend, helemaal geen trek in. De invoering van de Wet Economische Mededinging, de WEM, heeft geen directe gevolgen voor de uitvoering van de WTG en de WZV. Sterker nog, er zijn uitzonderingsbepalingen in die wet opgenomen om zulks zelfs te verhoeden. De Europese regelgeving kan nog wel van invloed zijn op het Nederlandse sturingsmodel. Recente arresten van het hof duiden in die richting en het beroep van spitsvondige advocaten op de richtlijnen inzake het vrije verkeer van goederen en diensten kan op den duur een zekere erosie bewerkstelligen. Vervolgens het gemaltraiteerde begrip van het maatschappelijk ondernemerschap. Een term die weer doet denken aan de tijden van Dekker en Simons, waarin iedere gerespecteerde partij in de zorg een

partij slogans meeblies in het orkest van holle vaten. Er is nog steeds niemand die dat begrip echt operationeel kan maken. Afhankelijk van de belangengroepering wordt het begrip ingevuld. De overheid vindt dat de maatschappelijke ondernemer de wachtlijsten moet wegwerken en de belangengroepen, lees organisaties van aanbieders in de zorg, vinden dat het maatschappelijke ondernemen inhoudt dat zij hun gang moeten kunnen gaan en de maatschappij hun rekeningen moet betalen. De verzekeraars kunnen zich vinden in die term om hun mengvorm van schade- en zorgverzekeraarschap te legitimeren. Het gebruik van de term maatschappelijk ondernemerschap geeft echter geen eenduidige richting over de wijze van sturing van het aanbod in termen van geld en volume. De term ligt echter bij iedere partij lekker vanwege de buitengewoon flexibele invullingsmogelijkheden. Eenieder kan zijn of haar eigen belangen kwijt. Het is overigens een begrip met een hele snelle doorlooptijd. Tenslotte de meerjarenafspraken van het kabinet-Kok II. Een sturingsmodel om de zo broodnodige rust aan het front te brengen. Een model dat alleen kan werken dankzij het extra geld dat beschikbaar is gesteld voor de sector. Een model dat voorts in termen van mededinging kan worden gekarakteriseerd als één groot kartel op nationaal niveau. En de ironie wil dat voor de uitwerking van de meerjarenafspraken uiteraard weer een beroep wordt gedaan op het bestaande verdelingsmechanisme van de vigerende sturingswetgeving.

De budgettering van verzekeraars

✎ Er is nog steeds niemand die het begrip 'maatschappelijk ondernemerschap' operationeel kan maken.

In het kader van de plannen-Dekker en -Simons is er wel een halfslachtige poging gedaan om een nieuw sturingsmodel te ontwikkelen via de budgettering van de verzekeraars. De idee daarachter was dat de verzekeraars dan de regie van de zorg zouden kunnen overnemen van de overheid door hen zodanig te budgetteren dat enerzijds het beleid van kostenbeheersing zou worden uitgevoerd en anderzijds de overheid van een hoop heikele problemen af zou zijn door deze op het bordje van de verzekeraars te leggen. Ondanks het schipbreuk lijden van de beide plannen is de idee nooit overboord gezet. Sterker nog de budgettering heeft vaste voet gekregen onder Paars. Voor een aanzienlijk deel lopen de verzekeraars nu risico. Alleen het model werkt niet ten aanzien van de sturing van het aanbod. Er zijn velerlei redenen waarom niet. Ten eerste vallen de particuliere verzekeraars er niet onder. Deze zijn goed voor 30% van de omzet in de curatieve sector. Ten tweede hebben de ziekenfondsen een prachtige veiligheidsklep gekregen doordat zij hun nominale premie zelf kunnen vaststellen. Komen zij tekort dan verhogen ze gewoon hun premie in plaats van scherper op de schadelast te letten. Wat dat betreft acteren zij niet anders dan de particuliere verzekeraars. In 1999 hebben de ziekenfondsen dit massaal gedaan omdat zij geen geloof hechtten aan de bezuinigingsdoelstellingen van de overheid in het genees-

middelendossier. Ten derde is er een aantal zaken dat eenvoudigweg niet thuis-hoort bij verzekeraars: zaken over het pakket, over verdeling van de kostbare zorg, over de planning, de kwaliteit en de rechtvaardige verdeling van de zorg. Ten vierde gelooft de overheid niet echt in het concept doordat men het huidige sturingsmodel niet overboord durft te gooien. Tenslotte vinden vele verzekeraars het eigenlijk wel mooi zo: geen concurrentie op prijzen en de overheid zorgt wel voor de moeilijke beslissingen. Daar is tenslotte de politiek voor.

Model van de regionale besturing

Midden jaren tachtig hebben we het debâcle meegemaakt van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening, de wvGM. Deze wet beoogde de sturing van de zorg op regionaal niveau te laten plaats vinden inclusief de planning en financiering van het aanbod, maar met behoud van het verzekeringskarakter van de wetgeving. Deze wvGM is nooit ingevoerd. Het plan verstikte in bureaucratie, regionale Poolse landdagen, onopgeloste spanningsvel-den tussen centrale verzekeringsfinanciering en regionale bestedingsbeslissin-gen. Kortom de botsing tussen de functionele aanpak van de zorg via het be-proefde model van aanbieders en verzekeraars onder regie van de nationale over-heid versus de territoriale aanpak via provincie en gemeenten. Het regiomodel is weer in opkomst. Het wordt weer even als de panacee voor de oplossing van alle 'problemen' opgevoerd. Maar ook hier is de makke dat een concrete operationali-sering van een dergelijke benadering weer ontbreekt. Het stellen van de juiste vragen zegt al genoeg. Over welke regio hebben we het? Wie is de baas in de re-gio? Gaan we de verzekeringsfinanciering afschaffen? Hoe moet het met regio overschrijdende zorg. Gaan we al het bestaande herverdelen? Hoe zit het met de rechtsgelijkheid? Is Nederland niet te klein voor 30 regio's? Is Nederland in Eu-ropees verband niet op zich zelf een regio? Hoeveel bureaucraten krijgen we er-bij? Hoeveel geld gaat die bestuurlijke aanpak kosten die niet beschikbaar komt voor de handen aan het bed? Krijgen we niet dezelfde problemen die de wvGM heeft doen sneuvelen? Kortom hebben we onze lessen uit het verleden niet ge-leerd? Of, en daar lijkt het op, ontbreekt het historisch besef?

☞ Vele
verzekeraars
vinden het wel
mooi zo: geen
concurrentie op
prijzen en de
overheid zorgt voor
de moeilijke
beslissingen.

Het model-De Hoop Scheffer

Tot mijn grote verrassing komt De Hoop Scheffer via een interview in de Elsevier van 5 mei jongstleden met een geheel ander model van sturing. In het kort ge-zegd komt het model neer op afschaffing van het maatschappelijke middenveld, drastische inperking van het politieke primaat en de introductie van de indivi-duele patiënt dan wel een vereniging van patiënten als onderhandelingspartner voor de omvang en financiering van het aanbod. De individuele patiënt krijgt

een budget en hij gaat zelf zijn zorg maar inkopen bij de dokter of het ziekenhuis. Of de Whiplashpatiëntenvereniging gaat met de ziekenhuizen en de specialisten onderhandelen over tarieven, kwaliteit en omvang van de zorg. Op een vraag of misschien de verzekeraars en de ziekenfondsen nog een rol hebben in dit proces, stelt De Hoop Scheffer dat die organisaties toch volledig gebureaucratiseerd zijn en allang niet meer bezig zijn met de behoeften van de verzekerden. Het sturingsmodel van De Hoop Scheffer getuigt van een verbluffende naïviteit ten aanzien van de positie van de patiënt in de zorg. Het is tegelijkertijd ook bangstigend met hoe weinig inzicht in het krachtenveld van de gezondheidszorg deze stellingen worden geponeerd. Het model gaat volledig voorbij aan aspecten van rechtsgelijkheid, de afhankelijkheidsrelaties in de zorgverlening, de gecompliceerdheid van de financiering van de zorg, de positie van de zorgverzekeraars en de kostenbeheersing. Het schuift met een verbluffend gemak alle institutionele inspanningen die het CDA middenveld de afgelopen eeuw heeft verricht op het terrein van de zorg voor de medemens terzijde. Het is ook verbazingwekkend met hoeveel gemak er beweerd wordt, en niet alleen door De Hoop Scheffer, dat alle huidige instellingen en aanbieders van zorg niet vraaggericht bezig zijn geweest. Er zou in de huidige structuur geen oog zijn voor de behoeften van de patiënt. Een bewering die op zijn minst toch als uiterst beledigend moet overkomen bij al diegenen die al of niet instellingsgericht hun werk in de zorg verrichten? Het is een beetje tekenend voor de sector dat tegen dergelijke beweringen geen krachtig tegengeluid wordt gegeven. Of wordt er gedacht: we slikken alles zolang het maar extra geld oplevert? De sector kennende, sluit ik dat bepaald niet uit.

Terug naar de budgettering


De positie van het budgetteringssysteem voor de ziekenhuizen en de overige instellingen in de zorg, dient gezien te worden in het perspectief van het totaalbeeld van de sturing van de zorg. Dat totaalbeeld wordt, in alle OECD-landen, beheerst door een stringent beleid van kostenbeheersing. Dat is niet voor niks in al die landen het geval. Die globale kostenbeheersing wordt gelegitimeerd door generale noties als het behoud van de betaalbaarheid van de zorg, de instandhouding van de solidariteit, de noodzaak om arbeidskosten te matigen en tegelijkertijd de verhouding tussen collectieve en particuliere uitgaven te bewaken. Maar de kostenbeheersing heeft ook nog andere redenen. In alle OECD-landen zijn er trends merkbaar die duiden op een groeiende onvrede over de macro- en microprestaties van het zorgsysteem. Krijgen de burgers wel *value for money*? Krijgt Nederland wel waar voor zijn 70 miljard die in de zorg omgaat? Wordt de sector ook wel eens afgerekend? Wordt de bewijslast voor meer geld niet teveel afgewenteld naar de overheid, naar de collectiviteit, of naar andere particuliere

financieringsbronnen, waarbij de solidariteit dan even gemakshalve terzijde wordt geschoven? Klagen de directeuren wel terecht? Zijn de wachtlijsten in de curatieve zorg allemaal de schuld van het geld, of is ook de bedrijfsvoering in de zorg er debet aan? Het water staat ons aan de lippen, zo wordt er gezegd, maar het algemene financiële beeld van de ziekenhuizen is helemaal zo slecht nog niet. Inzicht in de daadwerkelijke aanwending van kosten en de daaruit resulterende baten ontbreekt. Natuurlijk heeft het huidige budgetsysteem gebreken. Natuurlijk kan en moet er onderhoud en renovatie worden gepleegd. Maar het lijkt er op dat de discussie in werkelijkheid meer om het niveau dan om het systeem gaat. Met meer geld is alles op te lossen, alleen een daadwerkelijke impuls ter verbetering van de bedrijfsvoering en de resultaten blijft in dat geval ontbreken. De voorstellen voor het systeem van productprijzen zou wellicht een bijdrage kunnen leveren. Het is echter ingewikkeld, heeft hoge transactiekosten en, wederom kijkend naar het buitenland, heeft een hoge graad van manipulatiepotentie. Desalniettemin wel een poging waard. Alleen het zal op korte termijn niet leiden tot een *output pricing*-systeem met een *open end*-financiering. Het kabinetsbeleid ten aanzien van de kostenbeheersing zal, ook met het CDA in de regering, niet worden losgelaten.

Tenslotte

✚ Er was geen breed gedragen gevoel in de samenleving dat het met de gezondheidszorg helemaal fout ging.

In het bovenstaande heb ik een poging gedaan om in kort bestek een beeld te geven van de worsteling in de gezondheidszorg met de sturing van het aanbod. Alles hangt met alles samen in de zorg, wordt er wel eens gezegd. En terecht. Het gaat daarbij niet alleen om de de kant van het aanbod, maar ook om de keerzijde: het verzekeringsstelsel. Kortom het debat over de inrichting van het ziektekostenstelsel kan alleen maar in samenhang plaats vinden. Die perceptie werd door staatssecretaris Hendriks gehanteerd en ook door, laten we eerlijk zijn, Dekker en aanvankelijk ook nog wel door Simons. Fundamentele veranderingen in de zorg vereisen een samenhangend plan, een grand design, een blauwdruk. Die hebben we in het recente verleden gehad. En ze zijn mislukt. Waarom zijn ze mislukt? Het volstaat mijns inziens niet met de mededeling dat de aanpak niet goed was, dat de politiek er geen trek in had, of dat de betrokken bewindsman het verkeerd aanpakte. Het ligt een stuk dieper. Eén van de meest in het oog springende zaken bij deze plannen was het feit dat er nooit een echte legitimatie is gevonden voor een fundamentele wijziging in het stelsel. Er was geen breed gedragen gevoel in de samenleving dat het met de gezondheidszorg helemaal fout ging. Integendeel, vele onderzoeken in de afgelopen tien jaar hebben de beleidsmakers laten weten dat het volk, de mensen, de patiënten, de burgers, de verzekerden, de kiezers, redelijk tevreden waren over het stelsel van de gezondheidszorg. Natuurlijk het liep niet allemaal gladjes, er waren en er zijn voor

 **Laten we de problemen proportioneel oplossen: kleine problemen met kleine oplossingen.**

een beperkt aantal aandoeningen wachtlijsten, maar verder was de satisfactie hoog. Een enquête in begin juni van dit jaar heeft dat beeld nog eens versterkt. Voorts kwam in dat onderzoek ook nog eens tot uiting hoe de publieke opinie denkt over de tweedeling. Er blijkt nog steeds een heel groot draagvlak voor solidariteit in de zorg te zijn. Laten we dat koesteren. En waarom zouden we dat ook niet een beetje op het conto van ons stelsel schrijven. Dat betekent natuurlijk niet dat we stil moeten zitten. Er moet onderhoud worden gepleegd. Er kunnen zaken beter worden aangepakt. Dereguleren en minder bureaucratie zijn daarbij sleutelwoorden, maar ook meer verantwoording en resultaatgerichtheid van de zijde van de spelers in het veld, de aanbieders, de verzekeraars en de overheid. Maar het gebruikelijke gemopper van ziekenhuisdirecteuren lijkt mij geen aanleiding om zaken fundamenteel te wijzigen. Laten we de problemen proportioneel oplossen: kleine problemen met kleine oplossingen. In mondiaal perspectief gezien zijn onze problemen inderdaad marginaal. Mijn enige zorg is de verzorging en verpleging van onze ouderen in de nabije toekomst. Laten we daar maar eens over gaan nadenken!

Drs. R.L.J.M. Scheerder is voorzitter van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en International Health Care Consultant