

Marktwerking en sociaal beleid

Doelmatigheid en rechtvaardigheid van sociaal beleid bij privatisering van sociale risico's en invoering van quasi-markten

Romke van der Veen

Dit artikel poogt een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre het bevorderen van marktwerking ten koste van sociale ongelijkheid en rechtvaardigheid gaat. Problemen lijken zich vooral voor te doen bij de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt ten gevolge van risicoselectie. Voor andere markten is het dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid in principe goed beheersbaar maar de doelmatigheidswinst lijkt beperkt te zijn. (van de redactie)

De in de jaren tachtig sterk toegenomen zorg over de beheersbaarheid en de doeltreffendheid van het sociaal beleid¹, met de perikelen rondom de herziening van de Ziektewet en de Arbeidsongeschiktheidsverzekering in het begin van de jaren negentig als katalysator, heeft belangrijke veranderingen in het sociaal beleid in Nederland bewerkstelligd. Deze veranderingen kunnen onder de volgende drie noemers gebracht worden:

* Romke van der Veen is hoogleraar bestuurssociologie aan de Universiteit Twente. Hij verricht onderzoek op het terrein van het sociaal beleid en de moderne verzorgingsstaat. Recente publicaties: *Het bedrijf van de verzorgingsstaat* (Amsterdam, 1995, met L. Aarts e.a.); *Tussen sociale wil en werkelijkheid. Een geschiedenis van het beleid van het ministerie van Sociale Zaken* ('s Gravenhage 1995, met D. Rigter e.a.); *De toekomst van de sociale zekerheid* (Amsterdam, 1996, met D. Bannink e.a.). Binnenkort verschijnt: *Dilemma's van sociale zekerheid. Een analyse van tien jaar herziening van het stelsel van sociale zekerheid* ('s Gravenhage 1997, met C. Teulings en W. Trommel).

¹ Ik hanteer hier een pragmatische definitie van het begrip sociaal beleid, vergelijk T.H. Marshall: sociaal beleid is 'the policy of governments with regard to action having a direct impact on the welfare of citizens by providing them with services or income' (Marshall, 1967, 6). Het begrip omsluit traditioneel beleidsterreinen als gezondheidszorg, volkshuisvesting, onderwijs, sociale zekerheid e.d.

1. vermindering van discretionaire ruimte door middel van precisering van wet- en regelgeving en aanscherping van rechten en plichten;
2. het scheiden van verantwoordelijkheden van de verschillende bij de uitvoering van het beleid betrokken actoren door bestuurlijke herinrichting van het uitvoeringsproces via decentralisatie en ontvlechting; en
3. het inrichten van de uitvoering in de lijn van een 'transactiemodel', dat betekent: het introduceren van financiële incentives voor uitvoeringsorganisaties en de introductie van marktwerking binnen het kader van sociaal beleid.

In deze beschouwing richt ik mij op de introductie van marktwerking in het domein van het sociaal beleid. Op vele terreinen -volkshuisvesting, gezondheidszorg, ziektekostenverzekering, sociale verzekering- is de laatste jaren marktwerking geïntroduceerd als instrument in het beleid om het beroep op voorzieningen terug te dringen en beter beheersbaar te maken.

1. Marktwerking binnen sociaal beleid: privatisering van risico's en quasi-markten

Bevordering van marktwerking heeft tot doel de nadelen van gecollectiviseerde, bureaucratische productie en distributie van voorzieningen te verminderen. Dit betreft behalve bevordering van productieve efficiëntie ook het vergroten van de responsiviteit van de leveranciers van voorzieningen en het bevorderen van de keuzevrijheid van consumenten. De vergroting van efficiëntie, responsiviteit en keuzevrijheid mag echter niet ten koste gaan van de doeltreffendheid en de verdelende rechtvaardigheid. (LeGrand en Bartlett, 1993, 14-19)

Bevordering van marktwerking binnen sociaal beleid vindt op twee verschillende manieren plaats. In de eerste plaats door delen van het risico -onder stringent vastgelegde voorwaarden- te privatiseren. Model voor deze benadering kunnen de herziening van de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidsverzekering staan. In de tweede plaats neemt de rol van de markt binnen het sociaal beleid toe door het scheppen van marktverhoudingen tussen de 'budgethouder' en de leverancier van voorzieningen. Dit vindt op vele terreinen plaats. De herzieningen op het terrein van de gezondheidszorg en de sociale verzekeringen kunnen hier model voor staan.

In navolging van Williamson (1975) en LeGrand en Bartlett (1993) wil ik bij deze tweede vorm van marktwerking spreken over het ontstaan van 'quasi-markten'. Er is bij de hierboven genoemde voorbeelden sprake van het ontstaan van markten omdat een (meer of minder) bureaucratische, monopolistische producent wordt vervangen door meer onafhankelijke en in onderlinge compe-

titie verkerende producenten. Het betreft 'quasi-markten' omdat er grote verschillen bestaan met het conventionele beeld van de markt. In de eerste plaats zijn de producenten vaak publieke organisaties zonder winstoogmerk (bijvoorbeeld: woningbouwverenigingen, zorgleveranciers, ziekenfondsen). In de tweede plaats is de toegang tot de markt aan strenge voorwaarden gebonden. Instellingen dienen erkend te worden alvorens op de markt te kunnen opereren. Verder is het meestal niet de gebruiker die kiest voor de voorzieningen, maar een andere, intermediaire partij (de verzekeraar, de thuishulporganisatie, de woningbouwvereniging). In de vierde plaats is geld vaak niet direct het 'ruilmiddel' maar wordt er gewerkt met vastgelegde budgetten of een of ander 'voucher' systeem (bijvoorbeeld in de gezondheidszorg). Ten slotte is de keuzevrijheid (voor de consument of de intermediaire partij) zeer beperkt: voorzieningen moeten op een markt worden verworven maar de wetgever heeft de keuzevrijheid sterk begrensd.

De vraag is nu onder welke voorwaarden privatisering van sociale risico's en quasi-markten doelmatigheid en beheersbaarheid kunnen vergroten en wat de mogelijke gevolgen zijn in termen van rechtvaardigheid. Deze vraag is ingegeven door het klassieke dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid (Okun, 1975) dat stelt dat er een uitruil plaats vindt tussen doelmatigheid en rechtvaardigheid. Een grotere verdelende rechtvaardigheid door herverdeling van goederen en/of inkomen leidt onvermijdelijk, zo is de stelling, tot een vermindering van de efficiëntie van het economisch proces. Premies en belastingen verlagen de prikkel om te arbeiden en te sparen en dit heeft averechtsse gevolgen: de productiviteit vermindert.

Het begrip rechtvaardigheid heeft in dit verband een beperkte betekenis: herverdeling. Voor een rechtvaardige verdeling van kansen, inkomen of bepaalde goederen is een zekere mate van inkomensherverdeling (via belastingen en premies) noodzakelijk. Wat een rechtvaardige verdeling is wordt niet nader gespecificeerd, gesteld wordt slechts dat een rechtvaardige verdeling herverdeling van inkomen noodzakelijk maakt. In dit artikel zal ik het begrip rechtvaardigheid in een vergelijkbare, beperkte betekenis hanteren. Als de vraag gesteld wordt naar de gevolgen van marktwerking voor de rechtvaardigheid van sociaal beleid worden de doelstellingen van de wetgever (de mate van herverdeling die wordt beoogd) als uitgangspunt genomen.

Een tweede kanttekening bij het dilemma: de gehanteerde noties van doelmatigheid en rechtvaardigheid zijn beperkt en eenzijdig. Het dilemma is gebaseerd op een individualistisch en economisch mensbeeld: premies en belastingen verlagen de prikkel om te arbeiden en te sparen en zetten aan tot het ontduiken van betaling, hetgeen vervolgens onvermijdelijk de doelmatigheid van het

economisch proces vermindert. Ervaringen met de uitvoering en het gebruik van sociale zekerheid hebben geleerd dat dergelijk calculerend gedrag zeker niet denkbeeldig is. Wanneer we echter niet naar individueel gedrag maar naar een samenleving als geheel kijken wordt het dilemma veel ingewikkelder. Tegenover het hierboven genoemde doelmatigheidsverlies staat dan bijvoorbeeld doelmatigheidswinst in termen van arbeidsrust (het geringe aantal stakingen in Nederland) of winst waar het de bereidheid van bijvoorbeeld vakbonden betreft om mee te werken aan een gematigd loon- en inkomensbeleid.

Bij de vormgeving van sociaal beleid doen zich nog twee andere dilemma's voor die nauw verwant zijn aan het dilemma van rechtvaardigheid versus doelmatigheid (vgl. Aarts e.a., 1995; Teulings, Van der Veen en Trommel, 1997). De eerste is *het dilemma van rechtsgelijkheid versus responsiviteit*. Informatieproblemen spelen in dit dilemma een grote rol. Omdat informatie altijd onvolledig is en vaak endogeen (dat wil zeggen manipuleerbaar door de betrokkene), is een zekere discretionaire ruimte in de uitvoering van sociaal beleid noodzakelijk. De uitvoerder -bijvoorbeeld de verzekeringsarts bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid- zal zoveel mogelijk informatie moeten gebruiken om in het individuele geval tot een beoordeling te kunnen komen. De verwerking van deze informatie kan nooit volledig vastgelegd worden in objectieve regels (zeker niet wanneer er sprake is van professionele beoordelingsprocessen zoals in de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering). Uitvoering van sociaal beleid vraagt dus om een zekere *responsiviteit*. Tegelijkertijd vraagt het rechtsstatelijke karakter van sociaal beleid om *rechtsgelijkheid* in de toedeling van sociale rechten. De spanning tussen de noodzaak van responsiviteit enerzijds en rechtsgelijkheid anderzijds kan deels opgelost worden door rechten te categoriseren (te onderscheiden naar verschillende groepen). Het succes van deze strategie is echter afhankelijk van de aard van de informatie die benodigd is om vast te stellen wie in een bepaalde categorie thuis hoort: in hoeverre is de informatie eenvoudig beschikbaar en manipuleerbaar? De strategie van categorisering stuit ten gevolge van problemen met onvolledige en manipuleerbare informatie vaak snel op grenzen.

Het laatste dilemma dat een belangrijke rol speelt bij de vormgeving van sociaal beleid is *het dilemma van solidariteit versus keuzevrijheid*. Sociale verzekeringen kunnen niet volledig worden overgelaten aan de markt. Risicoselectie of averechtse selectie door verzekeraars staat dit bijvoorbeeld in de weg (zie verder: Aarts e.a., 1995, 103 e.v., 260 e.v.). Verzekeraars hebben er belang bij slechte risico's te weren terwijl de goede risico's er juist minder belang bij hebben zich te verzekeren. Dit leidt tot oververtegenwoordiging van slechte risico's en kan sociale verzekering via de markt onmogelijk maken. Dit probleem is op te lossen door een verzekeringsplicht, door verplichte solidariteit

tussen goede en slechte risico's. Het nadeel van deze oplossing is dat burgers geen keuzevrijheid meer hebben wat betreft de omvang en samenstelling van hun verzekering. Er is dan geen (markt)mechanisme meer dat vraag en aanbod op elkaar afstemt. Solidariteit kan zo tot oververzekering leiden en keuzevrijheid tot onderverzekering.

Bovenstaande dilemma's staan centraal bij de keuze tussen de markt of collectieve regeling in de vormgeving van sociaal beleid. De presentatie van de dilemma's in termen van informatieproblemen impliceert dat de mate waarin een 'trade-off' plaats vindt afhankelijk is van de omvang van de informatieproblemen (die kan variëren afhankelijk van de aard van het risico; zie Aarts e.a. 1995, 260 e.v.) en dat beheersing van de uitruil in beginsel niet onmogelijk is.

2. Privatisering van risico's: geregisseerde liberalisering

Op diverse terreinen van sociaal beleid wordt meer en meer met eigen risico's gewerkt. Model voor deze wijze van bevordering van marktwerking binnen sociaal beleid kunnen de ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid staan. Het ziekterisico dat voorheen door de Ziektewet werd gecollectiviseerd en afgedekt is sinds 1993 in twee stappen (via de TZ en de WULBZ) vrijwel geheel geprivatiseerd². Binnenkort zal deze privatisering verder worden voortgezet door ook een deel van het ziekterisico dat is onder gebracht in de arbeidsongeschiktheidsverzekering te privatiseren (via de PEMBA)³.

Deze voorbeelden illustreren goed het specifieke karakter dat privatisering binnen het raamwerk van de Nederlandse verzorgingsstaat krijgt. Er is sprake van privatisering onder stringente voorwaarden, gesproken kan worden van '*geregisseerde liberalisering*' (zie: Rigter e.a., 1995, 388 e.v.). Er worden marktelementen geïntroduceerd in het domein van het sociaal beleid (=liberalisering), maar deze 'nieuwe markt' wordt door de overheid in sterke mate gereguleerd. Niet alleen reguleert zij het functioneren van de nieuwe markt

² Met de wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ, 1993) is binnen de ziektewet een eigen risico periode van 2 tot 6 weken geïntroduceerd gecombineerd met een loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever van minimaal 70 procent van het loon. Via de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte (WULBZ, 1995) is de bescherming van de Ziektewet voor de meeste werknemers volledig afgeschaft en vervangen door een loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever voor de duur van 1 jaar van minimaal 70 procent van het loon. De werkgever is vrij zich tegen dit risico op de private verzekeringsmarkt te verzekeren.

³ De wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheidsverzekering (PEMBA, 1997) geeft werkgevers de mogelijkheid om, vergelijkbaar aan het ziekterisico, het arbeidsongeschiktheidsrisico de eerste vijf jaar zelf te dragen of te kiezen voor collectieve, publieke verzekering (via de WAO) waarbinnen vanaf 1 januari 1988 premiedifferentiatie plaats vindt naar de mate waarin bedrijven arbeidsongeschikte werknemers 'afleveren'.

(hetgeen zij altijd tot op zekere hoogte doet), zij legt de actoren op deze markt ook duidelijk omschreven verantwoordelijkheden en plichten op (=regie). Zo is er sinds enige tijd geen algemene, verplichte verzekering meer voor het ziekterisico, maar hier is wel een loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (van minimaal 70 procent van het loon) voor in de plaats gekomen. Werkgevers zijn vrij in hun keuze hoe zij met dit 'nieuwe risico' omgaan, maar zijn wel verplicht hun werknemers sociale zekerheid te bieden in geval van ziekte.

Privatisering van het ziekterisico had tot doel het in Nederland relatief hoge ziekteverzuim terug te dringen door werknemers en werkgevers directer te confronteren met de kosten van het risico en hen te dwingen een verzuimbeleid te voeren. Via de wet TZ werd premiedifferentiatie ingevoerd, kregen bedrijven een eigen risico van 2 tot 6 weken (afhankelijk van de omvang van het bedrijf) en werd bedrijven de verplichting opgelegd een ARBO-dienst in te schakelen voor de verzuimbegeleiding. Via de WULBZ werd de loondoorbetalingsverplichting verlengd tot een jaar. De eerste onderzoeken naar de effecten van de TZ en de WULBZ wijzen op substantiële effecten. Het ziekteverzuim is teruggedrongen (van ruim 7 procent in 1990 naar een kleine 5 procent in 1996, ter Huurne e.a., 1997, 40-43) en (met name bij grotere bedrijven) is het verzuimbeleid serieus ter hand genomen (Vijgen 1995, Veerman, Andriessen en Koster, 1995; ter Huurne e.a., 1997). Veel werkgevers hebben zich verzekerd voor het risico van loondoorbetaling bij ziekte (74 procent van de bedrijven) en bij de helft van de bedrijven wordt tijdens ziekte 100 procent van het loon doorbetaald (ter Huurne e.a., 1997, 27 e.v.).

Privatisering van sociale risico's brengt het gevaar van risicoselectie met zich mee. Collectieve en verplichte verzekeringen beperken de mogelijkheid van risicoselectie, de vraag is nu of bij privatisering van het ziekterisico particuliere herverzekering van dit risico door selectie niet onmogelijk wordt gemaakt. Ziekterisico's verschillen sterk dus ligt risicoselectie voor de hand. Dit is alleen te voorkomen door op een of andere wijze nieuwe vormen van collectivisering van het risico te bewerkstelligen.

Risicoselectie kan zich bij het ziekteverzuimrisico op twee wijzen manifesteren: in de selectie van personeel door werkgevers en in de mogelijkheid tot herverzekering van het ziekterisico. Uit onderzoek (Andriessen, Veerman en Vijgen, 1995; Andriessen, Verkleij en Marcelissen, 1997, 31 e.v.) blijkt dat risicoselectie een steeds grotere rol is gaan spelen bij het aannemen van personeel. Er wordt meer geselecteerd naar mogelijke ziekterisico's en bedrijven maken meer gebruik van tijdelijke contracten bij het aannemen van personeel om zo een 'verlengde instroomselectie' mogelijk te maken. Risicoselectie bij herverzekering van het 'ZW- en WAO-gat' bleek na invoering van de TZ en de TBA

gering te zijn. Aarts (1993) laat zien dat als gevolg van deze maatregelen werkgevers en werknemers op grote schaal hebben gezocht naar mogelijkheden voor reparatie en herververzekering. Dit heeft geleid tot een scala aan nieuwe 'semi-collectieve' arrangementen. Deze arrangementen zijn tot stand gekomen op bedrijfs-, bedrijfstak- of sectorniveau en hebben vaak een verplichtend karakter. Door deze vorm van collectivisering via collectieve arbeidsovereenkomsten wordt het gevaar van risicoselectie sterk ingeperkt.

De hier zeer kort beschreven lotgevallen van de privatisering van het ziekterisico illustreren de mogelijkheden en problemen van privatisering van sociale risico's binnen het kader van de Nederlandse verzorgingsstaat. Het corporatistische karakter van de Nederlandse verzorgingsstaat, tot uiting komend in centraal overleg, collectieve arbeidsovereenkomsten en het verschijnsel van algemeen verbindend verklaren, lijkt een belangrijke voorwaarde om privatisering van bepaalde risico's mogelijk te maken zonder dat zich zeer sterke risicoselectie bij private verzekering voordoet, omdat een nieuwe vorm van collectivisering van deze risico's via collectieve overeenkomsten tot stand kan komen. Een zekere mate van collectivisering is noodzakelijk om particuliere verzekering van sociale risico's mogelijk te maken.

Problemen lijken zich vooral voor te doen bij de *toegankelijkheid van de arbeidsmarkt* voor mensen met een hoog ziekterisico ten gevolge van risicoselectie bij het aannemen van personeel. Uit recent onderzoek (Andriessen, Marcelissen en Verboon, 1997; Andriessen, Verkleij en Marcelissen, 1997) blijkt dat werkgevers strenger zijn gaan selecteren, huiverig zijn voor het in dienst nemen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten en risico's trachten te vermijden of af te wentelen door vaker en langer met tijdelijke contracten te werken. Dit kan het streven om een meer activerend beleid te voeren voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten in de weg staan.

Het feit dat privatisering van risico's binnen het kader van de Nederlandse verzorgingsstaat vorm krijgt in 'geregisseerde liberalisering', zorgt er voor dat in het dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid een zeker evenwicht blijft bestaan. Het ziekteverzuim is aanmerkelijk teruggedrongen (doelmatigheid) terwijl de sociale zekerheid van werknemers bij ziekte (rechtvaardigheid) niet sterk is verminderd. De keuzevrijheid (van werkgevers) is enigszins toegelaten, maar omdat zich nieuwe processen van collectivisering hebben voltrokken is deze keuzevrijheid beperkt gebleven en de solidariteit tot op zekere hoogte gehandhaafd. De differentiatie in verzekeringspremies ten gevolge van de privatisering van het ziekterisico is beperkt gebleven. De premie varieert tussen de 2.2 procent (dienstverlening, gezondheidszorg, procesindustrie) en 2.8 procent (bouw, detailhandel, landbouw). Slechts 4 procent van de bedrijven

moet een (extra) verhoogde premie betalen omdat bepaalde categorieën werknemers als een verhoogd risico worden beschouwd (ter Huurne e.a., 1997, 33). De sociale kosten van privatisering lijken zich vooral te manifesteren in een verminderde toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor mensen met een hoog ziekerisico en dan met name bij de kleinere en middelgrote bedrijven.

3. Markten voor sociaal beleid: quasi-markten

De tweede wijze van bevordering van marktwerking binnen sociaal beleid krijgt vorm in het scheppen van marktverhoudingen tussen vragers en aanbieders van zorg. Evenals dat het geval is bij de privatisering van sociale risico's is hier geen sprake van onvoorwaardelijke marktwerking. De 'markt' wordt door de overheid gereguleerd omdat zij bijvoorbeeld het budget vastlegt of haar doelstellingen verplichtend oplegt aan de zg. marktpartijen. Eerder hebben we deze markten getypeerd als 'quasi-markten'.

De Engelse sociaal-wetenschappers LeGrand en Bartlett (1993) hebben een model van de werking van quasi-markten ontwikkeld dat goed aansluit bij de hiervoor in termen van informatieproblemen geschetste dilemma's van sociaal beleid. Ik vat dit model hier samen door te kijken naar de *voorwaarden* waaraan quasi-markten moeten voldoen om doelmatig en rechtvaardig te kunnen opereren, de *problemen* die zich op quasi-markten kunnen voordoen en die de werking van de markt verstoren en ten slotte de *risico's* die deze problemen in termen van doelmatigheid en rechtvaardigheid met zich mee brengen.

LeGrand en Bartlett analyseren de werking van quasi-markten naar een vijftal kenmerken waaraan deze markten moeten voldoen om succesvol te kunnen opereren (LeGrand en Bartlett, 1993, 19-34):

- marktstructuur

Op een (quasi-)markt moet idealiter sprake zijn van competitie, daarnaast moet er een mogelijkheid van exit bestaan (faillissement van producenten) en moeten prijzen de vraag-aanbod verhoudingen weerspiegelen. Competitie is noodzakelijk om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen en om keuzen en responsiviteit mogelijk te maken. Op quasi-markten doet zich hierbij het probleem voor dat het aanbod en de prijzen van voorzieningen echter niet tot stand komen in een directe wisselwerking tussen vraag en aanbod, maar in onderhandelingen tussen grootschalige leveranciers (ziekenhuizen, bedrijfsverenigingen) en inkopers (verzekeringsmaatschappijen, het LISV). Omdat de prijs gezet wordt in onderhandelingen tussen vaak grootschalige leveranciers en inkopers bestaat het risico dat de prijzen de voorkeuren van consumenten onvoldoende weerge-

ven. Een tweede risico ontstaat wanneer er sprake is van een beperkt aantal leveranciers en inkopers: er kan dan een sterke vervlechting tussen beide optreden waardoor de werking van de markt teniet wordt gedaan.

- informatie

Een efficiënte markt vereist accurate en volledige informatie over de kosten en de kwaliteit van de betrokken voorzieningen. Quasi-markten voor voorzieningen kunnen hier voor grote problemen zorgen. Het vaststellen van de prijs en de kwaliteit van de geleverde voorzieningen is vaak lastig en omslachtig omdat het in veel gevallen niet een duidelijk gespecificeerd product betreft maar een moeilijk precies te definiëren complex aan producten (thuiszorg, gezondheidszorg). Contracten krijgen daarom vaak de vorm van 'block contracts'. Dergelijke contracten verplichten de leverancier voor een van te voren vastgesteld bedrag bepaalde voorzieningen aan een grote groep cliënten te leveren (bijv. de verzekerden van een ziekenfonds). Hoewel er voor beide partijen sprake is van onzekerheid en onvolledige informatie geven 'block-contracts' de leverancier van voorzieningen een zekere informatievoorsprong: deze weet meer over de behoefte en de 'behandeling' van individuele cliënten dan de 'inkoper'. Bij de leverancier kan dit tot opportunistisch gedrag leiden. Deze kan zijn informatievoorsprong gebruiken om op ongewenste wijze kosten te reduceren, bijvoorbeeld door minder middelen in te zetten dan eigenlijk contractueel vereist is (moral hazard).

- transactiekosten

De kosten van transacties op een markt moeten niet al te hoog zijn -anders gaan de voordelen van een markt verloren- en vereisen een zekere mate van zekerheid en doorzichtigheid om een prijs te kunnen stellen. Op quasi-markten zijn transacties echter vaak complex en onzeker. Dit maakt de transactiekosten (ex-ante of ex-post) hoog. Wanneer de transactie hoge investeringen vereist -bijvoorbeeld in een complex administratief systeem voor de uitvoering van een sociale verzekering- kan dit op termijn tot het uitschakelen van competitie leiden -nieuwkomers op de markt zijn niet meer in staat dergelijke investeringen te plegen. Wanneer er sprake is van een grote onzekerheid over de kosten van de transactie wordt het moeilijk contracten te formuleren, uit te voeren en te controleren. De kosten van dergelijke contracten (Williamson noemt ze 'contingent claims contracts') kunnen zeer hoog worden en zo de efficiëntievoordelen van de markt te niet doen.

- de motivatie van leveranciers en inkopers

Om een marktconforme werking van quasi-markten te bewerkstelligen moeten de leveranciers gemotiveerd worden door economische afwegingen en de inkopers door de behoeften en wensen van de gebruikers van voorzieningen.

Beide voorwaarden kunnen problematisch worden in een quasi-markt. Veel leveranciers hebben niet direct een winsttoogmerk (woningbouwverenigingen, ziekenhuizen) en veel inkopers staan ver af van de uiteindelijke gebruikers. In beide gevallen is het de vraag hoe te voorkomen dat de eigen belangen van deze organisaties (bijvoorbeeld: maximalisering van output of de eigen organisatie) de belangen van de gebruikers gaan overheersen.

- *gelijke behandeling*

Op quasi-markten mag de koopkracht van gebruikers niet bepalend zijn voor de voorzieningen die zij ontvangen maar moet de behoefte bepalend zijn. Wanneer er sprake is van 'block-contracts' -en dat is meestal het geval- bestaat er echter een incentive voor de leverancier van voorzieningen om niet de behoefte van cliënten doorslaggevend te laten zijn maar de kosten die deze cliënten met zich meebrengen. Het is voor een arbeidsbureau dat een contract heeft afgesloten voor de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten goedkoper om zich op de best bemiddelbare cliënten te concentreren. Een vergelijkbaar proces kan zich voordoen bij de inkoper wanneer deze, bijvoorbeeld onder druk van een beperkt budget, kiest voor de goedkoopste leverancier die zijn lage prijzen mogelijk maakt door selectie van cliënten of voorzieningen. Deze problemen zijn alleen te voorkomen bij duidelijke, gespecificeerde contracten, een doorzichtig uitvoeringsproces en wanneer prijzen variëren naar gelang de behoeften van cliënten.

De belangrijkste vraag is nu of quasi-markten in staat zijn de hierboven beschreven risico's te beheersen. Hoewel de ervaringen in Nederland nog beperkt en van recente datum zijn, zijn de eerste ervaringen niet zonder meer positief. Een terrein waar een begin is gemaakt met het creëren van een quasi-markt is het terrein van de gezondheidszorg (middels de plannen van Dekker en Simons, die overigens slechts ten dele zijn doorgevoerd). Ook op het terrein van de sociale zekerheid wil de overheid op termijn een quasi-markt institutionaliseren tussen het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV, voorheen TICA) en de uitvoeringsorganisaties (UVI's).

Het overzicht (op bladzijde 203) geeft in trefwoorden de voorwaarden waaraan quasi-markten moeten voldoen, de problemen die zich hierbij kunnen manifesteren en de risico's van deze problemen in termen van doelmatigheid en rechtvaardigheid kort weer:

- *marktwerking op het terrein van de gezondheidszorg*

Op het terrein van de gezondheidszorg moet de quasi-markt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tussen verzekeraars onderling zorgen voor een beheerste kostenontwikkeling onder handhaving van de toegankelijkheid en de

kwaliteit van de gezondheidszorg. De quasi-markt voor gezondheidszorg moet allereerst de risico's die echte marktwerking (d.w.z. een vrije markt) op dit terrein met zich mee zou brengen uitschakelen: risicoselectie en overconsumptie (Van Kesteren 1995). Deze risico's zijn het gevolg van het feit dat het hier een markt betreft die gedomineerd wordt door verzekeraars. Omdat in de gezondheidszorg sprake is van een grote informatie-ongelijkheid, bijvoorbeeld tussen professionals en cliënten, en omdat gezondheidsrisico's moeilijk te voorzien zijn wordt de markt gedomineerd door ziektekostenverzekeraars.

	voorwaarden:	problemen:	risico's:
marktstructuur:	<ul style="list-style-type: none"> ■ competitie ■ exit ■ marktprijzen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ grootschalige leveranciers en inkopers 	<ul style="list-style-type: none"> ■ oligopolisering ■ geen marktprijzen
informatie:	<ul style="list-style-type: none"> ■ accuraat en volledig 	<ul style="list-style-type: none"> ■ complexe producten ■ 'block contracts' ■ onvolledige informatie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ informatievoorsprong leverancier ■ opportunistisch gedrag ■ 'moral hazard'
transactiekosten:	<ul style="list-style-type: none"> ■ zekerheid ■ doorzichtigheid 	<ul style="list-style-type: none"> ■ complexe en samengestelde transacties ■ hoge investeringen ■ contracten moeilijk te formuleren en te controleren 	<ul style="list-style-type: none"> ■ uitschakeling concurrentie ■ zeer hoge transactiekosten
motivatie:	<ul style="list-style-type: none"> ■ gestuurd door economische afwegingen (bij leverancier) ■ door behoeften en wensen van cliënten (bij inkopers) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ veel actoren hebben geen winst-oogmerk ■ grote afstand tussen cliënt en inkoper 	<ul style="list-style-type: none"> ■ belangen van leverancier of inkoper gaan belangen van cliënten domineren
gelijke behandeling:	<ul style="list-style-type: none"> ■ behoefte van cliënt bepalend voor behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 'block-contracts' ■ onvolledige informatie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ selectie van cliënten of voorzieningen ■ ongelijke behandeling

Deze verzekeraars vervullen een intermediaire functie tussen zorgverleners en consumenten en brengen verschillende risicogroepen samen in een verzekering. Op een dergelijke markt neigen zowel consumenten als zorgverleners naar overconsumptie omdat zij niet direct geconfronteerd worden met de kosten van

de zorg. Risicoselectie ontstaat omdat ziektekostenverzekeraars baat hebben bij selectie op basis van gezondheidsrisico's. Marktwerking op het terrein van de gezondheidszorg leidt dus tot hoge kosten en een beperkte toegankelijkheid. De situatie in de Verenigde Staten kan hier model voor staan: de kosten van de gezondheidszorg zijn in de V.S. 50 procent hoger dan in Nederland terwijl ongeveer 25 procent van de bevolking, met name de lage inkomensgroepen, niet verzekerd is.

De ervaringen op het terrein van de gezondheidszorg illustreren de risico's van oligopolisering van dergelijke markten die, bijvoorbeeld voor de Verenigde Staten, door Enthoven (1988) uitvoerig zijn beschreven. Vanaf het moment dat de plannen voor marktwerking in de gezondheidszorg zijn ontvouwd hebben zich drastische veranderingen in de organisatie van het veld voorgedaan. De belangrijkste hiervan is zonder meer de fusiegolf die zich bij de ziektekostenverzekeraars heeft voorgedaan (Groenewegen 1992, Van Kesteren 1995).

Anticiperend op de te verwachten herzieningen proberen alle betrokkenen een zo sterk mogelijke positie te verwerven, hetgeen geresulteerd heeft in een steeds oligopolistischer wordende marktstructuur die sterk regionaal gesegmenteerd is. In navolging van Enthoven (1988) stelt van Kesteren dat een dergelijke marktstructuur op termijn tot 'samenspanning' en ondoorzichtigheid zal leiden. De zorgaanbieders zijn georganiseerd in een beperkt aantal sterke belangenorganisaties (bijvoorbeeld de Landelijke Specialisten Vereniging, LSV) die tot verdere samenwerking tussen verzekeraars dwingt. Een dergelijk samenwerkingsverband vermindert de marktwerking en kan op den duur, ten gevolge van vele onderlinge afspraken, tot ondoorzichtigheid leiden.

Deze ontwikkelingen kunnen vooral een bedreiging vormen voor het streven naar kostenbeheersing: geen van de betrokken partijen heeft direct belang bij een beheerste kostenontwikkeling en daadwerkelijke concurrentie lijkt ten gevolge van het ontstaan van regionale monopolies beperkt. Dat de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland desalniettemin zeer beheerst genoemd kan worden is het gevolg van strak vastgelegde budgetten en quoterings van verrichtingen en voorzieningen. Een quasi-markt die echter tendert naar steeds meer samenwerking en minder concurrentie kan op termijn voor de wetgever steeds moeilijker beheersbaar worden.

- marktwerking op het terrein van de sociale verzekeringen

Met de nieuwe Organisatiewet Sociale Verzekeringen (1997) stelt de wetgever invoering van een quasi-markt op het terrein van de sociale zekerheid met ingang van het jaar 2000 in het vooruitzicht. Het LISV komt als budgethouder

dan in een marktverhouding te staan met de uitvoerende organisaties (voorheen de bedrijfsverenigingen, nu de UVI's). De UVI's worden bedrijven die op de markt voor de administratie van sociale zekerheid contracten moeten zien te verwerven. In de UVI's vinden meerdere activiteiten plaats, niet alleen uitvoering van de sociale verzekeringen, maar ook reïntegratie-activiteiten en bijvoorbeeld ARBO-zorg. Dit betekent dat de UVI (vaak een holding) uit meerdere bedrijven bestaat met verschillende opdrachtgevers (het LISV voor de administratie van sociale verzekeringen, bedrijven voor ARBO-zorg, andere UVI's voor reïntegratie-activiteiten).

Ook hier speelt de vraag of het mogelijk is op dit terrein concurrentie te verwezenlijken. Er is sprake van een oligolistische marktstructuur. In tien jaar tijd is het aantal UVI's sterk afgenomen en anno 1997 zijn er nog slechts vier UVI's overgebleven. Momenteel lijkt zich een fusieproces tussen de resterende UVI's en particuliere verzekeringsmaatschappijen te gaan voltrekken.

Ook op een aantal andere punten lijken zich op het terrein van de sociale verzekeringen problemen voor te doen bij de introductie van marktwerking en rondom het functioneren van een quasi-markt. In de eerste plaats betreft dat de transactiekosten. De uitvoering van sociale verzekeringen vereist een complexe en omvangrijke administratie. Deze zijn nu reeds in handen van de UVI's en hebben hoge investeringen gevraagd. Nieuwe toetreders tot deze markt moeten dus hoge kosten maken terwijl het onzeker is of zij een opdracht kunnen verwerven en ook de duur van het contract onzeker is. Daarnaast zijn de bestaande UVI's gespecialiseerd in de uitvoering van sociale zekerheid voor bepaalde sectoren. Dit vereist een zeer specifieke deskundigheid omdat er veel aanvullende regelgeving bestaat voor de uitvoering op deze specifieke terreinen. Deze zaken lijken een rem op het ontstaan van marktverhoudingen. Toetreding tot de markt is kostbaar en eenmaal verworven kennis levert de bestaande contracthouder een grote voorsprong op ten opzichte van mogelijke concurrenten. De beoogde marktrelatie tussen de budgethouder en de contractant zal daarom waarschijnlijk eerder een toezichtsrelatie in bureaucratische verhoudingen worden omdat de daadwerkelijke concurrentie gering is.

Verder kan de complexiteit van de transactie zorgen voor ondoorzichtigheid in de relatie tussen het LISV en de UVI's. Er zullen waarschijnlijk complexe block-contracten worden gesloten die moeilijk te controleren zijn -hetgeen de toezichthoudende taak van het LISV ernstig belemmert- en die de UVI's kunnen aanzetten tot opportunistisch gedrag. Het kan voor UVI's lonend zijn om cliënten selectief 'te behandelen', dat wil zeggen dat zij er baat bij hebben voorrang te geven aan cliënten die geringe administratieve kosten met zich mee brengen of bijvoorbeeld te kiezen voor kansrijke cliënten (bij reïntegratie-activiteiten). Het beheersen van dergelijk opportunistisch gedrag vereist of

intensief toezicht of een differentiatie in de beloning van de UVI's naar verschillende typen cliënten en activiteiten.

Ten slotte is het de vraag wat de gevolgen zijn van het feit dat binnen de UVI's zowel publieke als private activiteiten plaats vinden. Hoewel deze activiteiten in verschillende bedrijven worden ondergebracht, is het de vraag of in de praktijk toch niet een zekere vermenging zal plaatsvinden, zoals onlangs door de Algemene Rekenkamer ook is geconstateerd in haar onderzoek naar het functioneren van ziektekostenverzekeraars. Er kan een vermenging van geldstromen plaats vinden, maar ook een zekere vermenging van de belangen van de meer publieke en de meer private delen van de UVI.

Een eerste conclusie die uit het voorgaande getrokken kan worden is dat de introductie van een quasi-markt voor de administratie van sociale verzekeringen waarschijnlijk nauwelijks een bijdrage zal leveren aan de verhoging van de efficiëntie van de uitvoering en de mogelijkheden tot beheersing. Gezien de ontwikkelingen op de markt (fusies) en de hoge kosten die gemaakt moeten worden om tot deze markt toe te treden zal concurrentie waarschijnlijk niet of nauwelijks ontstaan en zal de verhouding tussen opdrachtgever (LISV) en opdrachtnemer (de UVI's) waarschijnlijk eerder een hiërarchisch-bureaucratisch karakter krijgen dan een markt karakter. Dit sluit bevordering van marktwerking in de uitvoering van de sociale verzekeringen overigens niet uit. Een eerste vereiste waaraan een dergelijke introductie van marktverhoudingen zal moeten voldoen is de mogelijkheid van concurrentie en een zekere doorzichtigheid van het uitvoeringsproces. Delen van het uitvoeringsproces, bijvoorbeeld reïntegratie, begeleiding en bemiddeling, lijken zich hiertoe beter te lenen dan de administratie van de uitkering (vgl. Aarts en de Jong, 1994)

Een tweede conclusie moet luiden dat grootschalige introductie van quasi-markten in de uitvoering van sociaal beleid hoge eisen stelt aan de structuur van de markt en de doorzichtigheid van het uitvoeringsproces. Aan deze eisen lijkt moeilijk te voldoen. Het feit dat het uitvoeringsproces vaak complex en ondoorzichtig is brengt het risico van selectie van cliënten met zich mee, hetgeen een bedreiging kan vormen voor een gelijke en rechtvaardige behandeling van cliënten. Afhankelijk van de aard en de gevolgen van de selectie zijn deze gevolgen meer of minder bedreigend voor het sociaal beleid. Een zekere afroming bij reïntegratie en bemiddeling is onvermijdelijk en behoeft niet direct negatief beoordeeld te worden. Een vergelijkbare afroming op het terrein van de zorg is niet wenselijk en ondermijnt direct de doelstellingen van het beleid.

4. Tot slot: toenemende doelmatigheid en afnemende rechtvaardigheid?

In het voorgaande heb ik, met alle slagen om de arm die met het oog op de beperkte ervaringen met marktwerking binnen sociaal beleid noodzakelijk zijn, willen betogen dat beheersing van het dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid bij geregisseerde liberalisering van sociale risico's en het creëren van quasi-markten in de uitvoering van sociaal beleid tot op zekere hoogte mogelijk is, maar dat het de vraag is of er, vooral bij het creëren van quasi-markten, wel echt sprake is van doelmatigheidswinst.

Doelmatigheid van sociaal beleid betekent vaak beheersbaarheid. De vraag is nu in welke mate privatisering van sociale risico's en quasi-markten voor sociaal beleid bijdragen aan de beheersbaarheid van sociaal beleid. De ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg -en de vergelijking met de Verenigde Staten- illustreren dat de beheersing van het gebruik van de gezondheidszorg waarschijnlijk meer het gevolg is van de zeer stringente budgetten en quoteringen dan van het creëren van marktverhoudingen tussen de verschillende partijen. Het is zelfs de vraag of de nieuwe verhoudingen tussen de verschillende betrokken actoren op termijn deze beheersing niet zullen gaan bedreigen. Een oligopolistische marktstructuur vergroot de ondoorzichtigheid van de markt en bevordert samenwerking.

Ook met betrekking tot de beoogde quasi-markt op het terrein van de sociale verzekeringen is het de vraag of de marktverhoudingen de beheersbaarheid daadwerkelijk vergroten. De aard van de transacties zullen waarschijnlijk leiden tot uitschakeling van de concurrentie en tot een sterke bureaucratisering van de markt (complexe contracten en intensief toezicht). Het succes van de beheersing zal dan waarschijnlijk eerder afhankelijk zijn van de kwaliteit van de regulering en het toezicht dan van de marktverhoudingen.

De beheersing van het dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid is vooral het gevolg van het feit dat de keuze voor geregisseerde liberalisering en voor quasi-markten in plaats van voor liberalisering en vrije markten gepaard gaat met de keuze voor een zekere mate van rechtsgelijkheid en solidariteit in de twee andere hiervoor beschreven dilemma's van sociaal beleid. Hiermee wordt beoogd onder de vlag van vergroting van de marktwerking binnen sociaal beleid het streven naar rechtvaardige verdeling zo veel mogelijk overeind te houden. Het is deze keuze die er voor zorgt dat een strenge regulering van de markt noodzakelijk is. De keuze voor marktwerking binnen sociaal beleid impliceert daarom niet alleen meer markt maar ook meer staat.

Privatisering van sociale risico's en marktverhoudingen tussen budgethouder en uitvoerder brengen echter altijd ook onder het regiem van geregisseerde liberalisering- een zeker risico voor werkgevers en uitvoerders mee, hoezeer nieuwe vormen van collectivisering of beperking van de werking van de markt op quasi-markten dit eigen risico ook weer inperken. Hoewel het risico voor werkgevers bij ziekte voor een belangrijk deel weer is gecollectiveerd (maar dan op een lager aggregatieniveau dan voorheen, waardoor premiedifferentiatie ontstaat) heeft het wel de beoogde substantiële gevolgen gehad voor het ziekteverzuim en het verzuimbeleid (en dat was ook al het geval bij invoering van het 2 tot 6 weken risico via de TZ die voorafging aan de volledige privatisering van het risico via de WULBZ). De negatieve gevolgen van dit verhoogde risico voor werkgevers blijken zich vooral te manifesteren in beperking van de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor mensen met een hoog ziekterisico. Hier manifesteert het dilemma van doelmatigheid versus rechtvaardigheid zich in klassieke vorm: de efficiëntiewinst wordt betaald met ongelijkheid in de toegang tot de arbeidsmarkt.

Literatuur

- Aarts, L., 1993, 'Effecten sanering WAO twijfelachtig', *Staatscourant* 26-4-1993
- Aarts, L. en Ph. De Jong, 1994, 'Doelmatiger uitvoering van de sociale zekerheid', in: *Economisch-statistische berichten* 18-05-1994, pp. 452-456
- Andriessen, S., F. Marcelissen en F. Verboon, 1997, *Het ziekteverzuim van (ex-) arbeidsongeschikten*, NIA TNO/SZW, 's Gravenhage/Amsterdam
- Andriessen, S., T.J. Veerman en J. Vijgen, 1995 *Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt*, Zoetermeer
- Andriessen, S., H.E.M. Verkleij en F.H.G. Marcelissen, 1997, *Verzuimbeleid in verandering*, NIA TNO/SZW, 's Gravenhage/Amsterdam
- Aarts, L., P. de Jong, H. Wagenaar en R. van der Veen, 1995, *Het bedrijf van de verzorgingsstaat. Naar nieuwe verhoudingen tussen staat, markt en burger*. Amsterdam
- Enthoven, A., 'Managed Competition of Alternative Delivery Systems', 1988, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988-2
- Groenewegen, P.P., 1992, *Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt?*, Utrecht
- Huurne, A.G. ter, C.G.L. van Deursen e.a., 1997, *ZARA-werkgeverspanel, Rapportage najaar 1996*, IVA/SZW, Tilburg/'s Gravenhage
- Kesteren, P. van, 1995, 'Naar een gereguleerde zorgmarkt', in: L. Aarts e.a.: 134-159
- LeGrand, J. and W. Bartlett, 1993, *Quasi-markets and sociale policy*, London

- Marshall, T.H., 1967, *Social Policy in the Twentieth Century*, Londen (2^e ed.)
- Okun, A.M., 1975, *Equality and efficiency: the big trade-off*. Washington, The Brookings Institution
- Rigter, D., E. van den Bosch, R. van der Veen en A. Hemerijck, 1995, *Tussen sociale wil en werkelijkheid. Een geschiedenis van het beleid van het ministerie van sociale zeken*. 's Gravenhage
- Teulings, C., R. van der Veen en W. Trommel, 1997, *Dilemma's van sociale zekerheid. Een analyse van tien jaar herziening van het stelsel van sociale zekerheid*. 's Gravenhage, VUGA
- Williamson, O., 1975, *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*, New York
- Veen, R. van der, D. Bannink, R. Pierik en W. Trommel, 1996, *De toekomst van de sociale zekerheid*. Amsterdam
- Veerman, T.J., S. Andriessen en M.K. Koster, 1995, *Verzuimbeleid voor eigen risico*, Zoetermeer
- Vijgen, J., 1995, *Een jaar terugdringing ziekteverzuim*, Zoetermeer