

Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg

E.W.M.T. Westerhout¹

1. Inleiding en samenvatting

Nederlanders vinden zichzelf behoorlijk gezond. De levensverwachting bij geboorte is internationaal gezien inderdaad hoog. Tegelijkertijd liggen de zorguitgaven in Nederland op een gemiddeld peil. Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is dus blijkbaar in staat hoge kwaliteit te combineren met een gemiddelde prijs (OECD (2000)).

Deze diagnosestelling mist echter een aantal aspecten. Zo impliceert ze nog niet dat het zorgstelsel ook bestand is tegen toekomstige ontwikkelingen. Het meest voor de hand liggende voorbeeld is de vergrijzing van de bevolking. Maar ook andere voor de toekomst verwachte ontwikkelingen zoals voortgaande welvaarts groei, technologische ontwikkelingen en individualisering kunnen het stelsel van zorg in de komende decennia op de proef stellen.

Daarnaast functioneert het stelsel nu al verre van probleemloos. Hardnekkige wachtlijsten, hoge werkdruk en teruglopend gebruik door (rijkere) ouderen van AWBZ-voorzieningen zijn een indicatie voor het niet (meer) goed op elkaar aansluiten van vraag en aanbod in de zorg. Wanneer door toedoen van vergrijzing en welvaarts groei de zorgvraag in de toekomst toeneemt, zal dit probleem alleen maar nijpender worden. Bovendien kan door stijgende zorguitgaven de solidariteit onder druk komen te staan. Individualisering en toenemende behoefte aan diversiteit kunnen de aansluitingsproblemen verder verergeren.

De inrichting van het Nederlandse zorgstelsel weerspiegelt een keuze tussen aspecten van toegankelijkheid, vormen van solidariteit en aspecten van doelmatigheid. In deze zin is de situatie bij de zorg vergelijkbaar met die op sommige andere terreinen. Specifieke aspecten van gezondheidszorg, zoals de noodzaak van verzekeringen en de informatievoorsprong bij aanbieders, maken het vinden van de ideale combinatie bij de zorg echter extra moeilijk.

¹ Hoofd afdeling Zorg van het CPB.

Veranderende omstandigheden kunnen tot nieuwe keuzes nopen. Met name kunnen toekomstige trends een nieuwe balans tussen solidariteit, diversiteit en doelmatigheid noodzakelijk maken. Voorts zal in het licht van deze trends opnieuw moeten worden bezien hoe verantwoordelijkheden, instrumenten en prikkels bij de diverse actoren in de zorgsector met elkaar in overeenstemming moeten worden gebracht.

Dit essay beziet het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg in verhouding tot enkele belangrijke trends voor de toekomst. Het start met een globale schets van het Nederlandse zorgstelsel. Vervolgens gaat het in op specifieke aspecten van markten voor gezondheidszorg. Deze geven aanleiding tot specifieke trade-offs, zoals die tussen risicosolidariteit en doelmatigheid. Maar ook meer algemene trade-offs kunnen worden onderscheiden.

Vervolgens beschouwt het essay het Nederlandse stelsel in het licht van de genoemde trade-offs. Geconstateerd wordt dat het gebruik van eigen betalingen bij de AWBZ, de ZFW en de particuliere verzekeringen niet consequent is ingevuld. Om deze situatie te verbeteren zou tot eigen betalingen in de ziekenfondssfeer kunnen worden overgegaan. Verder signaleert het essay dat het onderscheid in de financiering van de huisartsenzorg in Nederland ondoelmatige substitutie bevordert van ziekenfonds- naar particulier verzekerden. Wanneer zou worden overgegaan op een uniform financieringssysteem, dan zou de prikkel tot substitutie verdwijnen. Een derde conclusie is dat bij de financiering van zorgaanbieders in het algemeen (vrije-beroepsbeoefenaren zowel als instellingen) van te starre systemen wordt uitgegaan. Een combinatie van verschillende systemen kan helpen om het aanbod te laten aansluiten bij de zorgvraag en tegelijkertijd de aanbieder in kwestie van een maatschappelijk aanvaardbaar inkomen te voorzien. Een integratie van ziekenfonds- en particuliere verzekeringen heeft als voordeel dat de aberraties bij eigen betalingen en financiering huisartsenzorg verdwijnen. Bovendien kan daarmee de negatieve invloed van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen op het functioneren van de arbeidsmarkt worden opgeheven.

Vervolgens neemt het essay verschillende trends onder de loep. Deze trends worden nagelopen op hun implicaties voor de zorgsector en voor dezelfde trade-offs. De conclusie is dat doelmatigheid binnen de zorgsector in de toekomst meer aandacht verdient. Vergrijzing, welvaartsgroei en ontwikkelingen in medische technologie kunnen op lange termijn een significante toename van zorguitgaven tot gevolg hebben. Deze uitgavenstijging in de toekomst kan worden opgevangen door schuldreductie. Daarnaast is een sterker accent op doelmatigheid een optie om de zorguitgaven onder controle te houden. Individualisering kan bovendien de behoefte aan keuzevrijheid versterken en het draagvlak voor risicosolidariteit versmallen. Ook deze trend leidt tot de gedachte dat meer nadruk op doelmatigheid kan worden gelegd.

Het essay analyseert verschillende mogelijkheden om een betere aansluiting tussen vraag en aanbod te realiseren. Daarbij worden ook de consequenties van de oplossingsrichtingen voor de solidariteit en de toegankelijkheid van de zorg bezien. Bovendien wordt stilgestaan bij de vraag welke aspecten een rol spelen bij de afbakening tussen

publieke en private financiering, de afbakening tussen verschillende compartimenten en de afbakening tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen.

Als opties signaleert het essay een consequenter gebruik van eigen betalingen. Bij *cure* voorzieningen kan de rol van protocollen voor zorgaanbieders worden versterkt. Bij *care* voorzieningen kan het gebruik van (persoonsgebonden) zorgbudgetten worden geïntensiveerd. Meer flexibiliteit in de financiering van zorgaanbieders kan helpen meer ruimte te geven aan innovaties in de zorg. Bovendien kan doelmatigheid meer accent worden gegeven door de rol van verzekeraars te versterken. Verzekeraars zijn vanwege hun grootte beter dan consumenten in staat om zorgaanbieders gepast tegenwicht te bieden. Een concurrerende omgeving voor verzekeraars biedt meer dan een centraal systeem garanties dat de mogelijkheden tot doelmatige zorginkoop ook ten volle zullen worden benut. Concreet betekent dit dat het model van gereguleerde competitie voor ziekenfondsen moet worden uitgebreid. Dit kan door het aandeel van nacalculatie in de financiering van ziekenfondsen te verminderen, ziekenfondsen meer beleidsruimte te geven en belemmerende wet- en regelgeving aan te passen. Bovendien bevordert het de doelmatige zorginkoop wanneer het werkterrein van ziekenfondsen wordt uitgebreid. Dit kan bijvoorbeeld door de particulier verzekerden met een WTZ-polis bij de ziekenfondsen onder te brengen. Een verschuiving van voorzieningen van de AWBZ naar de ZFW heeft soortgelijke implicaties.

2. Schets van het Nederlandse zorgstelsel

Het stelsel van zorg

Het Nederlandse zorgstelsel onderscheidt drie compartimenten. Het eerste compartiment dekt globaal de voorzieningen gericht op verpleging en verzorging. Het wordt gevormd door de AWBZ, een verplichte volksverzekering welk uit inkomensafhankelijke premies en eigen bijdragen van cliënten wordt betaald. Het tweede compartiment valt in drie componenten uiteen. De ZFW is een verplichte verzekering van basisvoorzieningen in de sfeer van genezing voor hen die aan bepaalde criteria voldoen. Zij die niet aan deze criteria voldoen zijn aangewezen op een particuliere verzekering; deze verzekering is echter niet verplicht. De premies die particulier verzekerden in rekening worden gebracht, zijn daarbij wel gemaximeerd. Voor die particulier verzekerden die niet beneden deze maximumpremie verzekerd kunnen worden, geldt de WTZ-regeling.

De ZFW wordt net als de AWBZ voor een deel uit inkomensafhankelijke premies gefinancierd. Daarnaast wordt uit de algemene middelen aan de financiering bijgedragen; bovendien wordt een deel van de financiering door particulier verzekerden verzorgd (de MOOZ-regeling). Via een systeem van normuitkeringen wordt het totaal van deze drie financieringsbronnen door de Algemene Kas naar de individuele ziekenfondsen gesluisd. Tot slot betalen verzekerden een nominale premie aan het ziekenfonds waar zij deel van uitmaken.

Particuliere verzekeringen die buiten de WTZ vallen worden exclusief uit nominale

premies en eigen betalingen van verzekerden gefinancierd. De WTZ-verzekering wordt gefinancierd uit nominale premies en heffingen die bij de particulier verzekerden met een maatschappijpolis worden gelegd.

Het derde compartiment, dat verzekert tegen kosten van aanvullende voorzieningen, kan zo men wil in twee componenten worden onderscheiden: de verzekeringen die deel uitmaken van particuliere-verzekeringsspolissen en de aanvullende verzekeringen voor ziekenfondsverzekerden. Voor beide componenten geldt een systeem dat in vrijwel alle opzichten gelijkwaardig is aan het systeem van particuliere verzekeringen voor basisvoorzieningen in de sfeer van genezing.

Zorgvragers

Zorgvragers worden in enkele gevallen geconfronteerd met bijbetalingen. In het eerste compartiment zijn bijbetalingen door patiënt-bewoners gebruikelijk; bovendien zijn ze veelal inkomensafhankelijk. In het tweede compartiment hebben particulier verzekerden met maatschappijgebonden polissen met eigen betalingen te maken en wel in de vorm van eigen risico's. In tegenstelling tot de bijbetalingen in het eerste compartiment zijn deze eigen betalingen niet inkomensafhankelijk; bovendien is het aan de verzekeringnemers zelf om al dan niet een eigen risico te kiezen. Ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden die onder de WTZ-regeling vallen zijn van eigen betalingen vrijgesteld.

De verschillende soorten verzekeringen keren alle zorg in natura uit. Enige uitzondering is het persoonsgebonden budget dat de verzekerde financieel in staat stelt zelf zorg in te kopen. Dit persoonsgebonden budget speelt alleen op experimentele basis een rol en wel bij diverse voorzieningen binnen de AWBZ.

Zorgaanbieders

Voor intramurale instellingen, zowel die in het eerste als die in het tweede compartiment, geldt een systeem van budgettering: er is geen relatie tussen financiering en productiekosten. Alleen voor kapitaallasten geldt financiering op basis van nacalculatie. Medisch specialisten worden op lump-sum basis gefinancierd. Voor fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers geldt daarentegen financiering op basis van geleverde verrichtingen. Het financieringssysteem van huisartsen is meer hybride: een budgetsysteem voor wat betreft de zorgverlening aan ziekenfondsverzekerden en een verrichtingsstelsel voor wat betreft de zorgverlening aan particulier verzekerden.

De huisarts heeft in het Nederlandse stelsel een poortwachtersfunctie. Aanspraak op medische voorzieningen kan in principe alleen worden gemaakt na consultatie van (en goedkeuring door) de huisarts. Evenmin kunnen consumenten zelfstandig hun geneesmiddelengebruik bepalen. Om voor vergoeding van de kosten van een belangrijk deel van het geneesmiddelenpakket in aanmerking te komen, is een recept vereist.

Verzekeringstelsel

De vier te onderscheiden verzekeringsvormen, AWBZ, ZFW, maatschappijpolissen bij particuliere verzekeringen en WTZ-polissen, kennen verschillende financieringsregelingen. De AWBZ wordt uitgevoerd door verzekeraars. In dit kader geldt een systeem van nacalculatie van gemaakte kosten. Het is verzekeraars niet toegestaan te variëren in verzekeringsvoorwaarden; de van overheidswege opgelegde verzekeringsvoorwaarden garanderen uniformiteit van aanspraken.

Voor de ZFW geldt daarentegen een systeem van gedeeltelijke budgettering. Normuitkeringen zorgen voor het budgetteringselement; dit wordt aangevuld met een systeem van verevening en nacalculatie van kosten. Ziekenfondsen kunnen zich behalve door middel van hun nominale premie nauwelijks in verzekeringsvoorwaarden van hun concurrenten onderscheiden.

Bij het maatschappijgebonden deel van particuliere verzekeringen ontbreekt directe overheidsbemoediging. Tot slot is het systeem dat ter financiering van de WTZ wordt gehanteerd vergelijkbaar met dat welk voor de financiering van de AWBZ wordt gebruikt.

Stelsel van macro-budgettering

Het stelsel van macro-budgettering reguleert het aanbod van zorgvoorzieningen. De overheid bepaalt het aantal opleidingsplaatsen van artsen, het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen alsmede de capaciteit van ziekenhuizen en andere intramurale instellingen. Daarnaast stelt ze de tarieven voor voorzieningen vast.

3. Typische kenmerken van zorgmarkten

Voor een belangrijk deel kan de zorgsector met de gebruikelijke economische begrippen worden geanalyseerd. In sommige opzichten vertonen de markten voor zorgproducten echter een afwijkend patroon. Daarom is het nuttig eerst enige aandacht te besteden aan specifieke karakteristieken van markten voor zorgproducten. Met name gaat het dan om de rol van ziektekostenverzekeringen en de positie van zorgaanbieders.

De noodzaak van ziektekostenverzekeringen

De behoefte aan medische dienstverlening is op individueel niveau verre van voorspelbaar. Tegelijkertijd kunnen de kosten die gepaard gaan met genezing dan wel verzorging dusdanig groot zijn dat bij gebrek aan verzekering consumptie van zorg achterwege zou moeten blijven. De combinatie van deze twee kenmerken (*low frequency, high cost*) verklaart de prominente rol van ziektekostenverzekeringen. Niet alleen in Nederland maar ook elders wordt een groot deel van de behoefte aan verzekering tegen ziektekosten door de overheid georganiseerd. Tegelijkertijd wordt een eveneens groot deel van deze behoefte afgedekt via particuliere verzekeringen.

De economische betekenis van verzekeringen is uiteraard op de eerste plaats dat wordt vermeden dat mensen voor gigantische kosten komen te staan of vanwege gebrek aan financieringsmogelijkheden van noodzakelijke consumptie moeten afzien. Verzekeringen hebben echter ook twee andere effecten. Ten eerste kunnen ze tot onnodige consumptie aanleiding geven. Wanneer consumptiebeslissingen moeten worden genomen zonder dat daarvoor direct een prijs in rekening wordt gebracht, bestaat veelal de neiging te snel te veel te consumeren. Dit geldt uiteraard niet voor iedereen en al zeker niet in alle situaties. Een aanwijsbaar effect op het gedrag van groepen consumenten is echter in talrijke onderzoeken aangetoond.

Interactie met zorgaanbieders kan dit *moral hazard* effect nog eens versterken. De vraag naar producten die onder een verzekering vallen is relatief ongevoelig voor prijsveranderingen. Zorgaanbieders kunnen dit uitbuiten door een relatief hoge prijs voor hun producten te vragen. Verzekeringen zijn daarmee kostenverhogend, niet alleen doordat ze het zorgvolume vergroten, maar ook doordat ze hoge prijzen in de hand werken.

Het tweede effect is dat verzekeringen de ontwikkeling van nieuwe medische technieken bevorderen. Dit hangt direct samen met het eerste punt. Overconsumptie van zorg en relatief hoge prijzen maken zorgmarkten interessant voor ondernemers die zich met de ontwikkeling van nieuwe technieken bezighouden. Mondiale vergrijzing en welvaartsgroei kunnen dit effect nog eens versterken en het proces van technologische vooruitgang doen versnellen (Weisbrod (1991)). Daarmee is niet gezegd dat deze versnelling van het tempo van technologische groei ongewenst zou zijn. Integendeel, ten gevolge van *spill-overs* tussen bedrijven kan een versnelling van het tempo van technologische ontwikkeling welvaartsbevorderend zijn.

Uit het bovenstaande volgt dat zorgverzekeringen behalve een inperking van de financiële risico's verbonden aan ziekten tot gevolg hebben dat de uitgaven aan zorg op een hoog niveau liggen en de neiging hebben sterk te stijgen. De laatstgenoemde implicatie is niet altijd duidelijk zichtbaar. In veel geïndustrialiseerde landen is in de verhouding tussen zorguitgaven en bruto binnenlands product het laatste decennium een zekere stabilisatie opgetreden. Voor een deel moet dit echter worden toegeschreven aan restrictief overheidsbeleid.

De positie van zorgaanbieders

Voor markten voor *cure* voorzieningen is verder karakteristiek de dominante positie van zorgaanbieders. Anders dan bij andere markten waar vragers bepalen of en zo ja, welke producten ze zullen aanschaffen, zijn het in deze zorgmarkten veelal de aanbieders wier stem bij consumptiebeslissingen doorslaggevend is. Dit heeft een duidelijke achtergrond. Patiënten missen de medische kennis die noodzakelijk is voor een goede diagnosestelling. De risico's verbonden aan een verkeerde beslissing kunnen bovendien enorm zijn, soms zelfs fataal. Dit effect wordt nog eens versterkt door de prominente betekenis van ziektekostenverzekeringen. Aangezien mogelijke kostenbesparingen

vooral naar de verzekeringskas vloeien, is het voor consumenten minder interessant actief op zoek te gaan naar informatie waarmee dergelijke kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd.

De voordelen van deze situatie zijn duidelijk. Degene met de meeste informatie heeft de grootste rol bij het nemen van beslissingen omtrent consumptie van zorg. Er lijken echter ook nadelen te onderkennen. Met name kunnen financiële motieven die net als bij aanbieders van andere producten ook bij artsen tot gedragseffecten aanleiding kunnen geven, een meer dan gewenste invloed uitoefenen op het proces van zorgverlening (*supplier-induced demand*). Dit kan aanleiding zijn tot overconsumptie, maar ook tot onderconsumptie van zorg. Overconsumptie uit zich in onnodig hoge kosten; onderconsumptie in een tekortschietende dienstverlening.

Deze karakterschets is minder van toepassing op de *care*. Bij verpleging en verzorging is niet of nauwelijks sprake van de gememoreerde achterstand in informatie bij consumenten. Kennis over de met *care* corresponderende vormen van dienstverlening is veel meer verspreid, bij de consument of bij diens familie, kennissen of vrienden. De dominante positie van zorgaanbieders is eveneens minder op *care* markten van toepassing. Het lijkt dan ook aannemelijk dat de dominantie van het zorgaanbod met name voor *cure* markten geldt.

Wat zijn de consequenties van de in deze paragraaf gesignaleerde marktimperfecties? Allereerst dat volumes en prijzen in de zorg relatief hoog zijn en bovendien de neiging hebben om te stijgen. Daarnaast heeft het ontbreken van een actieve en kritische houding van de vragers op vooral *cure*-markten tot gevolg dat ondoelmatigheden in het proces van zorgverlening niet automatisch worden gecorrigeerd.

4. Trade-offs in de zorg

Op markten voor medische voorzieningen zijn enkele trade-offs te onderscheiden. Sommige zijn meer algemeen van aard, anderen vloeien voort uit de typische kenmerken van zorgmarkten welke in de vorige paragraaf werden gesignaleerd.

Financiële zekerheid versus doelmatigheid

Een trade-off welke algemeen is voor verzekeringen is die tussen doelmatigheid en financiële zekerheid. Verzekeringen beogen financiële risico's te beperken; de prijs is veelal een vermindering van doelmatigheid. Deze trade-off is niet alleen zichtbaar bij verzekeringen tegen werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en ouderdom, maar ook bij ziektekostenverzekeringen. De vermindering van doelmatigheid neemt zoals in de vorige paragraaf werd gesignaleerd bij ziektekostenverzekering de vorm aan van onnodig hoge volumes en prijzen van medische consumptie (*moral hazard*). Met onnodig hoog is niet gezegd dat de desbetreffende zorg niet zou baten; de strekking is eerder dat de (maatschappelijke) baten kleiner uitvallen dan de corresponderende kosten.

Risicosolidariteit versus doelmatigheid

Een afriuil die meer typisch is voor zorgmarkten is die tussen risicosolidariteit en doelmatigheid. Zonder overheidsinterventie kenmerken verzekeringsmarkten zich door een sterke premievariatie tussen verschillende risico's. Kwetsbare groepen worden daardoor met hoge premies geconfronteerd, die zorgverzekering voor hen kostbaar en in het ergste geval onbetaalbaar maakt.

Overheidsinterventie in de vorm van een verbod op premiedifferentiatie naar risico's lijkt dit euvel te kunnen verhelpen. Toch is dit niet zonder meer het geval. Wanneer verschillen in risico's (en verwachte kosten voor verzekeraars) niet in premieverschillen tot uitdrukking kunnen worden gebracht, wordt het voor verzekeraars aantrekkelijk om die groepen te weren wier verzekering naar verwachting verliesgevend zal zijn. Acceptatieplicht en basispakket lossen dit probleem op, maar mogelijk niet geheel: verzekeraars kunnen in geval van voorspelbare verliezen heel creatief zijn in het vinden van opties om verliesgevende risico's te weren.

Nacalculatie van de kosten van verzekeraars kan dan ook een nuttige aanvulling zijn. Nacalculatie van door verzekeraars gemaakte kosten maakt het mogelijk premiedifferentiatie naar risico te vermijden zonder verzekeraars aan te zetten tot activiteiten die de toegang tot de zorg voor slechte risico's bemoeilijken. Ook nacalculatie heeft echter bezwaren. Met name ontnemt het verzekeraars de prikkel om te streven naar een doelmatige zorgverlening.

Bovendien heeft het opleggen van risicosolidariteit ook langs een andere weg gevolgen voor de doelmatigheid. Naar de mate waarin verzekerden in staat zijn invloed uit te oefenen op het risico van toekomstige zorguitgaven, vermindert een verbod op premiedifferentiatie de prikkel tot preventief gedrag. Immers, verzekerden dienen wel kosten te maken in de vorm van aanpassing van hun leefgedrag; de baten van een kleinere kans op toekomstige zorguitgaven kunnen echter niet in een premiekorting neerslaan wanneer het verzekeraars verboden is premies naar risico's te differentiëren.

Inkomenssolidariteit versus doelmatigheid

Een weer meer algemene afriuil is die tussen inkomenssolidariteit en doelmatigheid. Inkomenssolidariteit in zorgverzekeringen (een relatie tussen iemands inkomen en de door hem of haar te betalen premie) komt op de markt niet vanzelf tot stand. Dwingt de overheid inkomenssolidariteit af, dan heeft dat een prijs. Het verergert immers de problematiek van de marginale wig, welke het functioneren van de arbeidsmarkt belemmert. Overigens is het nog een vraag of het wenselijk is om inkomenssolidariteit binnen het stelsel van zorgverzekeringen te regelen. Eenzelfde mate van inkomenssolidariteit zou ook via de fiscaliteit kunnen worden georganiseerd. Naast een vermindering van administratiekosten zou dit tot meer transparantie in het systeem van collectieve financiering kunnen leiden.

Diversiteit versus exploitatie schaalvoordelen

Een vierde afruil is die tussen diversiteit en schaalvoordelen. Dat meer heterogeniteit in het aanbod van producten met meer kosten gepaard gaat, is een bekend gegeven. Uniformiteit maakt het mogelijk maximaal van schaalvoordelen te profiteren. De afruil is duidelijk zichtbaar bij ziektekostenverzekeringen. Op de particuliere markt wordt een veelheid van polissen aangeboden die elk (blijkbaar) voldoen aan de behoeften van groepen consumenten. De beheers- en administratiekosten van particuliere verzekeringen liggen vanouds veel hoger dan bij de ziekenfondsverzekering aangezien de heterogeniteit maakt dat op kleinere schaal wordt geproduceerd. Bovendien geeft de variëteit in verzekeringsproducten verzekeraars een sterkere monopolieacht, hetgeen zich vroeg of laat in hoge premies vertaalt. Dit geldt des te sterker wanneer de markt door intransparanties wordt gekenmerkt.

Diversiteit versus toegankelijkheid zorgvoorzieningen

Middels uniformering, standaardisering en protocollering van procedures van zorgaanbieders kan worden bereikt dat verschillende groepen in de samenleving een gelijke toegang tot de zorg hebben. De poortwachtersfunctie van de huisarts en het alleen op recept verkrijgbaar zijn van bepaalde geneesmiddelen hebben een vergelijkbaar effect. Dit punt is zeker niet triviaal: studies terzake geven aan dat de variatie tussen artsen qua procedures en behandelmethodes enorm groot is (Phelps (1992), Cie-Hoefnagels (1990)). Bovendien kunnen middels uniformering, standaardisering en protocollering vaak kostenbesparingen worden gerealiseerd, zoals de ervaringen met HMO's in de VS uitwijzen. Tegelijkertijd kan minder recht worden gedaan aan de diversiteit van behoeften en voorkeuren van consumenten.

Intrinsieke versus extrinsieke motivatie

Het is curieus om te denken dat het gedrag van mensen overwegend laat staan uitsluitend zou worden bepaald door financiële motieven. Andere overwegingen zoals van sociaal-culturele, maatschappelijke en psychologische aard spelen vaak een minstens zo belangrijke rol. De gezondheidszorg is wat dit betreft een goed voorbeeld. Het handelen van zorgaanbieders (artsen, verpleegkundigen) wordt in niet onbelangrijke mate verklaard door de wens genezing, verpleging en verzorging te bieden. En ook bij de uitoefening van de vraag naar zorg door patiënten komen medische overwegingen op de eerste plaats. Meer nadruk op financieel-economische prikkels bij zorgaanbieders om beleidsdoelstellingen te realiseren kan geleidelijk deze intrinsieke motivatie onder druk zetten.

5. De reflectie van trade-offs in het huidige beleid

De in de vorige paragraaf geconstateerde trade-offs komen op diverse plaatsen terug in het Nederlandse zorgstelsel. Met name in het beleid ten aanzien van zorgvraag, zorgaanbod en zorgverzekeraars worden de verschillende trade-offs gereflecteerd.

Beleid gericht op de zorgvraag

Zoals gezegd dragen eigen-betalingssystemen bij aan een beperking van de overconsumptie van zorg. In feite elimineren ze voor een deel de verzekering die tot deze overconsumptie aanleiding geeft. Hieraan gerelateerd vergroten eigen-betalingssystemen dan ook de risico's bij verzekeren.

Voor een combinatie van gepast gebruik van zorg en lage financiële risico's bij verzekeren is men eigenlijk op partiële eigen betalingen aangewezen. Eigen-betalingssystemen zouden zodanig moeten worden vormgegeven dat overconsumptie wordt bestreden zonder dat onaanvaardbare risico's bij de verzekerden komen te liggen. Er valt dan ook iets te zeggen voor het argument dat eigen-betalingssystemen gedifferentieerd zouden moeten worden naar de aard van de verzekerde zorg: eigen betalingen voor de overzienbare risico's en de zorg met een minder noodzakelijk karakter en vrijstelling van eigen betalingen voor de zeer hoge risico's. De problemen verbonden aan een duidelijke scheiding tussen de twee genoemde typen risico's kan echter een gedifferentieerd systeem buiten bereik brengen.

Kijken we in dit licht naar de Nederlandse situatie, dan springen twee zaken in het oog. Ten eerste ontbreken eigen betalingen voor die voorzieningen die deel uitmaken van het ziekenfondspakket terwijl voor AWBZ-gefinancierde voorzieningen veelal forse eigen bijdragen verschuldigd zijn. Toch zijn de AWBZ-gefinancierde risico's groot in vergelijking tot enkele via de ZFW gefinancierde risico's. Ten tweede constateren we dat voor ZFW-gefinancierde voorzieningen eigen bijdragen ontbreken, terwijl particulier verzekerden met een maatschappijpolis veelal met een eigen risico te maken hebben. Hoewel de twee typen verzekerden verschillen in inkomenspositie, is het de vraag of het bestaande verschil in eigen-betalingensystematiek ermee kan worden gerechtvaardigd.

Zorgbudgetten

Het leeuwendeel van de zorg wordt in natura verstrekt. Slechts in enkele gevallen keren verzekeraars geld uit aan de verzekerde. Een reden daarvoor kan zijn de aard van de voorziening in kwestie. Wanneer sprake is van sterke informatie-asymmetrieën zoals bij veel *cure* voorzieningen het geval is, dan is een uitkering in natura te prefereren. In veel gevallen is de behoefte aan zorg dusdanig direct dan wel acuut, dat consumenten niet zitten te wachten op een zoektocht langs verschillende aanbieders. Vaak is de ruimte voor een afweging van alternatieven er echter wel (denk aan voorzieningen op het terrein van de *care*). In dergelijke gevallen ligt een uitkering in natura minder voor de hand. Het zijn immers de consumenten zelf die het best kunnen beoordelen welke

aspecten van de dienstverlening voor hen het meest belangrijk zijn en welke aanbieder dientengevolge het best aan hun vraag zou kunnen voldoen. Wel moet sprake zijn van een voldoende inzicht in de aard van de hulpvraag (indicatiestelling) bij de persoon welke de hoogte van de uitkering regelt teneinde oneigenlijk gebruik van uitkeringsgelden tegen te gaan.

Financiering van vrije-beroepsbeoefenaren

Ten aanzien van de financiering van vrije-beroepsbeoefenaren is een belangrijke keuze die tussen financiering op basis van geleverde productie (per verrichting, handeling, consult, zitting *etc.*) en financiering op lump-sum basis. Voor financiering op basis van geleverde productie kan een prikkel uitgaan tot overproductie van zorg. Financiering op lump-sum basis werkt zeker onderproductie in de hand.

Een zorgvuldige keuze van de tarieven van dienstverlening kan helpen over- en onderproductie van zorg te verminderen. Het zou echter toevallig zijn als het daaruit voortvloeiende inkomen van artsen spoort met dat wat maatschappelijk wenselijk wordt geacht. Daarom zouden de twee genoemde financieringssystemen gecombineerd moeten worden ingezet. De omvang van de financiering op basis van geleverde productie volgt dan (voorzover dit eenduidig is te bepalen) uit de hoogte van het economisch meest doelmatige tarief. Dit brengt de productie van zorg in lijn met de belangen van de patiënt. Het lump-sum financieringselement wordt vervolgens gebruikt om het artseninkomen op een niveau te brengen dat maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht.

Toegepast op de Nederlandse situatie vallen ook nu twee zaken op. Ten eerste worden in plaats van mengvormen de twee genoemde financieringssystemen alleen in pure vorm toegepast. Daardoor is het welhaast onmogelijk om onder- en overproductie van zorg te vermijden. Een voorbeeld is de financiering van medisch specialisten. Het jarenlang vigerende verrichtingsysteem is daar recentelijk vervangen door een lump-sum systeem. De overproductie die aanleiding gaf tot de omvorming van het systeem lijkt te zijn verdwenen. De wachtlijsten en terugloop in ziekenhuiszorg signaleren dat daarvoor een omvangrijke onderproductie in de plaats is gekomen.

Ten tweede wordt de huisartsenzorg aan ziekenfondsverzekerden middels het abonnementensysteem bekostigd, terwijl op de huisartsenzorg aan particulier verzekerden het verrichtingsysteem van toepassing is. Dit verschil in financieringssysteem lijkt moeilijk te verdedigen vanuit het verschil in inkomenspositie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Bovendien heeft het onderscheid belangwekkende economische implicaties – een voorrangsvlerening aan particulier verzekerden en een snelle doorverwijzing van ziekenfondsverzekerden – welke door empirisch onderzoek lijken te worden bevestigd.

Financiering van intramurale instellingen

Net als bij de financiering van vrije-beroepsbeoefenaren kunnen bij de financiering van intramurale instellingen twee extremen worden onderscheiden: een systeem van budgettering waarbij de financiering volledig is losgekoppeld van de daadwerkelijk gemaakte kosten en een systeem van nacalculatie waarbij de financiering de productiekosten volgt. Beide systemen hebben hun eigen voor- en nadelen. Budgettering van instellingen dwingt instellingen kritisch hun productieprocessen tegen het licht te houden en verbetert zo de doelmatigheid. Budgettering oefent echter een nadelige invloed uit op de kwaliteit. Met een mengvorm van de twee pure systemen kunnen de voordelen van de twee systemen meer worden uitgebuit.

Ook hier speelt het onderscheid tussen *care* en *cure* een belangrijke rol. Bij instellingen die *care* voorzieningen bieden is de positie van de aanbieders minder dominant. Daar kunnen andere meer vraaggestuurde financieringsvormen (bijv. de persoonsgebonden budgetten) worden benut.

Verzekeringssstelsel

De AWBZ geeft vorm aan de solidariteit tussen hoge en lage inkomens zowel als tussen hoge en lage risico's. Het nacalculatiesysteem voor verzekeraars staat een doelmatige dienstverlening echter in de weg. Verzekeraars dienen niet alleen de mogelijke kostenbesparingen ten gevolge van een meer doelmatige zorginkoop volledig af te dragen; de beheerskosten die de doelmatigheidsverbetering mogelijk maken komen bovendien volledig ten laste van hun eigen reservepositie. Van het financieringssysteem gaan dus weinig prikkels uit om een doelmatige zorginkoop te realiseren. De toegankelijkheid van AWBZ-voorzieningen wordt gesteund door de uniformiteit van aanspraken, maar tegelijkertijd belemmerd door het systeem van eigen bijdragen. De uniformiteit van aanspraken legt bovendien de keuzevrijheid aan banden.

Middels het systeem van inkomensafhankelijke premies die niet naar risico's onderscheiden draagt het ZFW-systeem bij aan zowel inkomens- als risicosolidariteit. Het normuitkeringensysteem beloont een doelmatige zorginkoop en bevordert derhalve een doelmatige zorgverlening. Dat dit zo weinig zichtbaar is, heeft te maken met een gebrek aan mogelijkheden voor verzekeraars om hun regiefunctie adequaat te vervullen door onder meer de afwezigheid van contractvrijheid. De van overheidswege opgelegde uniformiteit van aanspraken maakt dat de diversiteit en daarmee keuzevrijheid voor ziekenfondsverzekerden minimaal is.

Particuliere verzekeringen leveren geen bijdrage aan de inkomenssolidariteit, noch aan de risicosolidariteit. Het geheel ontbreken van nacalculatie van kosten van verzekeringsmaatschappijen bevordert een doelmatige zorgverlening. Diversiteit in verzekeringsvoorwaarden garandeert daarnaast een zekere keuzevrijheid voor verzekerden. Deze diversiteit maakt evenwel dat schaalvoordelen niet ten volle kunnen worden benut.

De WTZ levert evenmin een bijdrage aan de inkomenssolidariteit, maar voorziet wel in een stuk risicosolidariteit. Nacalculatie van gemaakte kosten door verzekeraars levert geen bijdrage aan een doelmatige zorginkoop. Verder is er geen keuzevrijheid noch diversiteit doordat niveau en samenstelling van aanspraken van overheidswege zijn opgelegd.

6. Trends op de lange termijn

In de komende decennia dienen verschillende trends zich aan. Wat is hun betekenis en hoe werken ze uit op de eerder geconstateerde trade-offs?

Vergrijzing

Inmiddels is genoegzaam bekend dat het proces van vergrijzing de kosten van gezondheidszorg naar verwachting omhoog zal stuwen. Deze vergrijzing is een geleidelijk proces: rond 2040 wordt een piek verwacht in het aantal 65+ers ten opzichte van het aantal 20-64 jarigen, de zogenoemde grijze druk. Na 2040 valt deze grijze druk terug tot een iets lager niveau om zich op dat niveau te stabiliseren. Per saldo zal de grijze druk vergeleken met het huidige niveau flink stijgen (van 22 tot 40%). Vergrijzing heeft derhalve een permanente verhoging van gebruik en kosten in de zorg tot gevolg.

Minder bekend is dat op zichzelf genomen de effecten van demografische verschuivingen beperkt zijn wanneer ze worden afgezet tegen de ontwikkelingen in gebruik en kosten die van jaar op jaar kunnen worden waargenomen (Newhouse (1992), Cutler (1996)). Voor de toekomst geldt iets soortgelijks: naar raming zullen demografische verschuivingen in de periode 1999-2049 een jaarlijks effect van zo'n 1% op de zorguitgaven uitoefenen. Voor de *care* voorzieningen liggen de cijfers overigens beduidend hoger dan voor voorzieningen op het terrein van de *cure*: 1.2 versus 0.8 % (CSED (1999)).

De conclusie dat op zichzelf genomen de betekenis van demografische elementen beperkt is geldt des te sterker wanneer ermee rekening wordt gehouden dat zorguitgaven niet alleen zijn gerelateerd aan leeftijd, maar ook aan het aantal jaren voor overlijden. De jaren die bij de voor de toekomst verwachte verlenging van de gemiddelde levensverwachting aan het leven worden toegevoegd zijn dan ook niet noodzakelijk zeer kostbare jaren (Zweifel *et al.* (1999)). Doorrekening met cijfers die voor dit gegeven corrigeren, komen op nog lagere groeiprognozes ten gevolge van demografische verschuivingen.

Welvaartsgroei

Factoren met een groter belang voor de toekomstige uitgaven aan zorg zijn de verbetering van het algehele welvaartspeil en ontwikkelingen in medische technologie. De eerstgenoemde factor is vrij algemeen van aard. Allereerst vertaalt een stijging van inkomens zich in het algemeen in meer consumptieve bestedingen. Dit geldt ook voor

medische voorzieningen. Wanneer de aanbodzijde van zorgmarkten die stijgende zorgvraag onvoldoende accommodeert (bijvoorbeeld als gevolg van budgettering), versterkt welvaartsgroei het aansluitingsprobleem tussen vraag en aanbod. Daarnaast werkt inkomensgroei door in de prijs van zorgdiensten wanneer de productiviteitsontwikkeling in de zorgsector achterblijft bij die in industriële sectoren (het Baumol-effect).

Nieuwe technologieën

Ontwikkelingen in medische technologie zijn uiteraard specifiek voor de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen zijn gemiddeld genomen kostenopdrijvend (WRR (1997)). Dit reflecteert enerzijds dat nieuwe technologie vaak tot kwaliteitsverbetering leidt waar wel een prijskaartje aan hangt. Anderzijds is kostenverhoging de resultante van een vraagvergroting die diverse oorzaken kan hebben. Het meest duidelijk is wel het voorbeeld van een technologie die de verwachte levensduur verhoogt en daarmee ook het beroep dat op het zorgstelsel kan worden gedaan. Dit voorbeeld maakt ook duidelijk dat nieuwe technologieën behalve de kosten ook de kwaliteit van de geleverde zorg kunnen doen toenemen. Er zijn wel becijferingen gemaakt voor specifieke ziektebeelden die aangeven dat deze kwaliteitsstijging de kostenstijging kan overtreffen (Shapiro en Wilcox (1996), Cutler *et al.* (1998)). Dit laatste wordt meer relevant wanneer nieuwe technologieën meerdere toepassingsmogelijkheden hebben.

Gentechnologie

Een aparte plaats bij medische technologieën wordt ingenomen door de gentechnologie, al was het maar omdat dit op veel langere termijn speelt. Ten gevolge van ontwikkelingen in de gentechnologie kunnen substantieel meer mogelijkheden tot preventie beschikbaar komen. In het algemeen zullen daardoor mensen langer kunnen blijven leven en kunnen zij ongezonde jaren inwisselen voor gezonde jaren. Tegelijkertijd is ook deze ontwikkeling niet zonder bijwerkingen. Wanneer aan het begin van iemands leven nauwkeuriger de medische risico's in kaart kunnen worden gebracht, zal het voor hen die het slecht getroffen hebben veel moeilijker worden zich op een particuliere markt te verzekeren. Met name kunnen zij eerder met premieverhoging of uitsluiting worden geconfronteerd. Dit kan de toegankelijkheid van het stelsel van zorg onder druk zetten.

Informatietechnologie

ICT-technologie verdient aparte aandacht. Door de kosten van informatie te reduceren, maakt het een verbetering van informatievoorziening mogelijk. Verzekerden en patiënten kunnen hiervan profiteren bij de keuze van verzekeraar en zorgaanbieder. Dit kan ertoe bijdragen dat meer tegenkracht wordt opgebouwd tegenover zowel verzekeraars als zorgaanbieders. Het laatste kan op verschillende manieren vorm krijgen: consumenten kunnen zich voor hun informatievraag tot internet wenden in plaats van de huisdokter, geneesmiddelen kunnen elektronisch worden besteld en een groter deel

van de zorgvraag kan in het buitenland terecht komen. Verzekeraars kunnen daarnaast ICT gebruiken om de doelmatigheid van hun zorginkoop te verbeteren. Voorts kunnen zorgaanbieders ICT hanteren om interne processen, maar vooral ook processen tussen zorgaanbieders beter op elkaar af te stemmen.

Hoe snel de diffusie van ICT-technologie zal verlopen, is weer afhankelijk van de *incentives* bij belangrijke marktspelers zoals instellingen en zorgverzekeraars. Wanneer een belangrijk deel van de door toepassing van ICT te realiseren kostenbesparingen door nacalculatie worden afgeroomd, mag niet op een snelle diffusie van ICT-technologieën worden gerekend.

Individualisering

Net als op andere markten is ook op zorgmarkten een tendens richting individualisering te onderscheiden. Mensen willen steeds meer zorg op maat, zorg die is toegesneden op de voor hen specifieke situatie. Daarnaast bestaat er steeds meer behoefte om zelf te beslissen over vragen omtrent kwantiteit en kwaliteit van zorgverlening. De tendens naar diversiteit in levensstijlen kan het draagvlak voor risicosolidariteit onder druk zetten wanneer een duidelijke relatie tussen levensstijl en latere ziektekosten kan worden gelegd.

Europa

De Europese regelgeving lijkt een scherpere keuze af te dwingen tussen private en collectieve ziektekostenverzekeringen. Europese regelgeving is met name op de vormgeving van marktwerking van toepassing; niet-marktconforme regels kunnen dan ook aan banden worden gelegd. Een keuze voor een volledig collectief systeem zou echter vanuit genoemde regelgeving weinig weerstand ontmoeten. Naar de mate dat de regels voor marktwerking op de Nederlandse zorgsector van toepassing wordt verklaard, beperkt dit de mogelijkheden voor Nederland tot het voeren van een eigen beleid. De precieze reikwijdte van de Europese regelgeving is op dit moment echter lastig te bepalen (RVZ (1999)).

Trends en trade-offs

Deze trends laten de eerder genoemde trade-offs niet onberoerd. Vergrijzing, welvaartsgroei en ontwikkelingen in medische technologie kunnen op lange termijn een significante toename van zorguitgaven tot gevolg hebben (Westerhout (1999)). Dit geldt zowel voor de *cure* als de *care*. De rol van demografie lijkt groter bij de *care*; bovendien hebben bij *care* voorzieningen Baumol-effecten waarschijnlijk een meer prominente betekenis. Kostenopdrijvende technologische ontwikkelingen lijken daarentegen meer op de *cure* van toepassing. Overigens zijn de onzekerheden bij de cijfermatige projecties enorm groot.

Bij de huidige instituties doet deze trend van uitgavenstijging de inkomenssolidariteit toenemen; de prijs van deze toegenomen uitgaven en lasten – een verlies aan

doelmatigheid door een slechter functionerende arbeidsmarkt – wordt dan ook hoger. Dit probleem kan worden aangepakt via schuldreductie, een andere optie is om de doelmatigheid in de zorgsector te vergroten. Welvaartsgroei en individualisering kunnen bovendien de behoefte aan keuzevrijheid versterken. De toenemende heterogeniteit van de bevolking kan het draagvlak voor risicosolidariteit versmallen wanneer een relatie tussen risico en leefgewoonten kan worden gelegd. ICT-technologie kan het belang van informatie-asymmetrieën verkleinen. De dominante positie van zorgaanbieders zou daardoor allengs kunnen worden ondergraven en de positie van zorgvragers versterkt. Het accent bij het beleid zou daardoor een verschuiving kunnen ondergaan van aanbod- naar vraagbeleid.

De uitdaging is om aan de behoefte aan meer doelmatigheid en keuzevrijheid gehoor te geven zonder te veel in te moeten boeten aan solidariteit en toegankelijkheid tot de zorg. Concreet vertaalt zich dit in de vraag hoe het stelsel van ziektekostenverzekeringen anders kan worden ingericht en hoe het beleid ten aanzien van zorgvragers en –aanbieders anders kan worden vormgegeven.

7. Zorgvragers en -aanbieders

De roep om meer doelmatigheid kan op verschillende wijzen worden ingevuld. Een voor de hand liggende optie is de regiefunctie van ziektekostenverzekeraars op zorginkoopmarkten te versterken. Maar ook andere opties zijn denkbaar: aansturing van de vragers van zorg via eigen betalingen dan wel persoonsgebonden zorgbudgetten, aansturing van aanbieders via alternatieve financieringssystemen en meer ruimte voor protocollering.

Eigen betalingen

Zoals hierboven uiteengezet, kunnen eigen betalingen aan een doelmatiger zorgverlening bijdragen. Door het kostenbewustzijn bij zorgvragers te activeren, wordt overconsumptie bestreden. Hiertegenover staat een inperking van financiële zekerheden. Bovendien wordt aan solidariteit ingeboet, aangezien de mogelijkheden tot medische consumptie door eigen betalingen afhankelijk worden van de koopkracht van de consument.

Zorgbudgetten

Het is denkbaar dat uitkering in geld veel vaker als instrument wordt ingezet dan in die gevallen waarin het momenteel op experimentele basis wordt toegepast. Met name bij care voorzieningen zijn patiënten (of hun zaakwaarnemers) veelal voldoende geïnformeerd om zelfstandig een vergelijking te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders. De trends van individualisering en keuzevrijheid wijzen eveneens in de richting van een meer intensief gebruik van persoonsgebonden budgetten. Bovendien zou de toepasbaarheid van zorgbudgetten zich ook wel eens tot enkele *cure* voorzie-

ningen kunnen uitbreiden wanneer ten gevolge van een bredere inzet van ICT bestaande informatie-asymmetrieën allengs minder groot worden.

Financiering zorgaanbieders

Budgettering kan helpen ondoelmatigheden in het proces van zorgverlening te verminderen. Kostenbesparingen welke het resultaat zijn van een meer efficiënte zorgverlening hoeven in geval van budgettering immers niet door instellingen te worden afgedragen. Tegelijkertijd kan budgettering negatief uitwerken op de kwaliteit.

Protocollering en monitoring

In de Nederlandse situatie lijkt nog veel ruimte te bestaan voor een scherpere aansturing van zorgaanbieders door middel van protocollen. De bestaande variatie in behandelmethodes en -trajecten verraadt ondoelmatigheden en leidt er bovendien toe dat niet iedereen toegang heeft tot dezelfde kwantiteit en kwaliteit van zorg. Meer uniformiteit kan ook helpen om minder efficiënte behandelmethodes in de ban te doen en zo bij te dragen aan kostenbeheersing. Tegelijkertijd kan een intensiever gebruik van protocollen in strijd komen met de roep om keuzevrijheid en de trend van individualisering.

Ook monitoring van zorgaanbieders kan worden gebruikt om ondoelmatigheden en ongelijkheden te bestrijden. Deze praktijk laat zich ook goed verenigen met een systeem van gereguleerde competitie. Een voordeel ten opzichte van standaardisering door middel van protocollen zou kunnen zijn dat verzekeraars de tucht van de markt ondervinden bij het ontwikkelen van aansturingsmethodes. Dit garandeert dat methodes die niet blijken te werken dan wel niet in overeenstemming blijken met de voorkeuren van verzekerden sneller worden verlaten.

De laatste constatering heeft een ruimere strekking. Niet alleen de monitoring van zorgaanbieders, maar ook het gebruik van eigen-betalingssystemen, zorgbudgetten en alternatieve financieringswijzen van zorgaanbieders kan door concurrerende verzekeraars ter hand worden genomen. Concurrentie om de gunst van de consument moet ertoe leiden dat sneller en beter wordt ingespeeld op nieuwe kansen en mogelijkheden. Tegelijkertijd ontstaat er meer variatie welke als een vermindering van toegankelijkheid kan worden opgevat. De volgende paragraaf gaat wat dieper in op het model van gereguleerde competitie.

8. Het verzekeringsstelsel

In theorie staat het model van gereguleerde competitie bekend als een ideaaltypische constructie die het mogelijk maakt risicosolidariteit en doelmatigheid met elkaar te combineren. Daarmee is dit model superieur aan het Wildwest model waarin niet wordt ingegrepen op markten voor zorgverzekeringen en risicosolidariteit ontbreekt. Voor Nederland is wel becijferd dat in een Wildwest model maximum- en minimumpremie

gemakkelijk een factor 25 zouden kunnen verschillen (Van de Ven *et al.* (2000)). Het model van gereguleerde competitie is ook superieur aan het Stalin model waarin de overheid iedereen dezelfde uniforme verzekering oplegt en er geen enkele prikkel tot doelmatige zorgverlening wordt ingebouwd. Het model van gereguleerde competitie laat verzekeraars concurreren onder de condities van een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie naar risico. Risicogedifferentieerde normuitkeringen voorkomen dat verzekeraars met een ongunstige risicoportefeuille op achterstand komen te staan.

De roep om meer doelmatigheid lijkt dan ook het best te kunnen worden gerealiseerd door dit model een groter gewicht te geven. Het beleid in Nederland is erop gericht dit model geleidelijk bij ziekenfondsen in te voeren. Een grotere rol voor het model van gereguleerde competitie zou betekenen voortzetting van deze lijn bij ziekenfondsen, aanpassing van de stelsels die voor de financiering van de AWBZ en de particuliere verzekeringen worden gebruikt in dezelfde richting en hervorming van het beleid van macro-budgettering op die plaatsen waar dat het beleid van gereguleerde competitie doorkruist.

Het is de combinatie van doelmatigheid en risicosolidariteit welk het systeem van gereguleerde competitie zo aantrekkelijk maakt. Theorie is echter nog geen praktijk; bij de implementatie van het systeem in praktijk moet met beperkingen worden rekening gehouden. Wat behelzen deze beperkingen? De eerste refereert aan het doel van het model van *managed competition* om een *countervailing power* tegenover zorgaanbieders op te bouwen. Onder meer vanwege de dominante positie van zorgaanbieders moeten verzekeraars een minimale omvang hebben om daadwerkelijk invloed te kunnen uitoefenen op het gedrag van zorgaanbieders. Dit impliceert evenwel een beperking van concurrentie. Beleid dat te sterk inzet op de competitie tussen verzekeraars draagt bij aan het afbreken van de beoogde *countervailing power*. Een sterke marktmacht van verzekeraars is echter ook niet zonder problemen. Op de verzekeringsmarkt wordt deze marktmacht vroeg of laat aangewend om premies uit te laten stijgen boven kostendekkend niveau. Dit geldt des te sterker wanneer de vraag prijsinelastisch is. Dit is in de zorgsector door het karakter van de verhandelde producten bij uitstek het geval.

Een tweede aspect van het model van gereguleerde competitie betreft de uitvoeringskosten. Traditioneel zijn de uitvoeringskosten bij private systemen hoger dan bij publieke systemen. Dit reflecteert dat een uniform systeem meer mogelijkheden biedt om schaalvoordelen te exploiteren. Tegelijkertijd biedt een privaat systeem meer mogelijkheden om op de roep om keuzevrijheid in te gaan.

Als laatste kan worden gewezen op de *upgrading* van het normuitkeringensysteem, het systeem dat beoogt onvermijdbare risico's bij verzekeraars weg te nemen. Aangezien medische risico's lastig te identificeren zijn, zal dit systeem nooit geheel volmaakt kunnen zijn. Het is daarentegen wel van groot belang perfectie te blijven nastreven om *cream-skimming* door verzekeraars tegen te gaan. ICT-technologie kan hierbij behulpzaam zijn.

Het bovenstaande roept onherroepelijk de vraag op waarom tot nu toe zo weinig van

de geschetste voordelen van *managed competition* zijn gerealiseerd. Sinds 1992 is het beleid in Nederland er immers op gericht binnen de ziekenfondssector gereguleerde competitie in te voeren. Analyse van het beleid tot dusverre leert echter dat de voorwaarden voor *managed competition* slechts gedeeltelijk zijn vervuld. Verevening en nacalculatie impliceert dat een belangrijk deel van de uitgaven van ziekenfondsen buiten het systeem van budgettering valt. Daarnaast hebben ziekenfondsen nog steeds te maken met een contracteerplicht ten aanzien van zorginstellingen, wat hun onderhandelingspositie ten opzichte van deze aanbieders niet ten goede komt. Ook moet worden bedacht dat verzekeraars enige tijd nodig hebben om zich aan te passen aan gewijzigde condities. Inspectie van cijfers over de nominale premies van ziekenfondsen lijkt te indiceren dat het beleid van gereguleerde competitie bij ziekenfondsen langzaam tot toenemende premievariatie begint te leiden (VWS (2000)).

Belangrijkste reden evenwel voor het gebrek aan effectiviteit is de interactie met ander beleid. Het beleid ten aanzien van de toelating van nieuwe zorgaanbieders en nieuwe instellingen heeft allengs geleid tot een tekortschietend aanbod. Vaak zijn verzekeraars binnen regio's aangewezen op een bepaald ziekenhuis of artsengroep. Dit beperkt in sterke mate de onderhandelingspositie van verzekeraars en daarmee de mogelijkheden doelmatigheidswinsten te realiseren.

9. Afbakeningen binnen het stelsel van zorgverzekeringen

Wanneer de hierboven beschreven lijn van gereguleerde competitie wordt gevolgd, zijn er nog veel vragen te beantwoorden. Met name gaat het er dan om de reikwijdte te bepalen van het pakket dat verzekeraars onder een systeem van gereguleerde competitie kunnen aanbieden. Ook de mate waarin het verzekeraars toegestaan wordt om te variëren met eigen-betalingssystemen, pakketgrootte en pakketsamenstelling is een relevante vraag. Bovendien is een belangrijke vraag wie we willen betrekken in welke kring van solidariteit? Opteren we voor één systeem dat voor de gehele bevolking geldt of kiezen we voor een apart systeem voor de meest kwetsbare groepen zoals in de VS?

In wezen gaat het erom het stelsel op diverse aspecten af te bakenen. Deze kwesties spelen ook in de huidige beleidsdiscussie. Met name drie afbakeningsvraagstukken lijken op dit moment actueel: de afbakening tussen het publiek en het privaat gefinancierde deel, de afbakening tussen het eerste en tweede compartiment en de afbakening binnen het tweede compartiment tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Zoals we zullen zien, komen sommige van de eerder geconstateerde trade-offs hierin weer terug.

Publiek versus privaat

De eerstgenoemde afbakening heeft betrekking op de vraag hoeveel (en welke) voorzieningen onder het eerste en tweede compartiment moeten worden gebracht. In wezen gaat het hier om een afruil tussen efficiëntie en solidariteit – zij het in enigszins

verhulde vorm. Voor voorzieningen die niet worden opgenomen in de publieke verzekering geldt dat premies in beginsel conform het equivalentieprincipe zullen worden vastgesteld. Een publieke verzekering daarentegen biedt de mogelijkheid de band tussen risico en premie door te snijden. Bovendien maakt een publiek systeem het mogelijk een band tussen premie en inkomen te introduceren.

Daartegenover staat dat in een publiek systeem verzekeraars meer met risico's te maken krijgen. Wanneer ze daarvoor niet worden gecompenseerd, dan zullen ze trachten hoge risico's buiten de deur te houden, bijvoorbeeld door minder aandacht te geven aan de diensten die meer dan proportioneel door hoge risico's worden geconsumeerd (een voorbeeld is de service verbonden aan de levering van diensten welke voornamelijk door chronisch zieke patiënten worden geconsumeerd). Dit zet de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Differentiatie van uitkeringen aan verzekeraars naar risico moet voor compensatie zorgen. Wanneer de informatie over risico's onvolledig is (in praktijk is aan deze conditie voldaan), dan komt een systeem van nacalculatie van door verzekeraars gemaakte kosten in zicht. Onvermijdelijk gevolg is dan dat ook de prikkel tot verbetering van de doelmatigheid wordt weggehaald. De introductie van risicosolidariteit gaat dan ten koste van de doelmatigheid.

Voor inkomenssolidariteit geldt eveneens een afruil. Een publieke verzekering biedt zoals gezegd de mogelijkheid de solidariteit tussen verschillende inkomensgroepen te versterken. Dit kan worden bereikt door verzekeringspremies inkomensafhankelijk te maken. De versterking van de inkomenssolidariteit is echter niet zonder bijwerkingen: het gaat ten koste van een doelmatige arbeidsmarkt. Overigens is het de vraag of het zorgstelsel moet worden gebruikt om inkomenssolidariteit tot stand te brengen. Dit kan immers ook goed buiten het zorgstelsel worden gerealiseerd – via het stelsel van loon- en inkomstenbelasting of via inkomensafhankelijke subsidies. Maar ook dan geldt dat de mate van inkomensafhankelijkheid van collectieve bijdragen (premies dan wel belastingen) een keuze reflecteert tussen inkomenssolidariteit en doelmatigheid.

Scheiding in eerste en tweede compartiment

De tweede afbakening betreft de vraag of voor moeilijk verzekerbare risico's een aparte verzekering in het leven moet worden geroepen. Een argument zou kunnen zijn dat anders een verzekering voor deze risico's niet van de grond komt. Gezien de mogelijkheden tot herverzekering van risico's en de omvang van veel verzekeraars is dit argument niet altijd even relevant.

Belangrijk voordeel van een segmentatie in twee compartimenten is dat ze correspondeert met groepen voorzieningen die vanuit hun aard verschillend zijn. Bij *cure* voorzieningen zijn informatie-asymmetrieën bij consumenten relevanter dan bij *care* voorzieningen met alle consequenties van dien voor de positie van de consument tegenover de aanbieder. Dientengevolge ligt toepassing van het model van gereguleerde competitie minder voor de hand waar het *care* voorzieningen betreft.

Belangrijk nadeel van een scheiding in twee compartimenten is evenwel dat nieuwe

ondoelmatigheden worden opgeroepen. Wanneer voorzieningen welke toebehoren aan de twee compartimenten complementair dan wel substitueerbaar zijn, kan marktsegmentatie tot gevolg hebben dat te vaak voor de duurste oplossing wordt gekozen. Voor actoren binnen elk der compartimenten kan het aantrekkelijk zijn te trachten slechte risico's door te verwijzen naar het andere compartiment. Hoewel een dergelijke strategie de kosten van hun bedrijfsvoering weet te verminderen, wordt de samenleving erdoor met hogere kosten opgezadeld.

Het ziekenfonds

De laatste afbakening betreft die tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Eerder werd reeds geconstateerd dat de verschillen tussen de twee soorten verzekeringen in vraag- en aanbodbeleid niet gemakkelijk te motiveren zijn. Bovendien impliceert het verschil in benadering bij de premieheffing dat personen die vanwege een verandering van inkomen overstappen van ziekenfonds- naar particuliere verzekering, met een forse premiestijging kunnen worden geconfronteerd (met name alleenverdieners en gezinnen met kinderen). Langs deze weg versterkt het onderscheid tussen twee soorten verzekeringen de arbeidsmarktproblematiek.

Men zou om deze redenen kunnen overwegen de twee typen verzekeringen onder één dak te brengen. Of dan voor het huidige stelsel van particuliere verzekeringen dan wel het huidige systeem van ziekenfondsverzekeringen dan wel een alternatief systeem wordt gekozen is een aparte vraag. Uiteindelijk hangt deze keuze af van de weging van aspecten als solidariteit, toegankelijkheid en doelmatigheid.

Literatuur

- Commissie Hoefnagels, 1990, Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, KNMG, Utrecht.
- Commissie Sociaal-Economisch Deskundigen, 1999, Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing, Sociaal-Economische Raad, Den Haag.
- Cutler, D.M., 1996, Public Policy for Health Care, NBER Working paper 5591.
- Cutler, D.M., M. McClellan, J.P. Newhouse en D. Remler, 1998, Are Medical Prices Declining? Evidence from Heart Attack Treatments, *Quarterly Journal of Economics*, jg. 108, blz. 991-1024.
- Newhouse, J.P., 1992, Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?, *Journal of Economic Perspectives*, nr. 3, blz. 3-21.
- OECD, 2000, OECD Economic Surveys 1999-2000 - Netherlands, Paris.
- Phelps, C.E., 1992, Diffusion of Information in Medical Care, *Journal of Economic Perspectives*, jg. 6, blz. 23-42.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1999, Europa en de gezondheidszorg, Zoetermeer.

- Shapiro, M.D. en D.W. Wilcox, 1996, Mismeasurement in the Consumer Price Index: An Evaluation, NBER Macroeconomics Annual, blz. 93-142.
- Van de Ven, W.P.M.M., R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, 2000, Access to Coverage for High-Risks in a Competitive Individual Insurance Market: Via Premium Rate Restrictions or Risk-Adjusted Premium Subsidies?, Journal of Health Economics, jg. 19, blz. 311-339.
- VWS (1999), Zorgnota 2000, Den Haag.
- Weisbrod, B.A., 1991, The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment, Journal of Economic Literature, jg. 29, blz. 523-552.
- Westerhout, E.W.M.T., 1999, The Future of the Dutch Health Insurance System, CPB Report 1999/4, blz. 21-26.
- WRR, 1997, Volksgezondheidszorg, Rapporten aan de Regering 52, Den Haag.
- Zweifel, P., S. Felder en M. Meiers, 1999, Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, Health Economics, jg. 8, pp. 485-496.