



Arbeidsdeling of verstandshuwelijk

Auteur(s):

Schut, F.T.

Brouwer, W.B.F.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4288, pagina D10, 23 december 2000

Rubriek:

Dossier: Economie en ethiek

Trefwoord(en):

gezondheidszorg

Omdat gezondheid voor een belangrijk deel door het noodlot wordt bepaald, prevaleert op dit terrein solidariteit vaak boven doelmatigheid. Een verstandshuwelijk tussen norm en nut, tussen ethici en economen, is onontbeerlijk voor de vormgeving van effectief beleid in de gezondheidszorg.

Economen houden niet van ethiek. In navolging van *good old Adam Smith*, in wiens tijd economie overigens nog tot de *moral sciences* werd gerekend, hebben zij een voorkeur voor arbeidsdeling en specialisatie: economen houden zich bezig met een efficiënte verdeling en ethici met een rechtvaardige verdeling van middelen. Door de twee uitkomsten vervolgens te combineren kan de meest doelmatige en rechtvaardige verdeling van middelen worden bepaald. Overigens zijn niet alleen economen behept met deze voorkeur voor een arbeidsdeling tussen *Fressen und Moral*. Nog onlangs organiseerde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het kader van de voorbereiding van haar advies over 'schaarste en eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg' op één locatie twee gelijktijdige, doch strikt gescheiden debatten met economen en ethici. Pas het laatste uur mochten de vertegenwoordigers van beide disciplines met elkaar in debat, maar uit de Babylonische spraakverwarring die toen ontstond, bleek dat de scheiding van geesten het wederzijds begrip geen goed had gedaan.

Helaas voor de voorstanders van een strikte arbeidsdeling tussen economie en ethiek, wees Arrow reeds in zijn klassieke artikel over de specifieke economische kenmerken van gezondheidszorg op het feit dat deze scheiding van doelmatigheid en rechtvaardigheid alleen onder niet-aardse condities mogelijk is: een volkomen concurrerende markt en een kosteloze inkomensherverdeling¹. Vervolgens gaf hij nauwgezet aan dat juist in de gezondheidszorg aan deze voorwaarden voor een strikte arbeidsdeling tussen economen en ethici geenszins wordt voldaan.

Een welvaartstheoretisch 'optimale' allocatie impliceert dus niet dat deze voor de samenleving ook daadwerkelijk optimaal is. Een dergelijke allocatie van middelen is niet optimaal in normatieve zin maar alleen in positieve zin, dat wil zeggen in de beperkte welvaartstheoretische betekenis van het begrip 'optimaal'. Door het hanteren van waardegeladen begrippen als 'welvaart', 'optimale allocatie' en 'maatschappelijke baten' worden positieve en normatieve uitspraken echter gemakkelijk verward. Ook economen vergeten soms dat uit 'is' geen 'ought' kan worden afgeleid en dus toveren zij met enige regelmaat een normatief konijn uit de positieve hoed².

Nut of gezondheid?

Binnen de gezondheidseconomie zijn de veronderstellingen van de Paretiaanse welvaartstheorie allerminst onomstreden. Zo heeft kritiek op de eenzijdige nadruk op nutsmaximalisatie geleid tot de ontwikkeling van een extra-welvaartstheoretische benadering. In deze, op Sen³ terug te voeren benadering wordt nut niet langer als enige uitkomstmaat gezien, maar worden ook niet in termen van nut uit te drukken aspecten van aanwending van schaarse middelen meegewogen. Binnen de gezondheidseconomie is daarbij 'gezondheid' naar voren geschoven als centrale uitkomstmaat. Omdat een goede gezondheid de mogelijkheid schept om zich te ontplooiën en gewenste doelen te bereiken, zou het als het ware aan nut voorafgaan. Belangrijk voordeel van gezondheid in plaats van nut als centrale welvaartsmaat is dat de vergelijking van gezondheid tussen personen minder omstreden is dan interpersonele nutsvergelijking, waardoor gemakkelijker kan worden gekozen in het voordeel van de minder bedeelden⁴. Daar staat tegenover dat een eenzijdige nadruk op gezondheid tot een verdeling leidt waarbij andere aspecten die het leven waardevol maken in de verdrukking komen. Vooralsnog heeft de extra-welvaartstheorie geen antwoord kunnen geven op de vraag hoe gezondheid en nut tegen elkaar zouden moeten worden afgewogen.

Verder bestaat er kritiek op de veronderstelling dat maatschappelijke welvaart louter bepaald wordt door het nut van individuele burgers. Alternatieve benaderingen stellen de doelstellingen van maatschappelijke besluitvormers of de samenleving als geheel centraal⁵.

De toetssteen voor de uitkomsten van al deze normatief economische analyses wordt uiteindelijk gevormd door de maatschappelijke aanvaardbaarheid ervan. Wegens het grote belang dat burgers hechten aan een goede gezondheid⁶ en omdat de mate van gezondheid voor een belangrijk deel door het (nood)lot wordt bepaald, is het niet verwonderlijk dat de solidariteitsvoorkeuren van burgers voor gezondheidszorg veel sterker zijn dan voor andere goederen en diensten⁷. Want hoewel de gezondheidstoestand ook door andere factoren wordt bepaald, is de relatie tussen gezondheidszorg en gezondheid het meest rechtstreeks en concreet waarneembaar. Van Doorslaer constateert dat in veel landen de maatschappelijke opvattingen over een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg zelfs

dicht staan bij het Marxistische principe 'from each according to ability, to each according to need'⁸. Het is daarom niet verwonderlijk dat de bereidheid om een zekere mate van solidariteit op te offeren voor een bepaalde doelmatigheidswinst juist in de gezondheidszorg vaak op fors maatschappelijk verzet stuit. De recente debatten over eigen bijdragen, voorrangszorg en de omvang van het basispakket illustreren dit.

Eigen bijdragen

Een treffende illustratie van de botsing tussen quasi positieve economische analyse en maatschappelijke opvattingen over sociale rechtvaardigheid vormt de invoering van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering. Bekend uit zowel theorie als empirie is dat de aanwezigheid van ziektekostenverzekeringen in de gezondheidszorg leidt tot extra gebruik van medische voorzieningen, omdat verzekeringen de prijs van medische zorg voor de consument irrelevant maken. Uit welvaartstheoretisch oogpunt kan een deel van deze extra medische consumptie, aangeduid met het ethisch gekleurde begrip 'moreel risico', worden beschouwd als een 'maatschappelijk welvaartsverlies'. Of hiervan in positieve zin (in de strikt economische definitie van welvaartsverlies) sprake is, wordt overigens betwijfeld⁹. Maar zelfs al zou de welvaartstheoretische analyse correct zijn, dan nog betekent dat niet dat invoering van eigen betalingen normatief wenselijk is. De verdelingseffecten van eigen betalingen zijn immers niet neutraal. Terwijl de baten over de gehele bevolking worden gespreid komen de lasten vooral terecht op de schouders van de ongezonde burgers, met name chronisch zieken. Niet voor niets ging de invoering van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering daarom gepaard met allerlei ingewikkelde compensatiemaatregelen voor bejaarden en chronisch zieken. De transactiekosten van deze herverdelingsmechanismen bleken echter hoger dan baten van beperking van de medische consumptie, waardoor de maatregel al na twee jaar weer werd ingetrokken. Het feit dat in de particuliere verzekering vrijwillige eigen risico's al decennialang een geaccepteerd verschijnsel zijn, geeft aan dat de afruil van solidariteit tegen doelmatigheid bij hogere inkomensgroepen tot op zekere hoogte wel maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Bij eventuele invoering van een basisverzekering zou daarom voor hogere inkomensgroepen een vrijwillig eigen risico kunnen worden overwogen.

Voorrangszorg

Dat verdelingsprincipes die in normatief economische analyses worden gehanteerd binnen de gezondheidszorg niet altijd maatschappelijk aanvaardbaar worden geacht, wordt ook fraai geïllustreerd door de heftige maatschappelijke debatten over de bedrijvenpoli en voorrangszorg voor werknemers.

In een artikel in *ESB* zetten wij destijds uiteen dat de invoering van bedrijvenpoli onder bepaalde voorwaarden tot een welvaartsverbetering conform de criteria van Pareto en Rawls kon leiden¹⁰. Opmerkelijk was dat in de reacties die volgden niet de criteria zelf ter discussie werden gesteld maar of criteria door ons wel juist zouden zijn gehanteerd¹¹. Een voor de hand liggende kritiek zou zijn geweest dat de criteria van Rawls en Pareto ook niet van God gegeven zijn. In het debat over bedrijvenpoli werd duidelijk dat in de samenleving blijkbaar zo sterk wordt gehecht aan het principe van gelijke toegang voor iedereen dat men aan het vasthouden aan het *principe* (ondanks dat iedereen weet dat in de praktijk het principe veelvuldig geschonden wordt) meer waarde hecht dan aan een voor iedereen betere, maar ongelijkere toegang tot voorzieningen. De focus van Pareto en Rawls op absolute vooruitgang is dan duidelijk in conflict met de maatschappelijke focus op relatieve achteruitgang.

Omvang basispakket

Ook bij de discussie over de omvang en inhoud van het basispakket van de sociale ziektekostenverzekering kunnen economische verdeelcriteria botsen met maatschappelijke opvattingen. Zo is het vergoeden van een zeer dure nieuwe medische technologie met een beperkt positief effect op de gezondheidstoestand van een gering aantal mensen in (extra-)welvaartstheoretische zin niet doelmatig als een andere aanwending van dezelfde schaarse middelen bij meer mensen meer gezondheidswinst oplevert. Echter, wanneer het bijvoorbeeld om een kleine specifieke groep gebruikers gaat waarvoor de technologie het enige perspectief op een betere gezondheidstoestand biedt, kan opname in het basispakket maatschappelijk wenselijk worden geacht. Een goed voorbeeld hiervan is de vergoeding van longtransplantaties. De daar behaalde gezondheidswinsten (in termen van voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren) zijn ongeveer twintig keer duurder dan bijvoorbeeld de gezondheidswinsten gewonnen met Viagra. Toch werd bij longtransplantatie gekozen om wel te vergoeden, expliciet omdat het hier een laatste redmiddel betrof.

Voor Viagra werd besloten dat deze gezondheidswinsten niet uit algemene middelen zouden hoeven te worden gefinancierd (alhoewel de alternatieve behandeling, injectietherapie, wel wordt vergoed). Fuchs betwijfelt of de expansie van medische zorg die uitsluitend gericht is op kwaliteitsverbetering, zoals bij Viagra, "will get the egalitarian priority that it now gets under the old rationale of extending life"¹².

Immers, aldus Fuchs, als de samenleving de kwaliteit van leven voor de minder bedeelden wil verbeteren, zijn er tal van andere terreinen zijn die een vergelijkbare aandacht verdienen, zoals scholing, huisvesting, vervoer en openbare veiligheid. Sommige gezondheidseconomen bepleiten onder andere om die reden om gezondheidswinsten die gepaard gaan met een verlenging van het leven zwaarder mee te wegen dan gezondheidswinsten die 'enkel' de kwaliteit van leven verhogen. Hoe ernstiger de aandoening, des te zwaarder wordt een zelfde aantal voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaren meegewogen. Ook is er discussie over het zwaarder meewegen van effecten bij jongeren dan effecten bij ouderen. Ouderen hebben hun 'eerlijke portie' leven en gezondheid al gehad en de gezondheidszorg zou zich er met name op moeten richten om iedereen die eerlijke portie leven en gezondheid te bezorgen. Concreet is voorgesteld om gezondheidswinsten van personen te wegen voor hun leeftijd. Williams (zelf toch ook niet de jongste meer) heeft onderzocht in hoeverre een dergelijke zienswijze breder gedragen wordt en concludeert daaruit dat burgers inderdaad gemiddeld meer waarde hechten aan een jaar extra leven bij een veertigjarige dan bij een tachtigjarige¹³.

Positief economische inzichten kunnen nuttig zijn om bepaalde populaire misvattingen rond het basispakket de wereld uit te helpen. Een zo'n misvatting die bij de discussie over de omvang van het basispakket een rol speelt is de idee-fixe dat een ongereguleerde aanvullende verzekering doelmatiger zou zijn dan een verplichte sociale verzekering. Een concurrerende markt voor aanvullende verzekeringen leidt echter tot premiedifferentiatie en/of risicoselectie waardoor mensen met laag inkomen en een hoog risico geen of slechts een onvolledige dekking kunnen kopen en niet van verzekeraar kunnen veranderen indien zij dat wensen. Aan de behoeften aan financiële zekerheid, keuzevrijheid en solidariteit kan op een dergelijke markt slechts zeer ten dele worden voldaan. Binnen een sociale verzekering kan door invoering van gereguleerde concurrentie in principe wel aan deze behoeften worden voldaan¹⁴. Een breed basispakket, keuzevrijheid

voor verzekeren via een jaarlijkse acceptatieplicht voor verzekeraars, een risico-solidaire premieheffing alsmede een zorgplicht en een adequate risicovergoeding voor zorgverzekeraars bieden aanzienlijk meer garanties voor een doelmatig functionerende zorgverzekering dan een ongeregelde aanvullende verzekering.

De imperfecte werking van een vrije zorgverzekeringsmarkt maakt de wenselijkheid van de toepassing van het vierde criterium van Dunning - waarin wordt gesteld dat alle zorg die voor eigen rekening en verantwoording van de burger kan komen niet in aanmerking komt voor het basispakket - aanvechtbaar ¹⁵. Zowel met het oog op substitutie als met het oog op de samenhang tussen zorgvoorzieningen kan het wenselijk zijn om juist goedkope vormen van zorg die voldoen aan de eerste drie criteria van Dunning (noodzakelijk, werkzaam en doelmatig) in het pakket op te nemen. Bovendien kan het uit maatschappelijk oogpunt doelmatig zijn om bij dergelijke vormen van zorg te voorkomen dat er onderverzekering en liftersgedrag optreedt. Een van de verstrekkingen die het slachtoffer is geworden van het vierde criterium van Dunning is de tandzorg voor volwassenen. Een gevolg van het verwijderen van de tandzorg uit het ziekenfondspakket is bijvoorbeeld dat de tandartsen wegtrekken uit het centrum van een grote stad als Rotterdam omdat hun patiënten onvoldoende verzekerd en koopkrachtig zijn en de zorgverzekeraar niet langer gehouden is aan een zorgplicht.

Naast een misplaatst geloof in een efficiënte werking van een ongeregelde zorgverzekeringsmarkt vormt ook de veronderstelde tendens tot individualisering een argument voor de uitbreiding van private aanvullende verzekeringen ten koste van de sociale basisverzekering. Omdat burgers de voor de sociale verzekering benodigde solidariteit niet meer zouden willen opbrengen, zouden we de nadelen van een uitbreiding van de aanvullende verzekering maar op de koop toe moeten nemen. Zo verkondigde een hoge ambtenaar van het ministerie van VWS onlangs op persoonlijke titel in de *NRC* het "maatschappelijk aanvaardbaar te vinden als over enkele jaren aan een slecht gebit het inkomen of de sociaal-economische status zijn af te lezen" ¹⁶. Dat de meeste burgers, geconfronteerd met deze consequenties, zijn visie zullen delen, lijkt ons niet erg waarschijnlijk.

Ten onrechte wordt verondersteld dat individualisering automatisch gepaard gaat met afnemende solidariteitsgevoelens. Uit het *Sociaal en Cultureel Rapport 1998* van het SCP blijkt dat er eerder sprake is van het tegendeel. Zo kunnen de maatschappelijke veranderingen volgens het SCP inderdaad het best worden getypeerd als een voortgaande individualisering, waarbij mensen steeds meer zelf vormgeven aan hun bestaan en de afhankelijkheid van anderen minder wordt. Desondanks is het aandeel van de bevolking dat het belangrijk vindt dat de overheid de sociale zekerheid op peil houdt en vindt dat inkomensverschillen kleiner zouden moeten zijn, toegenomen van 46, respectievelijk 56 procent in 1991 tot 54, respectievelijk 68 procent in 1997. Uit onderzoek van Hofstede blijkt bovendien dat de combinatie van solidariteit en individualisme diep geworteld is in de Nederlandse cultuur en dat Nederland zich hiermee ook internationaal onderscheidt ¹⁷. Hofstede laat zien dat de mate waarin de bevolking van een land hecht aan solidariteit, individuele onafhankelijkheid en voorspelbaarheid van grote invloed is op de inrichting van het verzekeringsstelsel. Dit zou goed kunnen verklaren waarom Nederland internationaal vooroploopt bij de invoering van een zorgverzekeringsstelsel dat wordt gekenmerkt door een combinatie van solidariteit én mededinging ¹⁸.

Een verstandshuwelijk

De besproken voorbeelden geven aan dat positief economische analyses de inzichten in de (mogelijke) effecten van beleidsmaatregelen kunnen vergroten. Bovendien kunnen met behulp van normatief economische analyses alternatieve beleidsmaatregelen worden aangegeven die beter aansluiten op de maatschappelijke voorkeuren. Vooral in de gezondheidszorg kunnen economen zich bij het doen van beleidsaanbevelingen echter niet verschanseren achter efficiëntie-analyses zonder acht te slaan op de verdelingseffecten. Maar daar waar economen zich met de verdelingseffecten van de aanwending van schaarse goederen gaan bemoeien, moeten zij wel zo expliciet mogelijk zijn over de waarden en normen die zij hanteren.

Uiteindelijk is zo, hoewel ethici zich ongemakkelijk voelen bij de 'dismal science' en economen bij de 'moral science', een verstandshuwelijk tussen beiden onontbeerlijk voor de vormgeving van effectief gezondheidszorgbeleid

1 K.J. Arrow, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 1963, blz. 941-973.

2 A.J. Culyer en R.G. Evans, Normative rabbits from positive hats: Mark Pauly on welfare economics, *Journal of Health Economics*, 1996, blz. 243-251.

3 A. Sen, Social choice theory: a re-examination, *Econometrica*, 1977, blz. 53-90.

4 W.B.F. Brouwer en M.A. Koopmanschap, On the economic foundations of cost-effectiveness analysis: Ladies and gentlemen, take your positions, *Journal of Health Economics*, 2000, blz. 439-459.

5 Zie voor een overzicht van de aard en het gebruik van normatief economische analyses in de gezondheidszorg, in: J. Hurley, An overview of the normative economics of the health care sector, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of health economics*, Elsevier, Amsterdam, 2000, blz. 55-118.

6 Het aandeel Nederlanders dat een goede gezondheid het belangrijkste vindt in het leven steeg van 36 procent in 1966 tot 60 procent in 1991 om vervolgens weer enigszins af te nemen tot 53% in 1996. Zie SCP, *Sociaal en cultureel rapport 1998*.

7 J. van den Berg, R. Janssen en H.B. Haveman, Solidariteitsvoorkeuren ten aanzien van ziektekostenverzekering, 1985, *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, 1986, blz. 5-16.

8 E.K.A. van Doorslaer, *Gezondheidszorg tussen Marx en markt*, Inaugurale rede, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

9 T. Rice, *The economics of health reconsidered*, Health Administration Press, Chicago, Illinois 1998.

- 10** W.B.F. Brouwer, F.T. Schut en F.F.H. Rutten, Bedrijvenpoli in het licht van Rawls en Pareto, *ESB*, 8 oktober 1986, blz.973-975.
- 11** Zie onder andere H.J.J. Seeverens, Bedrijvenpoli en rechtvaardigheid, *ESB*, 19 februari 1997, blz. 151-152, en voor een reactie, W.B.F. Brouwer, F.T. Schut en F.F.H. Rutten, [Naschrift](#), *ESB*, 19 februari 1997, blz. 153-154.
- 12** V.R. Fuchs, The future of health economics, *Journal of Health Economics*, 2000, blz. 141-157.
- 13** A. Williams, Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument, *Health Economics*, 1997, blz. 117-132.
- 14** F.T. Schut, *Competition in the Dutch health care sector*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.
- 15** Commissie Keuzen in de zorg, *Kiezen en delen*, Ministerie van WVC, Den Haag, 1991.
- 16** J.H. Mulder, Individuele zorg zet solidariteit op scherp, *NRC Handelsblad*, 23 november 2000.
- 17** G. Hofstede, Verzekering als produkt van nationale waarden, *Economisch Statistische Berichten*, Speciale uitgave "Onverzekerbaarheid? Wie neemt het risico", februari 1995, blz. 4-8.
- 18** Dat deze beleidslijn op brede steun kan rekenen, blijkt uit het december 2000 verschenen unanieme advies van de Sociaal Economische Raad (SER) over de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.