



Collectieve lasten, welvaartstheorie en gezondheidszorg

DRS. H. M. VAN DE KAR

Inleiding

De beheersing van de kosten van de gezondheidszorg staat de laatste jaren hoog op het politieke verlanglijstje. Zowel in het kader van het collectieve-lastenbeleid als uit inkomenspolitieke overwegingen wordt naarstig geprobeerd om de sterke kostenstijging te beteugelen. Het huidige gemengde bekostigingssysteem van de gezondheidszorg laat geen eenvoudige oplossingen toe. Bovendien vertoont de gezondheidszorg in economisch opzicht een aantal eigenschappen die een goede afweging van baten en lasten en daarmee een zorgvuldige kostenbeheersing bemoeilijken.

Voor de hand ligt dat de overheidsbemoeienis in de medische sector zal toenemen. Het ziet er overigens niet naar uit dat de overheidsbegroting, en daarmee de afweging binnen het budgetproces, de dienst zullen gaan uitmaken. Directe regulering is en blijft het parool. Daarmee staan de beleidmakers niettemin voor de noodzaak om nut en offer van de medische voorzieningen te wegen. Het instrumentarium dat daartoe op dit moment beschikbaar is vertoont gebreken. Op een onlangs gehouden symposium over welvaartstheorie en economie van de gezondheidszorg — waaraan wij hieronder aandacht zullen besteden — is nagegaan in hoeverre de welvaartstheorie een handreiking kan bieden bij het verbeteren van de instrumenten.

Kostenontwikkeling

In oktober van het vorig jaar verscheen het derde Financieel overzicht van de gezondheidszorg 1). Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne doet met dit jaarlijkse verslag een geslaagde poging om het in ons land beschikbare cijfermateriaal ten aanzien van capaciteit, gebruik, kosten, loon- en prijsgevoeligheid en financiering van de gezondheidszorg op systematische wijze te combineren. De kosten zijn opgelopen van ruim f. 12 mrd. in 1973 tot f. 21.5 mrd. in 1977. De raming voor 1983 is ruim f. 37 mrd. Uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal product (marktprijzen) betekent dit een

toename van 7,2% in 1973 tot 9,2% in 1982. De regering beschouwt de in het overzicht opgenomen ramingen als maxima waarbinnen de feitelijke ontwikkeling zal moeten blijven. Een overweging daarbij is dat van de collectieve-lastendruk ongeveer een vijfde deel voor rekening van de gezondheidszorg komt. *Bestek '81* heeft zijn ombuigende vingers ook naar de medische sector uitgestrekt. Het eerder genoemde bedrag voor 1983 zou zonder *Bestek*beleid f. 2 mrd. hoger uitkomen.

Het vastleggen van deze maxima is vermetel omdat de Nederlandse situatie wordt gekenmerkt door een mengmoes van allocatie- en bekostigingssystemen, waarbinnen zich endogene groeiprocessen voordoen waar de overheid moeilijk vat op heeft. De productie en het gebruik van medische voorzieningen zijn voornamelijk in particuliere handen, de bekostiging loopt in hoofdzaak via particuliere en sociale verzekeringen. Bijna driekwart van de totale kosten wordt gefinancierd door de collectieve sector.

Deze rubriek wordt verzorgd door het Fiscaal-Economisch Instituut van de Erasmus Universiteit Rotterdam

Slechts een klein deel daarvan betreft rechtstreekse bijdragen uit de overheidsbegrotingen. Dit aandeel daalt bovendien van zo'n 7% in 1973 tot naar verwachting 5% in 1983. De (rijks)overheid zal er dus kennelijk niet toe overgaan de financiële teugels zelf meer in de hand te nemen.

Kostenbeheersing

Zou de uitbundige groei van de medische kosten tot het verleden behoren zodra de gezondheidszorg volledig via de rijksbegroting bekostigd en beheerst wordt? Het is een illusie om dat te denken. Ook binnen de budgetsector doen zich, als bekend, moeilijk te sturen kostenontwikkelingen voor. Bovendien is het probleem niet alleen gelegen bij de bekostigingswijze als zodanig. Het zijn de eigenschappen van de productie en de consumptie van medische diensten, die daarnaast roet in het eten gooien.

Tot die eigenschappen behoort in de eerste plaats de overheersende invloed van het aanbod. Daardoor kan het marktproces over het algemeen niet naar behoren functioneren. De aanbieders beslissen namens en ten behoeve van de vragers over hun eigen productie en daarmee over hun inkomsten. De sterke positie van de aanbieders leidt er voorts toe dat verbetering van de medische technologie slechts kostenverhogend werkt 2). Voor de huidige situatie geldt voorts dat het tariefstelsel (betaling per verrichting) een prikkel tot overproductie bevat terwijl in het aan de bekostiging via verzekering inherente declaratie- en omslagstelsel onvoldoende tegenkrachten zitten. Het invoegen van de verzekeringsschakel in de keten „beslissen, betalen en gebruiken” is in de gezondheidssector onvermijdelijk (tenzij gekozen zou zijn voor een volledige bekostiging uit de overheidskas) maar is nauwelijks bevorderlijk voor een goede afweging. Kortom, de combinatie van medische ethiek, medische technologie en het economische rationeel handelen van de aanbieders leidt in het marktmodel tot een opwaartse druk op de kosten 3). Inschakeling van het budgetproces zal deze onevenwichtigheden niet geheel kunnen wegnemen. Het gebruik zal altijd in belangrijke mate afhangen van het oordeel van de medici.

De tweede eigenschap die van belang is betreft het dienstenkarakter van de prestaties der zorgverleners. Standaardisatie en daarmee planning van diensten is moeilijk. Zowel bij particuliere bekostiging als bij publieke bekostiging zal men voor het probleem staan van het normeren van de geleverde prestaties. Hoewel het budgetmechanisme om die reden geen soepele toepassing zal kunnen vinden kan aan bepaalde budgetteringstechnieken die voor de medische sector zijn ontwikkeld, zoals „disease costing”, het voordeel van de twijfel worden gegund.

Het overheidsingrijpen is traditioneel gericht op het bewaken van de kwaliteit en de toegankelijkheid van voorzieningen. Daarnaast is in toenemende mate behoefte ontstaan aan inzicht in en toezicht op de efficiency en de effectiviteit van het medisch handelen. Het zinvol beheersen van kostenontwikkelingen wordt pas mogelijk als de betekenis van de gestelde maximale bedragen bekend is in termen van hoeveelheden, kwaliteiten

1) Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1984, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 15 800, hoofdstuk XVII, nr. 7.

2) Een andere invloed die van de toegenomen kwaliteit van de medische zorg uitgaat op de kosten is dat qua behandeling steeds duurdere groepen patiënten worden aangeboord.

3) M. van der Kamp, Kostenbeheersing in de gezondheidszorg, *Intermediair*, 18 januari 1980.

4) J. van Amstel, F.F.H. Rutten en P.F.P.M. Nederstigt, Budgettering in de gezondheidszorg, *Het Ziekenhuis*, 1979, nr. 15-16, blz. 376-381.

en kosten per eenheid. Is die kennis er niet dan zullen de bewindslieden voor de voeten krijgen geworpen dat ze de botte bezuinigingsbijl hanteren. Een verwijt dat overigens slechts terecht is voor zover er scherpe en nauwkeurig te hanteren ontleedmesjes voorhanden zijn. Welke beheersinstrumenten staan (of komen) ter beschikking? Van belang is in dat verband de constatering dat het er voorlopig niet naar uitziet dat de overheid zelf de budgettering in de gezondheidszorg ter hand zal nemen. De overheidsinvloed zal in hoofdzaak de vorm hebben van direct regulerend ingrijpen in de medische productie en consumptie door middel van goedkeuring van tarieven, bouwvergunningen, erkenning van inrichtingen e.d.

Ten einde binnen het gemengde bekostigingssysteem toch meer greep te krijgen op de volume- en de prijsontwikkeling van de gezondheidszorg zijn de Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Wet tarieven gezondheidszorg bij het parlement ingediend. De laatste wet gaat verder dan alleen de beheersing van het medische prijspeil, want hij bevat ook aangrijpingspunten om de tarief- en honoreringsstructuur aan te pakken. De eerste wet vergroot de mogelijkheden tot regulering van het volume en van de kwaliteit van het aanbod. Opvallend is dat niet wordt gepoogd om het gebruik direct aan te pakken. Als het karakter van de medische dienstverlening met zich brengt dat het aanbod de vraag bepaalt en men dit karakter niet fundamenteel wenst te wijzigen dan zit er weinig anders op dan om het aangrijpingspunt voor de beheersing te leggen bij het aanbod. Instellingen, inrichtingen en ook de beroepsbeoefenaren zelf kunnen wat betreft vestiging, patiëntenbestand e.d. aan banden worden gelegd.

Het volumebeleid zal zich eveneens tot de opleidingen moeten uitstrekken. Het voor de komende jaren verwachte forse aanbodoverschot van medici is een teken aan de wand. Het prijsbeleid mag hierbij niet worden vergeten en daarbij behoef niet te worden gewacht op het in werking treden van de tarievenwet. Immers, de honorering van de vrije-beroepsbeoefenaren waaronder de medici vormt op dit moment reeds onderdeel van het prijs/inkomensbeleid. Aan de afbouw van de z.g. bovennorm-inkomens wordt gewerkt. De norm is het inkomen van een vergelijkbare ambtelijke figuur. Waar nu voor moet worden gewaakt is dat de inkomensnorm niet wordt opgevat als een inkomensgarantie voor de medische schoolverlaters.

Maatstaven

Beide wetten vergroten de mogelijkheden voor zowel kosten- als hoeveelheidsbudgettering in de gezondheidszorg. Daarmee is het probleem van de te hantieren standaarden en criteria op scherp

komen te staan. In verschillende publikaties is de behoefte aan goede indices gesignaleerd. Werner noemt de in het Financieel overzicht gebruikte indicatoren voor de capaciteit van de voorzieningen gebrekkelijk 5). Interessanter, maar ook problematischer, wordt het als men het oog richt op hetgeen er met die capaciteit tot stand wordt gebracht: de prestaties en het effect van de prestaties op de individuele welvaart. Rutten stelt dat er nog geen objectieve maatstaven zijn voor de behoefte aan of de output van de zorg. Hij meent voorts dat de ontwikkeling van subjectieve criteria vooralsnog geen soelaas biedt voor de planning van voorzieningen omdat twee weerbarstige kwesties niet zijn opgelost nl. bij wie de behoefte aan zorg zou moeten worden vastgesteld en hoe de verkregen meningen op een noemer kunnen worden gebracht 6). Uit een door Van de Kar gegeven samenvatting van pogingen om tot een subjectief kengetal voor de gezondheidstoestand (Health Status Index, of HSI) te komen blijkt dat de door Rutten genoemde moeilijkheden inderdaad levensgroot aanwezig zijn 7). Maar tevens blijkt dat er, althans bij experimenten, wel wat aan wordt gedaan. Bovendien is het onontkoombaar om eerst de moeilijke weg van de subjectieve criteria in te slaan alvorens met objectieve criteria (als het aantal bedden per capita of morbiditeitskengetallen) kan worden gewerkt. Zonder kennis van het welvaartseffect van voorzieningen zeggen objectieve criteria niet veel. Het opsommen van fysieke grootheden is slechts te zien als een eerste, zij het nuttige poging om de zaak in kaart te brengen.

Voor planning en kostenbeheersing is meer nodig dan de kennis van aantallen. Er zal inzicht moeten worden verkregen in wat „men” van die volumegegevens vindt, wat ze waard zijn. Daarbij stuit men op het probleem van het waarderen van de baten van de gezondheidszorg.

Kosten-batenanalyse

De maatschappelijke kosten-batenanalyse wordt al geruime tijd en naar verhouding veelvuldig toegepast op het medische vlak. Ter gelegenheid van een speciale bijeenkomst van de Health Economist's Study Group, die in april plaatsvond in York (UK) met als thema welvaartstheorie en gezondheidszorg, heeft Drummond een overzicht gegeven van de stand van zaken 8). Hij deed dat op basis van meer dan honderd kosten-batenstudies. Het grote struikelblok in deze studies is het vaststellen van de maatschappelijke waarde van een verbetering van de gezondheidstoestand. Drummond onderscheidt drie manieren om de baten op papier te krijgen: a. de „human capital”-methode; b. het vaststellen van de bereidheid tot betalen; en

c. het onderling rangschikken van gezondheidssituaties.

De „human capital”-methode is veelvuldig toegepast. Aan de batenkant staat de contante waarde van de toekomstige verdiensten of productie van de door de gezondheidszorg (langer) in leven gehouden individuen. Eigenlijk gaat het in deze benadering niet om het verlengen van het leven, maar om het arbeidsgeschikt houden van personen. Daarmee is tegelijk aangegeven waar de ernstige kritiek op berust die op deze aanpak wordt uitgeoefend. In tegenstelling tot bij onderwijs overheersen in het geval van de gezondheidszorg consumptieve baten. De allocatiebeslissingen zijn niet zozeer geïnspireerd door de verwachting van hogere productie in de toekomst. Dat blijkt al uit het feit dat een groot deel van de zorg gericht is op niet-productieve individuen.

De tweede methode komt men bij kosten-batenanalyse in de gezondheidssector niet vaak tegen. Door de keuze van de geldnoemer is één van de twee door Rutten gesignaleerde kwesties een eindweegs opgelost. De andere staat echter nog overeind. Wiens bereidheid tot betalen moet worden gepeild? In de Pareti-aanse traditie wordt deze vraag over het algemeen beantwoord met het waardeoordeel dat het om de consumenten gaat. In de gezondheidszorg zijn de consumenten gebrekkelijk geïnformeerd en onzeker. Observatie van het marktgedrag biedt hier geen goede ingang om achter voorkeuren en waarderingen te komen. Men zal de weg van het interview moeten bewandelen 9). Het kiezen van de doelstellingen van de beleidsmakers om de batenkant inhoud te geven is een andere door Drummond gesignaleerde opvatting. De overheid kan waarderen zoals zij wil. Zij kan zelfs voorbij gaan aan anderen waarderingen, ook als die bijvoorbeeld in het marktgebeuren worden openbaar. Maar aan de andere kant kan men staande houden dat de beleidsmakers niet alleen behoefte hebben (of zouden moeten hebben) aan explicitering van de door hen gehanteerde gewichten maar ook aan kennis van de in de samenleving aanwezige opvattingen

5) F. J. M. Werner, Meerjarenramingen gezondheidszorg, *Openbare Uitgaven*, 1979, nr. 5, blz. 250-261.

6) F. F. H. Rutten, Financiering van de gezondheidszorg op lange termijn, *Openbare Uitgaven*, 1979, nr. 5, blz. 217-214.

7) H. M. van de Kar, Gezondheid: is zorg te meten?, *Openbare Uitgaven*, 1979, nr. 5, blz. 235-249.

8) M.F. Drummond, *Welfare economics and cost benefit analysis in health care*, paper to the *Special Meeting of the HESG*, 1980 (niet gepubliceerd).

9) Drummond zegt in dit verband: „... I would like to see more effort put into obtaining estimates based on individuals knowingly facing a hypothetical situation than unknowingly facing a real one”, t.a.p., blz. 19.

over het effect dat de aanwending van schaarse middelen in de gezondheidszorg nu eigenlijk heeft. Wie die „men” zou moeten zijn die de gewichten vaststelt is slechts met een waardeoordeel te beslissen.

Slechts kan de eis worden gesteld dat de baten van de gezondheidszorg, hoe ook gedefinieerd, op een operationele wijze zichtbaar moeten worden gemaakt.

Door de baten op de geldnoemer te brengen ontstaan overigens weer nieuwe moeilijkheden. Men krijgt te maken met de invloed van het grensnut van het geld. Bovendien zal toepassing van de geldnoemer bij de interviewmethode al snel tot een vertekening van de antwoorden kunnen leiden. Ondervraagden blijken volgens Drummond beter uit de voeten te kunnen als gezondheidssituaties onderling worden vergeleken.

Dat brengt ons bij de derde onderscheiden methode die vooral toepassing vindt bij de constructie van een HSI. Bij de HSI wordt meestal gewerkt met een kardinale maatstaf. Om de relatieve waardering voor de onderscheiden gezondheidssituaties te kunnen bepalen zijn nodig a. een meeteenheid (één van de gezondheidssituaties kan daartoe als numéraire fungeren) en b. een nulpositie (aan één van de gezondheidssituaties moet de waarde nul worden toegekend). Het loslaten van de geldnoemer betekent dat we de kosten-batenanalyse hebben ingewisseld voor de kosten-effectiviteitsanalyse. Gelet op tot nu toe uitgevoerde kosten-effectiviteitsstudies waarbij de HSI een rol speelt concludeert Drummond dat deze benadering het meeste perspectief belooft voor een vruchtbare economische analyse van het medisch handelen.

Waardeoordelen en de dood

Williams vraagt zich in zijn bijdrage af wat de welvaartstheorie te bieden heeft bij de constructie van een HSI (10). Hij ziet die bijdrage niet zozeer bestaan uit het aandragen van objectieve of algemeen aanvaarde criteria die welvaartsverbeteringen als gevolg van medisch handelen kunnen duiden, maar in het blootleggen van de waardeoordelen die aan selectiecriteria ten grondslag liggen.

Ter illustratie gaat hij uit van het waardeoordeel dat omvang en kwaliteit van de medische zorg onafhankelijk zijn van persoonlijke kenmerken van de patiënt zoals inkomen, burgerlijke staat, leeftijd enz. In een kosten-effectiviteitsopstelling kan men nu tegenover elkaar zetten aan de ene kant het saldo van de positieve en de negatieve veranderingen in de gezondheidstoestand en aan de andere kant de netto veranderingen in de aanwending van middelen. Daartoe behoren naast wijzigingen in het middelengebruik binnen de gezondheidssector (inclusief de kosten die de patiënten en

hun verwanten maken) ook de eventuele wijzigingen in het bruto nationaal produkt. Als men aan de gezondheidskant van de opstelling bij het invullen van de HSI is uitgegaan van het principe dat alle mensen gelijk zijn, dan blijkt dat dit fraaie vertrekpunt bij de uiteindelijke prioriteitstelling op basis van de analyse niet ongeschonden is gebleven. Oorzaak is dat aan de middenkant van de vergelijking alle mensen niet gelijk zijn. Bij het bepalen van de netto kosten speelt immers de markt, en dus de inkomensverdeling, een rol. Het marktproces, het politieke proces en het laboratoriumonderzoek met zuiver egalitaire gewichten zullen slechts bij uitzondering tot gelijklopende resultaten leiden. Een oplossing voor dit probleem kan zijn om, waar mogelijk, met voor marktonvolkomenheden gecorrigeerde marktprijzen te werken en vervolgens de uitkomst te toetsen aan verdelingscriteria. Williams doet geen uitspraak over een dergelijke oplossing. Hij concludeert slechts dat het simultaan gebruiken van verscheidene waarderingssystemen zal leiden tot wrijving met de ethische uitgangspunten.

Waardeoordelen spelen voorts een rol bij de aggregatie van individuele waarderingen en bij de keuze van de nulpositie. Dat men bij aggregatie niet om waardeoordelen heen kan wordt duidelijk als men zich afvraagt of een gezond jaar voor ieder individu, ongeacht leeftijd, sociale achtergrond enz., dezelfde waarde zou moeten hebben. Is het verlengen van het leven van een grijsaard met drie jaar maatschappelijk gelijkwaardig aan het verlengen van het leven van drie kleuters met elk een jaar?

Gezondheidssituaties kunnen worden gerangschikt tussen de waarden 0 en 1. Bij 1 hoort dan een bepaalde omschrijving van het normaal functioneren („gezond”). Voor het vastprikken van de nulpositie wordt veelal aan de dood gedacht. Al was het maar omdat dan geen keuze meer mogelijk is. Als men er bij het construeren van een HSI in slaagt een voor iedereen gelijk nulpunt te bepalen dan wordt de interpersonele vergelijking van de waarderingen voor de verschillende gezondheidssituaties vergemakkelijkt, omdat gebruik kan worden gemaakt van een ratioschaal. Het probleem van het vaststellen van de oorsprong staat centraal in de nogal bizarre bijdrage van McGuire (11). Hij is niet zozeer geïnteresseerd in het waarderen van gezondheidssituaties als zodanig, maar is op zoek naar het grensnut van het inkomen. Zijn stelling is dat voor ieder individu geldt dat er een punt is waar inkomen geen positief of negatief nut oplevert. Dat punt ligt bij de dood. De dood is daarmee als het ware de natuurlijke oorsprong van een individuele nutsfunctie. McGuire meent dat het mogelijk is om empirisch vast te stellen bij welk inkomensniveau het individu onverschillig is tussen leven en dood. Hij geeft toe

dat de interviewmethode daarbij niet kan worden gehanteerd. Het is zinloos iemand te vragen naar zijn persoonlijke ruilvoet tussen inkomen en levensjaren. Maar kunnen we wel iets zinnigs te weten komen door observatie van gedrag? Kunnen we bijvoorbeeld vaststellen hoeveel jaarlijks wordt geïnvesteerd om overlevingskansen te vergroten? De aanzetjes die McGuire in dit opzicht te bieden had konden niet overtuigen. Wel bleken ze tot nadenken te stemmen. Want als de HSI de weg is die moet worden bewandeld om tot operationele planningscriteria te komen dan kan niet worden voorbijgegaan aan de meer algemene en fundamentele vraagstukken die opdoemen bij kardinale nutsmeting.

Conclusie

De bijeenkomst van de werkgroep heeft duidelijk gemaakt dat enige voortgang wordt geboekt met de theoretische onderbouwing en de praktische toepassing van de HSI. Het algemeen gevoelen is dat het vraagstuk van de te hanteren maatstaven grondig en met voorrang moet worden aangepakt. De gezondheidszorg kan zich daarbij vleien (of troosten) met de gedachte dat het in dit opzicht een vooruitgeschoven post vormt in de economie van de publieke sector. Overal waar de markt als kompas is losgelaten is na langere of kortere tijd de behoefte ontstaan aan indicatoren die inzicht verschaffen in de efficiency en de effectiviteit van het handelen. Zonder dat inzicht is zorgvuldige kostenbeheersing niet goed mogelijk en zal, als de nood aan de man komt, slechts naar het beschikbare botte bezuinigingsinstrumentarium gegrepen kunnen worden. Het ziet er echter niet naar uit dat op korte termijn precisie-instrumenten ter beschikking zullen staan bij het economiseren binnen de gezondheidszorg. De weg tussen het „dode punt” in een individuele nutsfunctie en het actuele probleem van het in de hand houden van de collectieve lasten is lang en voorlopig nog onoverzichtelijk. Bij het prijs- en volumebeleid zullen de bewindslieden daarom vooralsnog gebruik moeten blijven maken van gebrekkige indicatoren.

H.M. van de Kar

10) A. Williams, *Welfare economics and health status measurement*, paper to the Special Meeting of the HESG, York, 1980 (niet gepubliceerd).

11) M. McGuire, *Dead time as a zero point and the measurement of utility*, paper to the Special Meeting of the HESG, York, 1980 (niet gepubliceerd).