

De gezondheidszorg als groeimarkt

Veel mensen vinden gezondheid het belangrijkste 'goed', en toch ziet de overheid de gezondheidszorg vooral als kostenpost. Hoe kan de zorg positiever benaderd worden?

Sinds het midden van de jaren zeventig baren de stijgende uitgaven aan gezondheidszorg de Nederlandse overheid grote zorgen. De afgelopen decennia trachtte zij de prijscomponent te beperken door invoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, loonmatiging in de collectieve sector en verlaging van de tarieven van specialisten. Het volume van het aanbod beperkte de overheid door het budgetteren van ziekenhuizen en beddenreducties. Zo lukte het de uitgaven in procenten van het bruto binnenlandse produkt (bbp) in de jaren tachtig te stabiliseren. Sinds kort stijgen deze uitgaven echter weer. Tussen 1990 en 1993 stegen de uitgaven in procenten van het bbp van 8,0 naar 8,8¹. Omdat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de controle over de uitgaven dreigde te verliezen, kondigde het Regeerakkoord van het kabinet-Kok maatregelen aan om de jaarlijkse volumegroei van de zorgsector te beperken². Het afgelopen jaar toonde echter wederom aan hoe moeilijk het is geplande veranderingen in de gezondheidszorg te effectueren. Na een eindeloze politieke discussie sneuvelde het voorstel om een verplicht eigen risico van 200 gulden in te voeren. Het doorlichten van het verplicht te verzekeren pakket aan de hand van de zogenoemde trechter van Dunning³, stuit eveneens op grote politieke weerstand getuige de moeilijkheden bij decollectivering van fysiotherapeutische hulp. Het kabinet heeft inmiddels de conclusie getrokken dat het geplande beleid politiek niet haalbaar is en heeft aangekondigd de paragraaf volksgezondheid uit het Regeerakkoord aan te passen.

Het is te hopen dat de minister van VWS bij het herschrijven van het Regeerakkoord rekening houdt met het

feit dat de oorzaken van een opwaartse druk op de uitgaven aan gezondheidszorg grotendeels autonoom zijn. Demografische veranderingen (de dubbele vergrijzing en de toename van eenpersoonshuishoudens), het toenemend calculerende gedrag van consumenten, toename van het aanbod door technologische innovaties en het zogenoemde fenomeen van Baumol (de sterk uiteenlopende produktiviteitsontwikkeling tussen de dienstensector en de industriële sector) zorgen ervoor dat de overheid weinig invloed heeft op de uitgavenstijging. Daarom zal de Nederlandse samenleving, ondanks overheidsmaatregelen, de komende jaren moeten wennen aan stijgende uitgaven aan gezondheidszorg. Zo kondigde de *Miljoenennota 1996* aan dat, ondanks duidelijke uitgavenkaders van het kabinet voor de Rijksbegroting in enge zin, de sociale zekerheid en de zorgsector, de uitgaven aan zorg in 1995 ruim een half miljard gulden worden overschreden.

Maar is het wel noodzakelijk om kost wat kost de uitgaven aan gezondheidszorg te beperken? De fixatie op restrictie van de uitgaven belemmert de vrijheid van alle participanten van de gezondheidszorg. De lonen in de zorgsector moeten worden gematigd, waardoor de belangstelling voor het zorgende beroep verder afneemt en het gemor van specialisten toeneemt. Doordat de werkbelasting stijgt komt de kwaliteit van zorg onder druk te staan. De scherpe budgetten resulteren in groei van wachtlijsten en een evenredige toename van ontevredenheid bij aanbieders en consumenten. Hierdoor wordt uiteindelijk een 'medische DDR' gecreëerd, waarin consumenten geen zeggenschap hebben over de gewenste hoeveelheid gezondheidszorg. Om bovengeschetste

situatie te voorkomen, wordt in dit artikel een alternatieve benadering van de gezondheidszorg voorgesteld. Vervolgens wordt aangegeven welke maatregelen hiervoor nodig zijn en ten slotte wordt de rol die de overheid hierin kan spelen beschouwd.

Naar een gezondheidsmarkt

Het is wellicht verstandig om de gezondheidszorg niet langer te zien als een kostenpost, waarvan een stijging van de uitgaven altijd moet worden voorkomen, maar als een bedrijfstak, een gezondheidsmarkt, die kan bijdragen aan de economische groei van het land. Gezondheidszorg wordt vergelijkbaar met op vakantie gaan, het bezoeken van de kapper, het aanschaffen van personal computers, et cetera. Meer uitgaven aan de arbeidsintensieve gezondheidszorg betekenen dan een toename van het nationale inkomen en meer werkgelegenheid. Uitgaven aan gezondheidszorg betreffen in deze optiek een investering in menselijk kapitaal en dus een belangrijke factor voor een gezonde beroepsbevolking.

Wat belet de minister van VWS om dit positieve beeld van de gezondheidszorg centraal te stellen bij het herschrijven van de paragraaf volksgezondheid? Het probleem is dat stijgende uitgaven aan gezondheidszorg in het huidige systeem ten eerste resulteren in een toename van de wig, het verschil tussen de bruto loonkosten en het netto loon, vanwege de werkgeversbijdrage aan de premie Ziekenfondswet. Ten tweede ontstaan er door een uitgavenstijging extra lasten voor het bedrijfsleven na afwenteling van de stijgende premies tijdens de loononderhandelingen met de vakbonden.

Om de uitgaven aan gezondheidszorg te laten stijgen zonder negatieve gevolgen voor het bedrijfsleven, moet de werkgeversbijdrage bij de betaling

1. J. Blankenberg, M. Freese, C. van Mosseveld en J. Smit, Kosten en financiering gezondheidszorg 1993, *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, augustus 1994, blz. 8-9.

2. Zie voor een bespreking van de oorspronkelijke plannen van het kabinet C.A. de Kam, Keuzen in de zorg, *ESB*, 31 augustus 1994, blz. 764-768.

3. Dit behelst selectie op basis van de criteria noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en de mogelijkheid de zorg voor eigen rekening te nemen.

van de ziekenfondspremie worden afgeschaft om wigverbreding te voorkomen. Verantwoordelijkheid van ondernemingen voor de individuele gezondheid is een restant uit een tijd dat werknemers, naast een beschermende overheid, een paternalistische werkgever nodig hadden. Wanneer het kabinet de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezondheidszorg wil laten toenemen, spreekt het vanzelf de financiële verantwoordelijkheid – en dus het betalen van de premie – volledig bij de mondige en calculerende burgers zelf te leggen. Afschaffing betekent wel een extra last voor de lagere inkomens. Negatieve inkomensgevolgen kan het kabinet op korte termijn compenseren door invoering van een overhevelingstoeslag ten laste van de werkgevers, vergelijkbaar met de procedure die in 1990 is gevolgd bij de afschaffing van de werkgeversbijdrage in de AAW- en AWBZ-premie. Op langere termijn kan deze toeslag geleidelijk worden afgebroken.

Om de uitgaven aan gezondheidszorg te laten stijgen moet het kabinet tevens voorkomen dat de stijgende premies tijdens de cao-onderhandelingen worden afgewenteld. Hiervoor is het noodzakelijk dat een aanzienlijk gedeelte van het verplicht verzekerde pakket wordt gedecollectiveerd. De trechter van Dunning moet consequent worden toegepast op alle huidige verstrekkingen. Dan zullen onder andere fysiotherapie, huisartsenhulp, logopedie en geneesmiddelen, naast de al gedecollectiveerde tandartsenhulp, niet meer tot het verplicht te verzekeren pakket behoren. Gezien de hoge kosten blijft medisch-specialistische hulp wel gecollectiveerd. Om marktinefficiëntie door moral hazard te minimaliseren, is het noodzakelijk ook de verantwoordelijkheid van de consumenten met betrekking tot dit zorgsegment te vergroten. Dit kan door invoering van forse eigen betalingen. Te denken valt aan eigen bijdragen van tien tot twintig procent met een jaarlijks maximum van vijf procent van het jaarkomen, zoals vorig jaar werd voorgesteld door De Kam⁴. Bakker concludeerde recent dat, bij een geringe risico-aversie, een optimale ziektekostenverzekering een eigen risico van 400 gulden en een procentuele bijbetaling van 25 procent tot een jaarlijks maximum van 2000 gulden behelst⁵. Wanneer het kabinet zo een fors deel van de gezondheidszorg aan de werking van de vrije markt

overlaat, en de gebruiker voor de overige, gecollectiveerde zorg deels laat betalen, zal de mogelijkheid tot afwenteling verminderen.

Door bovengenoemde maatregelen is uitgebreide overheidsregulering vanuit economisch oogpunt niet meer noodzakelijk. Wanneer de vrijheid van consumenten als uitgangspunt geldt, is zij zelfs ongewenst. Er is weinig ervaring met deregulering van gezondheidszorgsystemen. Wel hebben sommige landen, vooral in Midden- en Oost-Europa, de laatste jaren ervaring opgedaan met een transformatie van een centraal geleide economie naar een marktgerichte economie. Gebaseerd op deze ervaringen zijn vijf stappen en drie voorwaarden te onderscheiden, die van belang zijn voor een transformatie van een sterk gereguleerde gezondheidszorg naar een gezondheidsmarkt⁶. Het doorbreken van het overheidsmonopolie op het aanbod, het opheffen van de prijscontrole, het zorgdragen voor een adequate mededingingswetgeving en het introduceren van een marktconform kredietbeleid zijn noodzakelijke stappen. Dit proces kan echter slechts slagen als sociale, morele en juridische randvoorwaarden aandacht krijgen. Er moet een groot maatschappelijk draagvlak zijn, er dienen morele gedragsregels voor een gezondheidsmarkt te komen en de rechten van de participanten, vooral van de patiënten, moeten zijn beschermd.

Randvoorwaarden

Na een dergelijke transformatie is het principale voordeel de toegenomen keuzevrijheid van consumenten. Vrijheid en gelijkheid staan echter op gespannen voet met elkaar. Meer ongelijkheid, een pluriform bestedingspatroon waarbij de ene burger meer uitgeeft aan gezondheidszorg dan een ander, is onvermijdelijk wanneer keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van consumenten toenemen. Deze ongelijkheid is mijns inziens alleen sociaal acceptabel zolang de overheid garandeert dat er een keuze blijft voor allen. Zij dient hiervoor het feilen van de markt serieus te nemen om te voorkomen dat er een sub-optimale allocatie ontstaat zoals het geval is in de gezondheidszorg in de VS⁷. De overheid moet de verwevenheid van individuele en collectieve aspecten herkennen en een balans vinden

tussen het erkennen van het private belang en de noodzaak tot publieke correctie. Hiertoe dient zij randvoorwaarden voor een gezondheidsmarkt te scheppen om zo een balans te vinden tussen rechtvaardigheid en efficiëntie, tussen vrijheid en gelijkheid.

Bescherming van zwakkeren

De eerste voorwaarde is de bescherming van zwakke burgers. Dit behelst ten eerste mensen die niet capabel zijn hun eigen keuzen te maken zoals gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. De overheid dient aan al haar burgers solidariteit op te leggen door deze zorg te bekostigen door middel van een volksverzekering met inkomensafhankelijke premies, vergelijkbaar met de oorspronkelijke Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Ten tweede behelst de bescherming het verkleinen van de gezondheidsachterstand van de lagere sociaal-economische categorieën. De gezondheidsverschillen in Nederland tussen de verscheidene sociaal-economische categorieën zijn in internationaal perspectief relatief klein, vooral vergeleken met de VS en Groot-Brittannië. In absoluut opzicht zijn ze groot genoeg om aandacht te vergen.

Het creëren van een markt

Een tweede voorwaarde is de feitelijke aanwezigheid van een markt met de mogelijkheid tot verzekering. De wetgever dient hiertoe de verzekering tegen de kosten van een standaardpakket aan medisch-specialistische hulp wettelijk te verplichten. Deze kosten zijn immers zo hoog dat onverzekerden deze niet geheel kunnen dragen. Toch zullen artsen onverzekerden behandelen. Het weigeren van patiënten wegens financiële redenen is in strijd met de Nederlandse medische ethiek. De kosten worden dus afgewenteld op medeburgers die wel premies betalen. Dit free-rider-gedrag veroorzaakt marktinefficiëntie. Daar-

4. C.A. de Kam, 1994, op.cit.

5. F.M. Bakker, Optimale verzekering tegen ziektekosten: eigen betalingen?, *ESB*, 6 september 1995, blz. 785-789.

6. Zie voor een uitvoerige bespreking R.B. Kool, *Naar een gezondheidsmarkt? Mogelijkheden tot deregulering van geneeskundige verzorging*, Thesis Publishers, 1995, Amsterdam, zesde hoofdstuk.

7. C. Oudshoorn en J.A. Vijlbrief, Nieuwe wegen naar sociale en economische vooruitgang, *ESB*, 13 september 1995, blz. 804-809.

om is het wenselijk dat alle burgers verplicht worden zich te verzekeren bij particuliere ondernemingen tegen de kosten van een standaardpakket van medisch-specialistische zorg. Een dergelijke verplichting is te vergelijken met de verplichte wettelijke-aansprakelijkheidsverzekering voor autorijders. Het vaststellen van de inhoud van dit pakket wordt aan de medische beroepsgroep overgelaten.

Een verplichting tot verzekering zal op een geheel vrije markt voor sommige consumenten problemen opleveren. Ziektekosten zijn namelijk in zekere mate voorspelbaar. Zo stijgen de kosten met de leeftijd en liggen de kosten voor chronisch zieken zoals lijders aan suikerziekte of reuma, hoger dan het gemiddelde. Deze categorieën zullen dus op een vrije markt worden geconfronteerd met onwillige verzekeraars die aanzienlijke barrières opwerpen in de vorm van keuringen en hoge premies. Door middel van een acceptatieplicht voor verzekeraars scheidt de overheid een mogelijkheid tot bekostiging voor burgers die in een geheel vrije markt feitelijk geen keuze zouden hebben. Een maximale premie per leeftijdscategorie zal de markt voor iedereen toegankelijk houden.

Het creëren van transparantie

Een derde voorwaarde is transparantie van de gezondheidsmarkt. Hiertoe moet de overheid zorgdragen voor een adequate diffusie van medische kennis, bij voorbeeld aangaande de nieuwe infectieziekte aids en immunisatie in geval van een polio-epidemie. Eveneens is het van belang dat de overheid de toegang tot informatie bevordert. Door de zogenoemde digitale revolutie is het mogelijk voor individuele gebruikers om, eventueel via Internet, databanken met medische informatie en expertsystemen te raadplegen. Sommige softwareproducenten verkopen reeds programma's, waarmee gebruikers aan de hand van eenvoudige vragen zelf een diagnose kunnen stellen of tot de conclusie kunnen komen dat hun klachten geen ernstige pathologie betekenen. Het is een taak voor de overheid om de toegankelijkheid tot medische informatie te stimuleren en zo de informatie-achterstand van consumenten te verkleinen.

Het is tevens van belang dat consumenten op de hoogte zijn van de kwaliteit van het bestaande aanbod om een bewuste keuze te kunnen maken

uit een diversiteit van prijs/kwaliteit-combinaties. De overheid moet via een onafhankelijke inspectie zorgen voor een optimale medisch-professionele kwaliteit. Voor transparantie is publikatie van kwaliteitsindicatoren van instellingen, zoals ziekenhuissterfte, aantal complicaties en gemiddelde ligduur, een *conditio sine qua non*. Ook moet de overheid ziekenhuizen stimuleren gegevens beschikbaar te stellen aangaande de kwaliteit vanuit het patiëntenperspectief. Patiënten letten minder op de technische kwaliteit dan op de klantvriendelijkheid zoals de wachttijden, het eten, de bereikbaarheid van de instelling en de attitude van het personeel. Op institutioneel niveau kan zo een gids ontstaan die vergelijkbaar is met classificatiesystemen in de toeristensector zoals de Guide Michelin. Bij individuele aanbieders is bij voorbeeld vermelding van leeftijd, sexe, religieuze achtergrond en voorkeur voor alternatieve geneeswijzen gewenst.

Het voorkomen van negatieve externe effecten

Een vierde voorwaarde is het voorkomen van negatieve externe effecten van een slechte volksgezondheid, de grondwettelijke taak van de overheid. Weliswaar is deze eeuw het hygiënisch besef bij de meeste burgers fors toegenomen en zijn vele infectieziekten teruggedrongen, toch blijven de negatieve externe effecten van infectieziekten zoals tuberculose en aids actueel. Bovendien zorgen de negatieve externe effecten van milieuverontreiniging en verslaving aan alcohol, nicotine, verdovende middelen, gokken et cetera, in toenemende mate voor een noodzaak tot waakzaamheid over de volksgezondheid bij de overheid.

Conclusie

In deze bijdrage pleit ik ervoor om de gezondheidszorg niet meer te beschouwen als een kostenpost die beheerst moet worden, maar als een economische sector die kan bijdragen aan de welvaart van de burgers. Het Nederlandse gezondheidssysteem verandert dan in een gezondheidsmarkt, die consumenten een optimale keuzevrijheid biedt en individuele verantwoordelijkheid als uitgangspunt heeft. Om zo'n gezondheidsmarkt efficiënt te laten functioneren en het rechtvaardigheidsprincipe niet te negeren, moet de overheid er wel voor

zorgdragen dat aan bovengenoemde vier voorwaarden wordt voldaan. De overheid erkent zo de verwevenheid tussen de individuele en collectieve aspecten van gezondheidszorg. Alleen wanneer in de praktijk dreigt dat het algemeen belang wordt geschaad of niet wordt bevorderd, is corrigerend en stimulerend overheidsoptreden noodzakelijk.

Een dergelijke marktconforme organisatie resulteert in een toename van de uitgaven aan gezondheidszorg. Deze uitgaven zullen grotendeels door de gebruikers zelf worden gedragen. Zullen de consumenten van gezondheidszorg deze lasten ook willen dragen? Nederlanders hechten steeds meer belang aan een goede gezondheid en hebben daar veel voor over. Op een gezondheidsmarkt krijgen zij meer van de door hen zo gewaardeerde geneeskundige verzorging. Daarom zullen zij, mijns inziens, die gevolgen uiteindelijk accepteren. Een voorwaarde voor acceptatie is dat consumenten het idee hebben dat gezondheidszorg op een efficiënte wijze wordt verleend. Het is daarom een belangrijke taak voor de overheid om, naast het voldoen aan de reeds genoemde randvoorwaarden, ook maatregelen te treffen ter vergroting van de doelmatigheid.

De bovenbeschreven herregulering van de geneeskundige sector kan bijdragen aan de welvaart van zowel particulieren als ondernemingen. Het wekt daarom verwondering dat nationale overheden volharden in hun pogingen de uitgaven aan gezondheidszorg te beperken tegen de zin van hun burgers. De tijd lijkt gekomen dat de Nederlandse consument van gezondheidszorg zijn bestedingen aan gezondheidszorg zelf bepaalt en in meerdere mate dan thans het geval is, ook zelf betaalt.

Tijn Kool

De auteur is arts-econoom en was ten tijde van het schrijven van dit artikel verbonden aan de Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie van de Vrije Universiteit, vakgroep Bedrijfskunde, sectie Bedrijfsethiek. Momenteel is hij werkzaam bij het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Met dank aan L. Koopmans, J. Luyendijk en E. Kimman voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.