

# Goedkoper gezond?

Onze gezondheid is ons veel waard. Jaarlijks wordt in ons land ongeveer f. 35 mrd. aan gezondheidszorg uitgegeven, wat overeenkomt met 10% van het netto nationale inkomen. Gezien de redelijk goede gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, zoals de *Nota 2000* 1) die schetst, is dat geld goed besteed. Internationale vergelijking leert dat men een vergelijkbaar resultaat elders nauwelijks goedkoper bereikt 2). Bovendien is dank zij de combinatie van volumebeperkende maatregelen, loonmatiging en herstel van de economische groei het aandeel van de ziektekosten in het nationale inkomen sinds 1984 enigszins gedaald. Toch blijven de kosten van de gezondheidszorg en de mogelijkheden die (verder) te verlagen onderwerp van studie en debat.

De belangstelling voor kostenbeheersing in de medische sfeer is voor een belangrijk deel te verklaren uit bezorgdheid omtrent de ontwikkeling van de collectieve lasten. 70% van de ziektekosten wordt betaald uit premies op het loon, terwijl uit de algemene middelen nog eens 5% wordt gedekt. Bezuinigingen in de gezondheidszorg kunnen dus vooral via lagere premies bijdragen aan doelen als verkleining van het financieringstekort, verkorting van het bruto-nettotraject en/of verlaging van de loonkosten.

Voor een ander deel komt de belangstelling voort uit bezorgdheid omtrent de doelmatigheid van de gezondheidszorg en de geringe mogelijkheden tot kostenbeheersing binnen de huidige opzet van de medische sector. De volumegroei in de sector heeft jarenlang fors boven de economische groei gelegen en zette ook door toen in het begin van de jaren tachtig die groei tot beneden het nulpunt daalde. Ook de prijsstijging van de medische zorg is lange tijd groter geweest dan die van het nationale inkomen. Per patiënt is steeds meer en steeds hoger opgeleid personeel ingezet. De ziekenhuisbesturen laten evenwel geen kans onbenut om er op te wijzen dat zij al tot het uiterste hebben bespaard. Zij zien zich wegens geldgebrek gedwongen noodzakelijke operaties niet meer te verrichten en essentiële investeringen achterwege te laten. Valt er nog verder te bezuinigen op de gezondheidszorg?

Bij het zoeken naar (verdere) bezuinigingen in de gezondheidszorg dient men rekening te houden met het bijzondere karakter van deze bedrijfstak. Vier punten vragen in het bijzonder de aandacht: de hoge prijselasticiteit van de vraag; het fundamentele informatietekort aan de vraagkant; de noodzaak van risicoverevening; en de kartelvorming aan de aanbodbkant.

De prijselasticiteit van de vraag naar veel vormen van medische hulp nadert tot oneindig. De geringe prijsgevoeligheid van de vraag is niet een gevolg van de financieringsstructuur, maar van de waarde die men hecht aan gezondheid. De vele clichés die over gezondheid worden gedebiteerd bevatten een kern van waarheid. Een goede gezondheid gaat voor velen boven alles, zeker boven welstand. Eenmaal met ernstige ziekte geconfronteerd is men bereid bijna iedere prijs te betalen voor een kans op genezing of verbetering. De sterke preferentie voor gezondheid maakt de vrager een zwakke marktpartij.

De consument van medische dienstverlening heeft te maken met een fundamenteel informatietekort 3). De medische wetenschap onderscheidt talloze ziekten, beschikt over een groot arsenaal onderzoekstechnieken en biedt een ruime keuze aan behandelingswijzen. Aan producentenzijde heeft de omvang van de medische kennis een proces van arbeidsdeling doen ontstaan waardoor het medische werk in tientallen specialismen is opgesplitst. Ondanks al die kennis zijn de grenzen tussen ziek en niet ziek, geneeslijk en ongeneeslijk, tussen afwijkend en normaal, behandelbaar en niet behandelbaar niet scherp te trekken en bovendien veranderlijk door de medisch-technische ontwikkeling en de maatschappelijke opvattingen. De vragende partij kan in veel gevallen slecht beoordelen of de aanbieder de optimale behandeling kiest. De consument bevindt zich daardoor in een afhankelijke positie. De concrete vraag naar medische zorg wordt dientengevolge grotendeels bepaald door de aanbieders. Naast de hoge prijselasticiteit is de ondeskundigheid van de consument een

tweede factor die de vraagkant van de gezondheidsmarkt inherent zwak maakt.

Een derde fundamenteel kenmerk van de markt voor gezondheidszorg is de noodzaak tot risicoverevening. Iedereen is wel eens ziek. Meestal gaat het om ziekten met lichte ongemakken, zoals griep en verkoudheid. Dat men dergelijke aandoeningen regelmatig krijgt is vrij zeker. Dat men er weer vanaf komt ook. Daarnaast loopt men een veel kleinere kans op ziekte of letsel van veel ernstiger aard, waarvan de behandeling en verpleging soms tot zeer hoge kosten leidt. Dit financiële risico is niet individueel te dragen en in veel gevallen niet particulier te verzekeren. Bekostiging van de gezondheidszorg door middel van collectieve verzekering is bijgevolg onvermijdelijk. Dit laat de bestuursvorm niet ongewoond. Zo vindt, gemeten aan de kosten, ten minste 20% van de gezondheidszorg in semi-overheidsorganisaties plaats.

Ten slotte krijgt men altijd te maken met kartelvorming aan de aanbodbkant. De feitelijke aanbiddersfunctie in de gezondheidszorg wordt vervuld door artsen. Het artsenberoep vergt jarenlange scholing en intensieve training, vooral bij specialisten. De toegangsdrempel tot de sleutelposities op de medische markt is daardoor hoog. De sociale banden tussen artsen zijn sterk door het nauwe persoonlijke contact gedurende de opleiding en de uitoefening van het beroep. De artsen hebben daardoor een sterke beroepsidentiteit, een eigen beroepscode en zelfs een eigen rechtspraak. Onder die omstandigheden spreekt het bijna vanzelf dat artsen sterke beroepsorganisaties hebben en dat de artsen binnen de organisatorische structuur van de medische sector een dominante positie innemen.

Gegeven deze fundamentele kenmerken van de markt voor gezondheidszorg is het geen wonder dat in onderzoek de ontwikkelingen in de sector 'aanbodbepaald' worden genoemd. De aanbidders bepalen via hun overwicht op de vragers niet alleen in hoge mate de omvang van de vraag, zij hebben ook een belangrijke stem in de besluitvorming over de productiecapaciteit en de prijsstelling. Zij zijn op alle niveaus vertegenwoordigd in de bestuursorganen van de bedrijfstak en in de beleidsadviserende instanties. De afbakening van welke ziektebeelden voor behandeling in aanmerking komen en welke behandelingsmethoden gebruikt dienen te worden speelt zich in sterke mate binnen de beroepsgroep af. Gezien de preferenties van de consument en diens fundamentele kennisetekort schept nieuw aanbod in de gezondheidszorg altijd nieuwe vraag. Zolang de economische groei positief is en de medische kennis en kunde nog toenemen, kan de gezondheidszorg enkel groeien.

Het effect van pogingen tot kostenbeheersing, hetzij door meer regulering, hetzij door het introduceren van financiële prikkels tot zuinigheid voor consumenten en producenten 4), wordt daardoor sterk beperkt. Een effectieve beheersing van de kosten van de gezondheidszorg komt pas tot stand wanneer sprake is van gelijkwaardige krachtsverhoudingen tussen vragers en aanbidders. Bundeling van belangen aan de kant van de consumenten en meer concurrentie aan de kant van de producenten bieden daartoe zeker mogelijkheden. Maar zuiver op economische gronden kan veilig worden aangenomen dat op lange termijn een goedkopere gezondheidszorg een illusie is.

W. Sietsma

1) Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nota 2000*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985 - 1986, 19 500, nrs. 1-2.

2) J.H. Vandermeulen, A.R.M. Wenekers en J.M.G. Frijns, *De gezondheidszorg in een macro-economisch perspectief* (II). De ontwikkeling op lange termijn, *ESB*, 10 september 1986, blz. 878.

3) J. Hofland en P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*. Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, Den Haag, 1984, blz. 18.

4) Zie b.v. B.M.S. van Praag e.a., *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*, Prof. B.M. Teldersstichting, Geschrift nr. 61, Den Haag, 1986.