

Moreel risico en solidariteit in de zorg

Solidariteit is een basisprincipe in de westerse gezondheidszorg. Moreel risico is een prijs van het organiseren van solidariteit via sociale verzekering. De resultaten van een gedachte-experiment duiden erop dat er een aanzienlijk risico is dat bestaande solidariteit in Nederlandse gezondheidszorg uitgehold wordt door moreel risico.

Moreel risico is cruciaal in beleidsdiscussies over de vormgeving van de gezondheidszorg. In de gezondheidszorg kan men onderscheid maken tussen ex ante en ex post moreel risico. Ex ante moreel risico duidt op een gedragsverandering van mensen als gevolg van zorgverzekering. Mensen nemen bijvoorbeeld extra gezondheidsrisico's, zoals roken of ongezond eten, omdat zorg toch wel vergoed gaat worden door de verzekeraar op het moment dat ze zorg nodig hebben als gevolg van deze genomen gezondheidsrisico's. Ex post moreel risico duidt op het consumeren van meer of duurdere zorg op het moment dat gezondheidsklachten ontstaan. Omdat de zorg gratis is als gevolg van verzekering zullen mensen, als ze gezondheidsklachten hebben, geneigd zijn om bijvoorbeeld de duurste zorg te consumeren (Zweifel en Manning, 2000).

Nederlanders zouden zich veel gezonder moeten gaan gedragen om te voorkomen dat zorgkosten verder stijgen, en bijvoorbeeld meer moeten bewegen of het eetpatroon veranderen, aldus twee recent verschenen rapporten (Inspectie der Rijksfinanciën, 2010; RVZ, 2010). De Inspectie en RVZ bepleiten dat er stimuli geïntroduceerd kunnen worden om ex ante moreel risico te voorkomen. Onderbelicht in de beleidsdiscussie over het introduceren van stimuli om moreel risico te voorkomen, is de relatie tussen ex ante moreel risico en solidariteit. Hoe solidariteit in de zorg georganiseerd kan worden, was en is een van de centrale vragen in het gezondheidszorgbeleid van vrijwel alle westerse landen (Cutler, 2002), inclusief Nederland (Schut, 2003). Voorbeelden van solidariteit in de zorg zijn inkomenssolidariteit omdat hogere inkomens meebetalen aan zorgconsumptie van mensen met lagere inkomens en risicosolidariteit omdat mensen zonder chronische aandoening meebetalen aan zorggebruik van mensen met een chronische aandoening.

Een belangrijke prijs van solidariteit is moreel risico. Stimuli in de Nederlandse zorgsector om moreel risico tegen te gaan ontbreken vrijwel volledig, waardoor er een substantieel risico is dat bestaande solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg

uitgehouden wordt door moreel risico. Mensen kunnen bijvoorbeeld minder bereid zijn om voor zorggebruik van anderen te betalen wanneer deze zorgconsumptie voortvloeit uit genomen gezondheidsrisico's. Dat dit een reëel gevaar is, wordt bevestigd door de observatie dat ongezonde leefgewoonten steeds belangrijkere verklaringen lijken te zijn voor de ziektelast in westerse landen (WHO, 2002). Het is dan ook van belang empirisch inzicht te krijgen in de maatschappelijke preferenties van Nederlanders ten aanzien van solidariteit in relatie tot ex ante moreel risico.

Het gedachte-experiment

Metten van maatschappelijke voorkeuren is controversieel. Binnen de gezondheidseconomie maakt men onderscheid tussen het individuele en het maatschappelijke perspectief (Dolan *et al.*, 2003). Vanuit individueel perspectief wordt gevraagd naar bijvoorbeeld de maximale betalingsbereidheid voor de eigen zorgverzekering, terwijl vanuit het maatschappelijk perspectief wordt gevraagd naar de maximale betalingsbereidheid voor zorggebruik van anderen. Het maatschappelijk inclusief individueel perspectief combineert beide perspectieven.

Om de maatschappelijke preferenties van Nederlanders ten aanzien van ex ante moreel risico en solidariteit te meten, is respondenten gevraagd zich in te leven in een tweetal hypothetische situaties (kader 1).

Een aangeboren aandoening staat voor betalingsbereidheid voor anderen in geval van afwezigheid van ex ante moreel risico, terwijl roken in dit geval aanwezigheid van ex ante moreel risico veronderstelt omdat mensen door te roken gezondheidsrisico's nemen. Uiteraard verhoogt ongezond gedrag in de praktijk de kans op chronische aandoeningen, leidt roken niet met honderd procent zekerheid tot aandoeningen en zijn aandoeningen niet altijd een-op-een te herleiden tot gedragsveranderingen. Maar door de eenvoudige opzet van het gedachte-experiment kunnen preferenties zuiver worden gemeten. Door de hypothetische situaties vervolgens te contrasteren aan de hand van de contingentewaarderingsmethode, worden de maatschappelijke preferenties ten aanzien van ex ante moreel risico en solidariteit in kaart gebracht. Merk op dat het aantal levensjaren in beide situaties identiek is gehouden. Uiteraard is er op dit vlak in werkelijkheid vaak veel variatie. Het belangrijke voordeel is echter dat preferenties zo scherp kunnen worden gemeten. Bovendien richt het experiment zich op ex ante

BERNARD VAN DEN BERG

Reader bij het Centre for Health Economics aan de University of York

SANNE M. VAN DER STAR

Gastonderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam

moreel risico terwijl het abstraheert van ex post moreel risico. Het gaat om betalingsbereidheid voor de vergoeding van zorg van anderen via de basisverzekering waarbij onderscheid gemaakt is tussen een groep mensen die zorg nodig hebben als gevolg van genomen gezondheidsrisico's en een groep die geen risico's hebben genomen. Een voorbeeld van ex post moreel risico in deze context is dat mensen die hebben gerookt, op het moment dat ze gezondheidsklachten krijgen duurdere zorg consumeren, omdat deze zorg gratis is in vergelijking met wanneer ze deze zorg zelf zouden moeten betalen. In termen van het gedachte-experiment zouden de 120.000 mensen met gezondheidsproblemen zonder verzekering zorg consumeren ter waarde van duizend euro per persoon en met verzekering twaalfhonderd euro per persoon.

Kader 1

Hypothetische situaties

Stelt u zich voor: er zijn 120.000 mensen in Nederland die door een aangeboren aandoening een matige gezondheid ervaren. Deze aandoening had bij deze mensen nooit voorkomen kunnen worden. Uzelf heeft deze aangeboren aandoening niet. Er is in Nederland een behandeling waardoor de gezondheid van deze 120.000 mensen verandert van een matige in een uitstekende gezondheid. Door deze behandeling zullen deze mensen gemiddeld nog twintig jaar leven in uitstekende gezondheid. Zonder behandeling zullen ze nog gemiddeld vijftien jaar leven in matige gezondheid.

De behandeling is niet opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Hoeveel zou u maximaal extra willen betalen, bovenop de jaarlijkse basispremie van 1090 euro, zodat deze behandeling opgenomen kan worden in het basispakket?

Ten slotte werd aangegeven dat zonder extra betaling de behandeling niet in het basispakket opgenomen zou worden. De 120.000 mensen met gezondheidsproblemen zouden er in dat geval wel voor kunnen kiezen de behandeling zelf te betalen. Dit zou per persoon duizend euro kosten.

Als contrast werd exact dezelfde vraag gesteld waarbij aangeboren vervangen werd door ongezond gedrag in de vorm van roken. De vraag was nu: stelt u zich voor: in Nederland zijn 120.000 mensen die als gevolg van een aandoening, opgelopen enkel en alleen door roken, zich matig gezond voelen. Deze aandoening hadden deze mensen nooit gekregen als zij niet gerookt hadden. De rest van de vraag was identiek aan de vorige.

Mensen die roken lijken erg solidair met rokers, maar mensen die niet roken lijken niet solidair met rokers

Preferenties voor moreel risico en solidariteit

In 2008 hebben 513 Nederlanders de vragenlijst ingevuld. De steekproef is representatief voor de Nederlandse bevolking in termen van leeftijd, geslacht en opleiding. Omdat een deel van de vragenlijsten random verspreid is in tien steden en dorpen en een ander deel via internet, is non-response-analyse niet mogelijk. Daarom gaat het te ver om algemene uitspraken te doen over het gevolg van moreel risico voor solidariteit in de Nederlandse samenleving.

Tabel 1 presenteert de gemiddelde betalingsbereidheid van deze Nederlanders voor anderen ingeval er geen sprake is van moreel risico. De betalingsbereidheid is 42 euro extra zorgpremie.

Als contrast staat in tabel 2 de betalingsbereidheid ingeval er wel sprake is van moreel risico. Deze betalingsbereidheid is met elf euro veel lager dan de betalingsbereidheid van 42 euro in tabel 1. Dit verschil is statistisch significant zoals is op te maken uit het feit dat de betrouwbaarheidsintervallen van tabel 1 en 2 niet overlappen. Opvallend in tabel 2 is het aanzienlijke en statisch significante verschil in betalingsbereidheid tussen niet-rokers en rokers van veertien euro. Rokers willen veel meer betalen voor andere rokers. Dit terwijl er in tabel 1 geen verschil was in betalingsbereidheid tussen mensen met en zonder chronische aandoening noch tussen niet-rokers en rokers: iedereen was bereid evenveel te betalen.

Uit de vergelijking van tabel 1 en 2 is duidelijk op te maken dat deelnemers aan het experiment veel meer willen betalen voor anderen die zorg nodig hebben zonder dat er sprake is van moreel risico in vergelijking met de situatie waarbij zorg nodig is als gevolg van moreel risico. Daarbij lijken mensen zonder chronische aandoening erg solidair met mensen met een chronische aandoening. Mensen die roken lijken erg solidair met rokers, maar mensen die niet roken lijken niet solidair met rokers. De resultaten lijken te duiden op substantiële betalingsbereidheid voor anderen binnen de gezondheidszorg, dus voor een sterke preferentie voor solidariteit, zolang er geen sprake is van ex ante moreel risico.

Ethische en praktische bezwaren

Als de resultaten een weerspiegeling blijken van maatschappelijke voorkeuren in Nederland, dan lijkt het verstandig om stimuli te introduceren die ex-ante moreel risico verminderen in een poging om uitholling van de solidariteit in de zorg te voorkomen. Hiertegen kunnen ethische en praktische bezwaren worden ingebracht (Cappelen en Norheim, 2005).

Een ethisch bewaar is dat gevolgen van individuele keuzen ten aanzien van het nemen van gezondheidsrisico's buiten de invloedssfeer van het individu liggen. Zo hebben sommige mensen genetisch meer aanleg om verslaafd te raken. Als zij opgroeien in een sociaal-economisch klimaat waarin roken normaal is dan is het de vraag of het ethisch is hen hiervoor te straffen via het invoeren van stimuli. Beleid zou er juist op gericht moeten zijn om hun extra zorg aan te bieden zodat ze hun leefstijl veranderen, zou men kunnen stellen.

Tabel 1

Betalingsbereidheid zorggebruik anderen in geval van geen moreel risico (in euro's).

	N	Gemiddelde	95%-betrouwbaarheidsinterval
Betalingsbereidheid	513	42,39	37,24 – 47,55
Mensen zonder chronische aandoening	448	42,29	36,79 – 47,79
Mensen met chronische aandoening	65	43,08	27,98 – 58,17
Verschied in betalingsbereidheid tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening		0,79	
Niet-rokers	449	42,65	37,05 – 48,25
Rokers	64	40,59	27,48 – 53,69
Verschied in betalingsbereidheid tussen niet-rokers en rokers		2,06	

SINDS 1916

Tabel 2

Betalingsbereidheid zorggebruik anderen in geval van moreel risico (in euro's).

	N	Gemiddelde	95%-betrouwbaarheidsinterval
Betalingsbereidheid	513	11,69	8,83 – 14,55
Mensen zonder chronische aandoening	448	11,81	8,75 – 14,86
Mensen met chronische aandoening	65	10,85	2,54 – 19,15
Verskil in betalingsbereidheid tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening		0,96	
Niet-rokers	449	9,91	6,98 – 12,83
Rokers	64	24,18	14,28 – 34,08
Verskil in betalingsbereidheid tussen niet-rokers en rokers		14,27	

Ondanks mogelijke ethische bezwaren kent een land als Duitsland stimuli die ex-ante moreel risico verminderen. Wellicht hangt dit samen met de Duitse wetgeving. Ten aanzien van het nemen van gezondheidsrisico's kent Nederland in tegenstelling tot bijvoorbeeld Duitsland geen wetgeving. De Duitse wet stelt expliciet dat verzekerden mede-verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid door middel van een gezondheidsbewuste manier van leven en het nemen van preventieve maatregelen. Dit lijkt te verklaren dat men in Duitsland probeert om mensen te stimuleren gezond te leven. Als zij bepaalde bmi- of bloeddruk-targets halen, krijgen zij bijvoorbeeld een cadeau of een korting op hun zorgverzekeringspremie (Schmidt, 2008).

In de beleidsdiscussie over het introduceren van stimuli worden de concepten ex ante en ex post moreel risico eenvoudig door elkaar gehaald. Het gaat hierbij om het vinden van beleidsinstrumenten om gedragsverandering te stimuleren, en niet om het onthouden van zorg op het moment dat de gezondheidsproblemen als gevolg van ongezond gedrag optreden. Discussie over hoe mensen te stimuleren gezond te leven is principieel anders dan de vraag of mensen die ongezond geleefd hebben geen of minder gebruik mogen maken van hun recht op verzekerde zorg, bijvoorbeeld in de vorm van hogere eigen bijdragen. Praktische bewaren ten aanzien van de vormgeving van gezondheidszorgbeleid zijn gelegen in asymmetrische informatie en de begrenzing van al dan niet voor de verzekering geoorloofd gedrag. Mensen die gezondheidsrisico's nemen, hebben een voordeel in informatie over de genomen risico's ten opzichte van zorgverzekeraars. Exact meten en evalueren van risico's die verzekerden nemen, kan voor verzekeraars problematisch zijn. Roken is beter te meten dan drinken. Daarom kan het arbitrair lijken om roken wel te bestraffen en drinken niet, waarmee solidariteit juist verder uitgehold wordt in plaats van te voorkomen dat deze uitgehold wordt.

Discussie en conclusie

In de hypothetische situatie dat slechts tien euro premieverhoging per premiebetaler nodig is voor extra zorg, namelijk 120.000 mensen met gezondheidsprobleem maal duizend euro per behandeling gedeeld door twaalf miljoen zorgverzekeringpremiebetalers, zijn mensen voldoende bereid te betalen voor anderen in geval van moreel risico. Belangrijk punt van kritiek op de in het gedachte-experiment gehanteerde contingente-waarderingsmethode is echter dat de werkelijke betalingsbereidheid van mensen vaak overschat wordt. Het kost immers geen geld om in een vragenlijst of interview aan te geven bereid te zijn iets te betalen zonder dat dit werkelijke consequenties heeft. Het is daarom verstandig om de onderzoeksresultaten vooral relatief te interpreteren en niet absoluut: een betalingsbereidheid voor anderen van 42 euro in geval van geen moreel risico ten opzichte van een betalingsbereidheid voor anderen van twaalf euro in geval van moreel risico. Maatschappelijke preferenties zoals gemeten in het gedachte-experiment onder Nederlandse zorgverzekerden lijken te duiden op afkalving van solidariteit in geval van ex ante moreel risico. Welke stimuli tot vermindering van ex ante moreel risico te introduceren, is een belangrijke uitdaging, zeker tegen de

achtergrond van ethische en praktische bezwaren. Het stimuli-loze alternatief zal echter waarschijnlijk leiden tot uitholling van solidariteit als kernwaarde in de gezondheidszorg.

LITERATUUR

- Cappelen, A.W. en O.F. Norheim (2005) Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 476–480.
- Cutler, D.M. (2002) Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3), 881–906.
- Dolan, P., J. Olsen, P. Menzel en J. Richardson (2003) An inquiry into different perspectives that can be used when eliciting preferences in health. *Health Economics*, 12(7), 545–551.
- Inspectie der Rijksfinanciën (2010) *Rapport brede heroverwegingen: Curatieve zorg 2.0*. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- RVZ (2010) *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: RVZ.
- Schmidt, H. (2008) Bonuses as incentives and rewards for health responsibility: a good thing? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(3), 198–220.
- Schut, F.T. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Oratie, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- WHO (2002) *The world health report: reducing risks, promoting healthy life*. Genève: World Health Organization.
- Zweifel, P. en W.G. Manning (2000) Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier.