



Nieuw zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit

Auteur(s):

F. van der Ploeg

De auteur is hoogleraar economie aan het Europees Universitair Instituut te Florence en de Universiteit van Amsterdam, programmadirecteur openbare financiën van CESifo te München en research fellow van cepr te Londen. Met dank aan Marcel Canoy, Bas Jacobs en Hugo Keuzenkamp voor energieke discussies over de beoogde hervorming van de zorg. Rick.vanderploeg@iue.it

Verschenen in:

ESB, 89e jaargang, nr. 4447, pagina 558, 26 november 2004

Rubriek:

zorg

Trefwoord(en):

Marktwerking in de zorg vergt stringente voorwaarden en komt moeilijk tot stand. Maatstafconcurrentie en herinvoering van budgettaire plafonds en prijsregulering bieden meer soelaas voor kostenbeheersing. Om de stijging van het zorgaandeel in het nationaal inkomen te beteugelen, moet worden gekeken naar de behandeling in de terminale fase van het leven en naar de vraag welke nieuwe technieken en medicijnen thuishoren in een basispakket.

Volgens het kabinet is het stijgende aandeel van de gezondheidszorg in het nationaal inkomen een molensteen om de nek van de economie. Daarom gaat per 1 januari 2006 het hele stelsel van zorg op de schop. Dit wordt een fiasco. De premies zullen stijgen en de solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen zal worden ondermijnd. Het kabinet stelt een foute diagnose, maakt een verkeerde prognose en het recept is rampzalig.

Het kabinet wijt kostenstijgingen aan gebrek aan concurrentie tussen verzekeraars en het ontbreken van voldoende tegenkracht voor de zorgleveranciers. In ziekenhuizen profiteren specialisten immers nog steeds van informatiemonopolies en vertonen tarieven nauwelijks een relatie met gemaakte kosten. Ziekenhuizen, verpleeghuizen, specialisten, huisartsen en apothekers moeten inderdaad beter samenwerken. Ziekenfondsen die efficiënt werken, moeten worden beloond. En bonussen, kortingen en woekerwinsten van apothekers moeten met harde hand worden aangepakt.

Maar de klachten over verspilling rieken naar populisme. In navolging van Fortuijn wordt geëist dat eerst orde op zaken wordt gesteld, voordat er een cent extra naar de zorg gaat. Het merendeel van de verpleegkundigen, huisartsen en specialisten werkt zicht echter uit de naad. We moeten wel alle inefficiëntie en kartels uitbannen, maar dat verlaagt slechts het niveau van de zorguitgaven, niet het groeitempo daarvan. Dat het zorgaandeel in het nationaal inkomen gestaag stijgt, komt niet doordat verpleegkundigen, specialisten, huisartsen, ziekenhuizen en verpleeghuizen steeds slechter zouden presteren.

Foute diagnose

Het kabinet stelt een foute diagnose. Niet verspilling, maar de gestage groei in nieuwe behandelmethoden en medicijnen is de motor achter het stijgende zorgaandeel in het nationaal inkomen (Newhouse, 2002). De correcte diagnose van de kostenexplosie is de snelle vooruitgang van de medische wetenschap, de schier onverzadigbare vraag van patiënten naar de meest geavanceerde zorg (zie kader) en de vergrijzing. Er zijn steeds meer dure, levensrekkende operaties, met name voor mensen in de terminale fase van hun leven. De volgende alinea vat enkele resultaten samen van een invloedrijke studie over de stijging van het zorgaandeel in het nationale inkomen (Jones, 2002).

De helft à driekwart van de groei in het zorgaandeel is toe te schrijven aan de opkomst van nieuwe behandelmethoden en medicijnen. Kosten van bestaande behandelmethoden daarentegen dalen, na correctie voor betere kwaliteit, elk jaar met twee procent. Zo is de groeivoet van technologische ontwikkeling in de zorg circa een vol procent hoger dan elders in de economie. Een derde van de zorguitgaven komt voor rekening van mensen in hun laatste levensjaar. Of de zorguitgaven wel of niet sneller groeien dan het nationale inkomen, wordt dus vooral bepaald door de maatschappelijke bereidheid fatsoenlijke zorg - al dan niet met de laatste technieken - aan mensen in hun laatste levensjaar te bieden. Die bereidheid wordt door de vergrijzing in toenemende mate op de proef gesteld.

Budgettaire plafonds op zorguitgaven en de bijbehorende rantsoenering en wachtlijsten zijn een paardenmiddel om de vraag naar de beste medische zorg in toom te houden, maar vermijden de harde keuzes over welke zorg noodzakelijk, doeltreffend en doelmatig is en moet worden verzekerd. Het is hoog tijd dat bezien wordt welke zorguitgaven de zogenaamde 'trechter van Dunning' passeren en welke niet. Het kabinet moet, zeker in het licht van de vergrijzing, de moed hebben hier een maatschappelijke discussie over te starten.

Verkeerde prognose

Het kabinet maakt ook de verkeerde prognose. Het doel van marktwerking in de zorg is te voorkomen dat stijgende premies op lonen drukken en zo werkgelegenheid en koopkracht schaden. Het kabinet knijpt daarom ook collectieve zorgarrangementen af en wil de efficiëntie van de zorg verbeteren. Stijgende premies schaden de werkgelegenheid echter niet in zoverre ze actuair gerechtvaardigd zijn. Alleen als premies voor werknemers hoger zijn dan hun verwachte kosten van de zorg vanwege inefficiëntie of solidariteitsbijdragen

voor niet-actieven, worden de premies gezien als een last op arbeid en schaden ze de werkgelegenheid. Nordhaus (2002) stelt zelfs dat zorg minstens zo belangrijk is voor welvaart als economische ontwikkeling (zie kader).

Er wordt een klassieke fout gemaakt: privatiseren zonder dat sprake is van échte concurrentie. Het huidige stelsel wordt gekenmerkt door wachtlijsten, geringe patiëntgerichtheid, weinig afstemming tussen onderdelen, en beperkte benutting van capaciteit. Ook is het de vraag of de juiste middelen op de beste plaats worden ingezet. Alleen onder stringente voorwaarden zal marktwerking de efficiëntie kunnen verbeteren en de zorguitgaven beteugelen (cpb, 2003). Privatisering van de zorg zal, net zoals in de vs, leiden tot verdere juridisering. Onder het nieuwe zorgstelsel stijgen premies sterker en neemt de solidariteit tussen zwakkeren en sterkeren af. Het opheffen van wachtlijsten zal tot nog hogere premies leiden.

Rampzalig recept

Het voorstel van het kabinet is een uitwerking van een compromis van Paars II. De vvd was tevreden met meer marktwerking en de PvdA met een verplicht basispakket van zorg voor iedereen en compensatie voor minder bedeelden via de fiscus. Als voormalig lid van Paars II ben ik niet trots op dit compromis. De voorgestelde stelselherziening zal zowel liberalen als sociaal-democraten teleurstellen. Liberalen zullen de vurig gewenste daling van de premies niet zien en sociaal-democraten zullen met lede ogen moeten toezien hoe mensen die arm en ziek zijn tussen wal en schip vallen.

Vervanging van inkomensafhankelijke premies door inkomensafhankelijke belastingkortingen is lood om oud ijzer. Wat schieten we dan op met de 'zogenaamde' nominale premie? Waarborgen van solidariteit (via de voordeur of de achterdeur) veroorzaakt ten principale distorsies in de arbeidsmarkt, niet in de verzekeringsmarkt.

Schier onverzadigbare vraag naar zorg

Zorguitgaven worden gewaardeerd omdat mensen daardoor langer en gezonder leven. De welvaart van mensen hangt af van hoe lang men leeft en van hoeveel men consumeert tijdens het leven. Het nut van een beetje extra consumptie daalt gestaag. Op een gegeven moment weegt het marginale nut van consumptie niet op tegen het nut van investeren in gezondheid en levensverlenging.

Naarmate het nationaal inkomen stijgt, groeit de consumptie. Tegelijkertijd wordt een groeiend aandeel van het inkomen aan zorg uitgegeven. Hall en Jones (2004) tonen aan dat deze gestage stijging van het zorgaandeel in het nationaal inkomen de welvaart maximeert. Dit is een effect dat ook optreedt als alle inefficiëntie uit de zorgketen is verbannen. Cruciaal voor dit verrassende resultaat is dat de waarde van een jaar levensverlenging sneller stijgt dan het inkomen dat iemand verdient. Langer leven wordt dan met de jaren steeds meer waardevol ten opzichte van consumptieve uitgaven.

Hall en Jones merken twee feiten op. Enerzijds is het aandeel van de zorguitgaven in de vs gestaag gestegen van 5,2 procent in 1950 naar 9,4 procent in 1975 en naar 15,4 procent in 2000. Anderzijds is de levensverwachting gestegen van 68,2 jaar voor een Amerikaan geboren in 1950 naar 72,6 jaar voor een Amerikaan geboren in 1975 en naar 76,9 jaar voor een Amerikaan geboren in 2000.

Berekeningen op basis van uitgaven voor verkeersveiligheid en compensatie voor gevaarlijke beroepen wijzen uit dat de impliciete waarde van het leven 1,6 à 2 keer zo snel stijgt als de groei van het nationaal inkomen per hoofd van de bevolking. De financiële waarde van het leven van een zestigjarige is dubbel zo hoog als dat van een dertiger. De extra kosten van het redden van een extra jaar leven, is slechts zesduizend dollar voor kinderen, circa dertigduizend dollar voor vijftigers en voor de oudsten meer dan honderdduizend dollar. Zorguitgaven zijn dus het effectiefst voor zeer jonge mensen en voor mensen van middelbare leeftijd.

Amerikaanse data suggereren dat de stijging van de zorguitgaven circa tachtig procent van de stijging in de levensverwachting verklaart. Door extra zorguitgaven gaan dus minder mensen dood. De rest moet worden toegeschreven aan een gezondere levensstijl, zoals minder roken. Hall en Jones combineren deze gegevens met actuariële data voor de levensverwachting en zorguitgaven van verschillende leeftijdsgroepen in Amerika. Ze berekenen dat mensen uiteindelijk wel eenderde van hun inkomen aan gezondheidszorg willen uitgeven. Dat is nodig ook, aangezien de wetenschap steeds meer nieuwe behandelmethoden en nieuwe medicijnen ontdekt en mensen de beste zorg opeisen. Dat drijft de kwaliteit en de kosten van de zorg op, ook al dalen de kosten van bestaande behandelingen gestaag.

Maatschappelijk experiment

Het kabinet wil de inkomensafhankelijke premies afschaffen, omdat die geen accuraat signaal geven van werkelijk te verwachten zorgkosten. Een (gedeeltelijk) nominale premie geeft sterkere concurrentieprikkels. Het stelsel van fiscale zorgtoelagen voor zieken en lagere inkomens introduceert solidariteit via de achterdeur, maar is een bureaucratische nachtmerrie. Het wordt een hele toer alle bonnetjes voor zorguitgaven bij te houden. De meest kwetsbare burgers dreigen de dupe te worden van dit maatschappelijke experiment.

Sociale-zorgverzekeraars en particuliere verzekeraars moeten met elkaar concurreren, winst maken en de markt opgaan. Ze moeten iedereen een verplicht basispakket van zorg aanbieden. Niemand mag een polis worden geweigerd, ook oudere of ongezonder mensen niet. Iedereen betaalt dezelfde premie voor het basispakket, ongeacht of hij man of vrouw is, ongezond of gezond is, kinderen heeft, in de kracht van zijn leven verkeert of in de eindfase.

Alleenstaanden die meer dan vier procent en kostwinners die meer dan 6,5 procent van hun inkomen aan zorg uitgeven, krijgen een tegemoetkoming van de Belastingdienst. Zo wordt gepoogd marktwerking te verzoenen met solidariteit. De hoogte van het eigen risico

wordt gemaximeerd op vijfhonderd euro per jaar.

Zorg net zo belangrijk voor welvaart als economie

De positieve welvaartseffecten van de zorg voor de levensverwachting en vitaliteit van mensen moeten meetellen voor de welvaart. Een puur financiële benadering van de zorg negeert het extra levensgeluk van langer en gezonder leven. Cruciaal is hoe de welvaart van een land wordt ingeschat. Wordt welvaart gemeten aan de hand van de consumptieve bestedingen van huishoudens, het nationale inkomen, het financiële vermogen van een land of nog iets anders?

Economen hanteren het begrip 'permanent consumptieniveau' om een goede inschatting te krijgen van de welvaart. Daarbij wordt eerst gekeken naar het vermogen van een land om diensten en goederen te produceren. Dit wordt gemeten door een inschatting te maken van de contante waarde van het huidige en alle toekomstige niveaus van het nationale inkomen. De welvaart geeft dan het consumptieniveau aan dat mensen zich kunnen veroorloven zonder in te teren op vermogen. Toekomstige werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of pensionering uit zich in een lager productief vermogen van het land en dus in lagere welvaart. De vergrijzingsgolf ondermijnt zo de welvaart. Dit concept van de welvaart zegt niets over de verdeling van het nationale inkomen tussen bijvoorbeeld rijke en arme mensen.

Economen als Roefie Hueting en Jan Pen hebben felle kritiek op deze maatstaf voor welvaart: niet alle productie is even gewenst. Soms is productie zeer schadelijk voor het milieu en mag dat niet in dezelfde mate meetellen in de welvaart als schone productie. Hueting heeft zijn leven gewijd aan het ontwikkelen van maatstaven voor groen nationaal product. Ook is het vreemd dat huishoudelijke diensten niet meetellen en dat de welvaart daalt als iemand met zijn huishoudster trouwt.

Het nationale inkomen meet ook niet alle effecten van de zorg op de welvaart. Naarmate de zorg tot een betere gezondheid en grotere vitaliteit van mensen leidt, stijgt de arbeidsproductiviteit, het nationale inkomen en de welvaart. Dit positieve effect is, net zoals het negatieve effect van de stijgende ziektekostenpremies, verwerkt in de conventionele definities van nationaal inkomen en welvaart. Naarmate de zorg tot een betere gezondheid en grotere vitaliteit van mensen leidt, stijgen de arbeidsproductiviteit, het nationale inkomen en de welvaart. Dit positieve effect is, net zoals het negatieve effect van de stijgende ziektekostenpremies, verwerkt in de conventionele definities van nationaal inkomen en welvaart.

Nordhaus (2002) stelt desalniettemin dat het nationale inkomen geen goede maatstaf is voor de welvaart. Mensen leven steeds langer en genieten daarom langer van hun consumptie. Dat moet tot uiting komen in de welvaartsmaatstaf. De vereiste correcties vergen een inschatting van de waarde van het leven. Gemeten aan de hand van verlies aan potentieel arbeidsinkomen, varieert de waarde van het leven van iemand van veertig gemiddeld van circa een half tot veertien miljoen euro. Nordhaus neemt genoeg met een waarde van het leven van drie miljoen euro. Hij berekent aan de hand van actuariële levenstabellen en een discontovoet van drie procent, dat een jaar korter leven 7600 euro minder welvaart oplevert. Niet-economen vinden dit bedrag aan de lage kant, maar moeten zich dan wel afvragen waarom mensen niet meer geld uitgeven aan veiligheidsmaatregelen.

Deze berekeningen geven een ruw inzicht in de optimale omvang van de zorg. Zo mag een operatie of medische behandeling die het leven rekt met vijf jaren, de samenleving 38.000 euro kosten. De minder glamoureuze operaties kosten vaak minder, maar sommige hightech operaties kosten veel meer per gewonnen levensjaar. Veel medici en patiënten verzetten zich tegen zulke calculaties, omdat de waarde van het leven 'oneindig' is. Als dat zo is, zou het zorgbudget dat de samenleving bereid is te betalen ook oneindig moeten zijn. Ook de zorg ontsnapt dan niet aan kosten-batenanalyses.

Nu leven mensen circa acht jaar langer dan veertig jaar geleden. Uit de berekeningen van Nordhaus blijkt dat iemand in 1960 dertig procent meer inkomen moest hebben om net zo gelukkig te zijn als iemand die nu leeft. Dat is de premie die nodig is om te compenseren voor de lagere verwachte levensduur van veertig jaar geleden. Nordhaus laat zo zien dat verbeteringen in de gezondheid en de verwachte levensduur de laatste eeuw tot minstens zulke grote stijgingen van de welvaart hebben geleid als de productiviteitsgroei in de rest van de economie. Punt is dat Nordhaus het extra levensgeluk van een betere zorg en langer leven meetelt voor de welvaart. Hij doet dit door het nationaal inkomen voor langer leven te corrigeren voor een langere levensduur. Dan blijkt dat de maatschappelijke baten van de zorg en langer leven spectaculair zijn.

Slechte service voor slechte risico's

Zorg is echter geen normaal product. Sociale zorgverzekeraars dienen zorg te bieden voor iedereen. Dat verhoudt zich niet altijd met winst maken. Verzekeraars zullen voortaan dure klanten, aan wie weinig wordt verdiend of waar verlies op wordt gemaakt, zoals ouderen, zieken en mensen met kinderen, wegpesten door slechte dienstverlening te bieden. Een klein deel van de verzekerden gebruikt immers vele keren zoveel medische voorzieningen als de rest. Toch eist het kabinet dat verzekeraars iedereen accepteren, terwijl het niet moeilijk is om in te zien dat verzekeraars 'rotte' risico's zullen weren en het mensen met een vlekje knap lastig zullen maken.

Zo zullen verzekeraars proberen mensen met een slechter gezondheidsrisico te weren. Om dit te voorkomen moeten risico's worden verevend, maar dat frustreert de marktwerking en haalt het beoogde nut van de hele stelselherziening onderuit. Natuurlijk kan door te onderhandelen via het vereveningsfonds een kostenvoordeel worden behaald, zodat een slecht risico niet noodzakelijk commercieel slecht is. Bovendien kunnen verzekeraars zich specialiseren in bepaalde ziekten en zo schaalvoordelen behalen. Desalniettemin is de kans groot dat verevening de marktwerking verstoort.

Beperking risicoselectie

Zowel het organiseren van de acceptatieplicht als het breken van het kartel van verzekeraars vereist wet- en regelgeving. De belangen van verzekerden zijn diffuus ten opzichte van de organisatie van verzekeraars. Dus wat voor iedere consument een klein bedrag is op de premie, is voor een verzekeraar opgeteld een grote winst. Zo bezien hebben verzekerden weinig gezamenlijke macht om een kartel van verzekeraars te breken.

Verzekerden moeten kunnen kiezen uit meerdere verzekeraars en verzekeraars moeten zaken kunnen doen met meerdere zorgaanbieders. Dat vergt lage toetredingsdrempels voor verzekeraars, zodat bestaande verzekeraars altijd de druk van (potentiële) concurrentie voelen. Vanwege de regionale kartels van verzekeraars en de fusiegolf onder ziekenhuizen is hier geen sprake van. Dit probleem wordt niet ondervangen door voortaan winstgerichte zorgaanbieders toe te laten. Hierdoor worden bestaande ziekenhuizen weliswaar geprikkeld efficiënter te werken, zeker als de financiering voortaan ook de kapitaallasten dekt. Het nadeel hiervan is echter dat op kwaliteit dreigt te worden bekibbeld om de kosten laag te houden. Bovendien is er een risico van overcapaciteit met bijbehorende stijging van kosten. Als dit resulteert in een faillissement van een zorginstelling, is een regio verstoken van zorg.

De herziening betreft terecht niet de verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Zorg voor chronisch zieken leent zich niet voor concurrentie en is beter in handen van sociale uitvoeringsorganen die geen risico dragen. Dit maakt echter wel dat ziekenhuizen er belang bij hebben moeilijke gevallen daar naar toe te verwijzen.

Geïnformeerde patiënten

Ten tweede moeten verzekerden voldoende informatie over prijs en kwaliteit van de zorg hebben om te shoppen tussen de verzekeraars. Dat vraagt heel veel van verzekerden, zeker als ze oud of ziek zijn. Ik betwijfel of verbetering van de transparantie van de markt voor zorgverzekeringen door invoering van een gestandaardiseerd basispakket en publicatie van prestatie-indicatoren zoden aan de dijk zet.

De stijging van de kosten is vooral groot, omdat patiënten nu eenmaal minder weten over hun aandoening dan de medische staf en hun daardoor makkelijker duurdere zorg kan worden aangepreut. Daarom zal het nieuwe stelsel van concurrentie in de zorg gepaard moeten gaan met een behoorlijk hoog eigen risico, een verbod op mogelijke herverzekering van eigen risico, en verkleining van het basispakket. Door de monopolie-macht van verzekeraars zijn premies hoger en zullen goede risico's zich nog sneller onderverzekeren. Ze moeten namelijk niet alleen de slechte risico's financieren, maar ook de monopoliewinst van de verzekeraar.

Verzekeraars mogen in het nieuwe stelsel geen medische informatie inwinnen over nieuwe klanten om ze op grond daarvan te weigeren. Bepijking van informatie voor verzekeraars betekent echter dat zij geen instrument hebben om de vraag naar zorg in toom te houden. Immers, niet alleen informatie van verborgen karakteristieken komt niet meer boven water, maar ook de informatie over nalatig gedrag komt niet meer boven water. Verzekerden kunnen zo altijd de beste en duurste zorg opeisen en zullen weinig doen aan preventie. Er zit immers geen afdoende check op de diagnoses van medici. Bepijking van risicoselectie zal dus leiden tot excessief gebruik van zorgvoorzieningen door verzekerden.

Conclusie

De explosie van zorguitgaven heeft weinig te maken met slecht presterende ziekenhuizen, verpleeghuizen, apothekers, specialisten en huisartsen. Natuurlijk moet er veel gebeuren om te garanderen dat goede zorg voor de laagste prijs wordt geleverd. Maar zelfs als dat lukt, wil de bevolking steeds meer aan zorg uitgeven om te profiteren van de nieuwste en beste behandelmethoden. Het nieuwe stelsel zet dan ook geen rem op de gestage stijging van zorguitgaven.

Het kabinet doet er goed aan zijn plannen voor de zorg te dumpen. Het volk klaagt niet over de zorg. Het stijgende zorgaandeel in het nationaal inkomen wordt niet veroorzaakt door een gebrek aan concurrentie en het stijgende zorgaandeel verklaart niet de stijgende werkloosheid. De fout van Paars II de rem van de uitgaven af te halen, moet worden hersteld. Dit betekent herinvoering van het paardenmiddel van budgettaire plafonds en prijsregulering, want voorlopig is dit de enige manier om kosten te beteugelen.

Als het kabinet het groeiende zorgaandeel wil afremmen, moet het harde keuzes maken over hoeveel levensrekkende operaties en medicijnen we willen bieden, vooral in de terminale fase van het leven, en welke nieuwe technieken en medicijnen we willen opnemen in het komende basispakket. De toenemende vergrijzing maakt deze keuzes des te noodzakelijker. Maakt het kabinet deze keuzes niet, dan moet het niet zeuren over een stijgend kostenaandeel.

Rick van der Ploeg

Literatuur

cpb (2003) *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. cpb Document 28, Den Haag januari.

Hall, R. E. & C. I. Jones (2004) *The value of life and the rise in health spending*, Working Paper 10737, nber, Cambridge, Mass.

Marmor, T. R. (2004) *On health care policy learning*. E. de Gier, A. de Swaan en M. Ooijens, Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe - The Neighbours' View, 111-134, Het Spinhuis Publishers, Amsterdam.

Newhouse, J.P. (1992) Medical care costs: how much welfare loss, *Journal of Economic Perspectives*, 6 (3), 3-21

Jones, C.I. (2002) *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*, Working Paper 9325, nber. Cambridge, Mass.

Nordhaus, W. (2002) *The health of nations: the contribution of improved health to living standards*, nber Working Paper 8818. Cambridge, Mass.

