

Prikkels in de ziektekostenverzekering

"Een gezond persoon is iemand die niet grondig genoeg is onderzocht", zo luidt een bekende spreuk. In dit artikel wordt dieper ingegaan op twee elementen van een 'gezondheidsmarkt': het systeem van verzekering en financiering, en de wijze waarop de informatie-asymmetrie kan worden opgelost.

De kosten van de gezondheidszorg zijn in de loop der jaren fors gestegen, van ca 3% van het bnp kort na de oorlog tot ca 8,5 % thans. Dit is al jaren reden voor bezorgdheid bij beleidsmakers, vooral omdat een grote fractie met collectieve middelen wordt gefinancierd. Aan maatregelen en voorstellen is er dan ook geen gebrek. Bezien we de recente historie dan is het effect hiervan niet spectaculair: de kostenstijging gaat gewoon door. Deels komt dat doordat aanbod – nieuwe methoden, nieuwe medicijnen – vraag genereert; deels om demografische redenen – vergrijzing en ontgroening. De inkomenselasticiteit van de gezondheidszorg is groter dan één; dus moest de enorme inkomensstijging van de laatste vijftig jaar onvermijdelijk leiden tot absoluut en relatief grotere uitgaven. Voorts werkt de wet van Baumol: de zorg – die grotendeels uit handwerk bestaat – wordt 'per stuk' duurder, terwijl computers en radio's nog steeds goedkoper worden.

Een andere oorzaak is de gebrekkige marktwerking in de gezondheidszorg, zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde. De marktwerking kan aan de aanbodzijde worden verbeterd door maatregelen als doorbreking van kartels en regionale monopolies, het mogelijk maken van parallelle import van geneesmiddelen en dergelijke. Aan de vraagzijde is verbetering mogelijk door bescherming van de zwakste partij, in casu de patiënt, die door gebrek aan kennis de noodzaak van ingrepen en de kwaliteit van de zorg niet adequaat kan beoordelen en dus in feite niet meebeslist.

Zowel bij de vragers als bij de aanbieder is er sprake van 'moral hazard': omdat men niet met de volledi-

ge kosten van de eigen keuze wordt geconfronteerd, worden keuzen gemaakt die maatschappelijk niet optimaal zijn. Zo betaalt het ziekenfonds aan de huisarts een vast bedrag per cliënt per jaar. De arts heeft dus een prikkel om veeleisende patiënten snel door te verwijzen naar een specialist. Deze wordt echter per verrichting gehonoreerd. Een ander voorbeeld is dat ziekenfondsverzekerden 'recht' hebben op bepaalde verstrekkingen, wat ondoelmatig gebruik in de hand werkt. Een huisarts kan gemakshalve twaalf behandelingen van de fysiotherapeut voorschrijven omdat dat het maximum is dat het ziekenfonds vergoedt, terwijl mogelijkerwijs de helft voldoende zou zijn. Het verzekeringsstelsel als zodanig is dus de grote boosdoener. Het bevat de verkeerde 'incentives'. Het welvaartsverlies door de misallocatie van middelen als gevolg daarvan ligt in de orde van vier miljard gulden per jaar, heeft Bakker becijferd in een recent artikel in dit blad¹.

Verzekeren of financieren?

Het de-collectiveren van (een deel van) de zorg is een manier om ervoor te zorgen dat de kostenstijging niet ten laste van de collectieve middelen komt. De absolute kosten kunnen worden beperkt door onnodig lange en dure behandelingen te beperken. Kort gezegd: niet de eerste gang naar de huisarts moet worden afgeremd, maar de overbodige vervolggconsulten en onnodige ligdagen in het ziekenhuis. Meer prikkels voor de cliënt zijn nodig. Hoe kan worden voorkomen dat dit leidt tot onaanvaardbaar hoge risico's, en een slechtere toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen?

Vertrekpunt van de redenering is de consumentensoevereiniteit. Noodzakelijke en nuttige maatregelen zoals bestrijding van kartelvorming en vergroting van de efficiency bij uitvoerende instellingen komen niet als zodanig aan de orde.

Een verzekering is doelmatig waar het een kleine kans op een grote ramp betreft, welke ramp bovendien (grotendeels) onafhankelijk is van handel en wandel van de cliënt. Ziekenfonds en ziektekostenpolis omvatten echter veel meer, zij dekken ook kosten die men kan opvatten als onderhoud of kleine reparaties, zoals een zalve voor een zwerende vinger. Waarom zou men zich hiertegen verzekeren? Een vergelijking met auto's dringt zich op. De autobezitter verzekert zich tegen casco'schade (kleine kans op grote ramp), maar niet tegen onderhoudsbeurten, doorgebrande koplampen of vervanging van een koppeling. Incidenteel kan men echter voor hoge uitgaven komen te staan. Wie kiest voor zekerheid en/of gemak neemt een lease-auto maar betaalt dan uiteindelijk meer, want lease-maatschappijen maken winst.

Zo kunnen ook ziektekosten door een cumulatieve van gebeurtenissen incidenteel hoog oplopen. Bovendien nemen zij, naarmate de slijtage van het lichaam vordert, gemiddeld in de loop der jaren toe. Dat is echter geen argument voor verzekering maar voor een financieringsmethode. Dat leidt tot de volgende verzekeringscombinatie:

- voor personen die geen keus hebben of niet (meer) in staat zijn om te kiezen, zoals kinderen met aangeboren ernstige gebreken en gedementeerde bejaarden, blijft de gemeenschap beslissen over het niveau van verzorging op grond van vigerende ethische normen. De kosten worden omgeslagen via de AWBZ;
- voor de grote, onvoorzienbare risico's is er een calamiteitenverzekering;
- voor de overige hulp is er geen verzekering, maar een financieringsconstructie (hierna te noemen: pseudo-verzekering).

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

Kenmerk van de pseudo-verzekering is dat de individuele cliënt uiteindelijk zijn eigen kosten betaalt, niet meer en niet minder. Is de 'schade' in een jaar minder dan de betaalde premie, dan krijgt de cliënt de helft van dit verschil terug in de vorm van een 'weinig claim-korting'. De andere helft wordt ter dekking van toekomstige grote uitgaven door de verzekeringsmaatschappij in een rentegevende 'reserve eigen risico' gestopt die eigendom blijft van de verzekerde. De financieersconstructie zorgt dus voor een vorm van kapitaaldekking². Zijn in een bepaald jaar premie plus opgebouwde reserve eigen risico niet toereikend, dan moet de cliënt bijbetalen. Eventueel kan de verzekeraar een financiering aanbieden om het tekort in volgende jaren in te lopen. De pseudo-verzekering eindigt op het moment dat verzekerde niet langer voor zich zelf kan zorgen, waarna hij onder het AWBZ-regime valt, of bij overlijden. Alsdan wordt een eventueel positief saldo van de reserve eigen risico aan de cliënt of zijn erfgenamen uitgekeerd. Een tekort moet hij of moeten zijn erfgenamen bijpassen.

Waar men solidariteit wenst is de AWBZ met verplichte inkomensafhankelijke premiebetaling het aangewezen vehikel. Voor grotendeels onvoorzienbare en onbeïnvloedbare rampen is er de calamiteitenverzekering. Hier is het moral hazard-effect gering. Denk aan vergruizen van nierstenen, botbreuk, galblaasoperaties, huidtransplantaties na ernstige verbranding en dergelijke. Er moet wel een prikkel zijn om de ingreep niet onnodig duur te maken. Het bedrag dat de verzekeraar bij een bepaalde gebeurtenis vergoedt zou dan ook kunnen bestaan uit wat de eigenlijke operatie gemiddeld kost, berekend over alle Nederlandse ziekenhuizen, plus de minimaal noodzakelijke ligdagen tegen het gemiddelde dagtarief. Meerkosten van een duurder ziekenhuis alsmede eventuele extra ligdagen voor nakuren in het ziekenhuis in plaats van thuis komen dan ten laste van de pseudo-verzekering.

De pseudo-verzekering heeft voorts betrekking op hetgeen men als onderhoud en kleine reparaties kan beschouwen. Men denke aan brilrecepten, gebitscontroles, het behandelen van infecties zoals zwemmerseczeem, de jaarlijkse griepaanval met de bijbehorende medicijnen alsmede kleine

ingrepen zoals verwijderen van een vetknobbel.

Calamiteitenverzekering en pseudo-verzekering zouden verplicht moeten zijn, want wie rijk is kan arm worden en heeft dan geen reserve eigen risico opgebouwd om hoge uitgaven te bestrijden. Een vermogend iemand die bij volledige keuzevrijheid geen pseudo-verzekering zou afsluiten en die weinig claimt is het geld betaald aan premie niet kwijt; hij spaart alleen gedwongen voor zijn reserve eigen risico. Bij afloop van de pseudo-verzekering wordt een eventueel positief saldo aan hemzelf c.q. zijn nabestaanden uitgekeerd.

Effecten

Waarom nu een financieringssysteem, en geen gewone verzekering? Vele autobezitters nemen het niet zo nauw met hun 10.000-kilometerbeurten en gaan niet voor elk deukje naar de plaatwerkerij. Net als bij auto's is er op het gebied van onderhoud en reparatie van het lichaam – het domein van de pseudo-verzekering – een zekere discretionaire ruimte. De een houdt zich flink, gaat hoestend en proestend naar zijn werk en slikt een paar pillen die hij bij een vorige gelegenheid heeft overgehouden; de ander verlaat de spreekkamer niet zonder een recept. Wie zuinig met de zorg omspringt en geluk heeft, ziet zijn streven zichtbaar beloond via de weinig claim-korting. "De no claim-korting bij autoschades werkt preventiever dan welke overheidssanctie dan ook", aldus Schuyt³. Een pseudo-verzekering voorkomt moral hazard, en is dus voor vormen van zorg waarbij dit effect belangrijk is een goede oplossing.

Vervolgens is de vraag: waarom is een financieringsconstructie beter dan helemaal geen verzekering? De reserve eigen risico biedt de cliënt bescherming tegen de financiële gevolgen van een opeenhoping van gebeurtenissen. De pseudo-verzekering vermindert daarmee het risico voor een patiënt, zonder dat dat leidt tot moral hazard. Uiteraard moet ook voor de pseudo-verzekering een prijs betaald worden; net als lease-maatschappijen zullen pseudo-verzekeraars winst maken. De winst komt voort uit het verschil tussen betaalde rente op de reserves eigen risico en de opbrengst van beleggingen. De pseudo-verzekeraar kan zich ook opwerpen als belan-

genbehartiger van cliënten, bij voorbeeld door ze te attenderen op het gebruik van onnodig dure medicijnen. Daardoor neemt de reserve eigen risico toe (waardoor verzekeraar rentewinst kan maken), en evolueert de concurrentiestrijd tussen verzekeraars van prijsconcurrentie tot informatieconcurrentie.

De pseudo-verzekering maakt een einde aan de solidariteit tussen mensen die meer of minder 'lichaams-onderhoud' nodig hebben. Dat is noodzakelijk en terecht, vanwege het grote moral hazard-effect (het is veel vergezgd om van de consciëntieuze tandenpoetser te verlangen dat hij opdraait voor de tandartskosten van zijn zorgeloze broeder die veel snoept en weinig poetst).

Voor mensen met een laag inkomen zal het moeilijk zijn om de gedwongen besparingen op te brengen, die samengaan met de verplichte pseudo-verzekering. Denkbaar is dat de overheid de premie voor hen subsidieert. Zelfs als de overheid de gehele premie betaalt, is het doelmatig, om de weinig claim-korting aan de cliënt ten goede te laten komen. Deze ziet zijn streven om zuinig met de zorg om te springen aan het eind van het jaar beloond door een douceurtje dat hij kan aanwenden voor dringender behoeften. Hij wordt minder in de verleiding gebracht zorgverleners te verrijken door overbodige of onnodig dure behandelingen te vragen onder het motto 'de verzekering betaalt'. De reserve eigen risico echter dient eigendom te blijven van de subsidiegever, die immers aan het eind van de rit voor eventuele tekorten opdraait.

Kennistekort van de patiënt

Wil een op prikkels gebaseerd stelsel kunnen functioneren – anders gezegd: wil de patiënt kunnen calculeren – dan moet hij voldoende kennis hebben om eventuele alternatieven tegen elkaar te kunnen afwegen. Er zijn twee beslissingsmomenten. Het eerste bij de diagnose, waarbij mogelijke behandelingswijzen (waaronder nietsdoen) en de daarmee geassocieerde

2. Zie ook H.S. van der Knoop, Kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering, *ESB*, 28 juni 1995, blz. 600-603.

3. C.J.M. Schuyt, De paradox van verzorging en verzekering, in: Onverzekerbaarheid? wie neemt het risico, *ESB*, speciale uitgave, februari 1995, pagina 13.

kosten en risico's aan de orde komen. Zijn arts en patiënt het eens over de te volgen behandeling dan volgt een tweede beslissingsmoment: het kiezen tussen alternatieven binnen een bepaalde behandeling. Dit betreft keuzen zoals: merkmedicijn versus loco-preparaat, op de wachtlijst bij een lokaal ziekenhuis of binnen een week geopereerd in een verafgelegen ziekenhuis; verpleging thuis of in een inrichting. Hier is het probleem dat externe informatie die in principe verkrijgbaar is snel en gemakkelijk toegankelijk moet zijn. Anders gezegd: de markt moet doorzichtiger worden gemaakt.

Vertrouwen

Kern van het eerste beslissingsmoment is dat de patiënt er op moet kunnen vertrouwen dat de arts hem alle relevante alternatieven meedeelt, terwijl de arts belang kan hebben bij een bepaalde behandelingswijze. Een analoge situatie doet zich voor bij de periodieke autokeuring. De cliënt kan vertrouwen hebben in het keuringsresultaat omdat de garagist, alhoewel deze een financieel belang heeft bij het uitvoeren van voorgestelde reparaties, steekproefsgewijs wordt gecontroleerd.

Zo zou een tandarts zijn diagnose met behandelingsalternatieven (bij voorbeeld: een kies nu meteen trekken, of eerst plomberen en waarschijnlijk later trekken) in zijn PC moeten invoeren. De patiënt kan met deze informatie zijn eigen afweging maken. Alle diagnoses, behandelingsvoorstellen en facturen worden overgeseind naar een centrale databank die onder beheer staat van een collega van vertrouwenspersonen. Wekelijks wordt een aselechte steekproef getrokken. De betreffende cliënten worden opgeroepen voor een bezoek aan, of worden bezocht door, een controlerend tandarts die een oordeel geeft over diagnose en behandeling. Een rapport van zijn bevindingen gaat naar tandarts en patiënt. De verzekerde cliënt is verplicht zich aan controle te onderwerpen. Het systeem is bedoeld om preventief te werken. Normaliter zal het rapport het karakter hebben van een 'verklaring van geen bezwaar', waarbij de controlerend arts rekening houdt met legitieme verschillen van inzicht en beoordeling. Alleen in extreme gevallen zal de controlerend arts de tandarts adviseren tot herbehandeling over te gaan en/of de

patiënt adviseren een klacht in te dienen. Uiteraard blijft de gebruikelijke klachtenprocedure gehandhaafd.

Dit informatiesysteem is niet alleen bruikbaar voor een 'second opinion', maar ook kunnen patiënt en arts er informatie uit halen die helpt bij het maken van de keuze voor verdere behandeling. Verder is een centrale database die van alle patiënten de volledige gegevens bevat, van diagnose tot genezing, van groot belang voor beleidsmakers, wetenschappers en verzekeraars. Deze kunnen voor zover relevant voor hun onderzoek beschikken over volledige gegevens. Ook het nemen van statistisch verantwoorde steekproeven wordt vergemakkelijkt.

Toegankelijk maken van externe gegevens

Als een arts zijn recepten op de computer maakt, is het slechts één stap verder om zijn PC aan een landelijk databestand te koppelen waarin alle medicijnen met hun samenstelling, prijzen en verpakkingseenheden zijn opgenomen. De arts kan dan via een druk op de knop zien: twaalf pillen van merkfabrikant A kosten f 60, twintig van loco-fabriek B f 80. Als tien pillen waarschijnlijk toereikend zijn, kunnen arts en patiënt dus kiezen voor het merkpreparaat ook al is dit per pil duurder. De arts kan ook zeggen: "U kunt best drie dagen wachten. Bestel dus preparaat C bij postorderbedrijf Z, dan bent u voor de helft van het geld klaar".

Een uitbreiding van dit systeem geeft ook informatie over beschikbaarheid en prijs van apparatuur en ziekenhuisbedden alsmede of, en zo ja wanneer, een bepaalde ingreep kan worden uitgevoerd. Dit soort gegevens dient over de gehele linie beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk te zijn, zodat de patiënt zelf kan beoordelen: "Waar kan ik terecht? Wat mag ik verwachten? Hoeveel gaat mij dat kosten?"⁴. Desgewenst kan de arts dan meteen een reservering maken, waarbij eventueel urgentie en kosten kunnen worden afgewogen. Een goed reserveringssysteem voorkomt dat capaciteit onbenut blijft terwijl elders wachttijden ontstaan. Technisch is een en ander uitvoerbaar; zie het ongelooflijk gecompliceerde Airline Reservation System dat al jarenlang goed functioneert. Dit systeem is aanvankelijk opgezet voor één vliegtuigmaatschappij; thans doen alle con-

currenten mee, tegen passende vergoeding. Wellicht geeft dit de oplossingsrichting aan.

Slotopmerkingen

De gezondheidszorg kan niet langer voorbij gaan aan een aantal maatschappelijke trends:

- de solidariteit staat op de tocht, eigen verantwoordelijkheid van de burger zit in de lift;
- er is een zekere onmythologisering aan de gang; de relatie arts - patiënt wordt zakelijker, de patiënt wil meebeslissen;
- door de inkomensstijging van de laatste decennia is het uitgavenpatroon van de gezinnen veranderd. De kosten van een kaartje voor een voetbalwedstrijd, een videofilm of een stel halogeenkolampen zijn van dezelfde orde van grootte als een bezoek aan de huisarts. Herbezinning op wat noodzaak is en wat luxe, is dus noodzakelijk;
- informatietechnologie maakt mogelijk wat vroeger ondenkbaar was. De zorgsector loopt wat dit betreft achter.

Het bovenstaande artikel heeft geen verdergaande pretentie dan het schetsen van uitgangspunten en contouren van een stelsel van gezondheidszorg dat op deze trends inspeelt. Als de consumentensovereiniteit volledig tot zijn recht komt en de kosten stijgen desondanks, dan is dat wat we met zijn allen hebben gewild.

G.M.W. Sebus

De auteur is adviseur informatieplanning te Hilversum.

4. In Cleveland kan iedereen voor \$ 6 bij een Rite Aid drugstore een boekje kopen met kwaliteitsbeoordelingen met betrekking tot een aantal zorggebieden (zoals verloskunde en intensive care) bij 29 regionale ziekenhuizen. Men onderscheidt drie klassen: beter dan, gelijk aan of slechter dan men mocht verwachten, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen in de samenstelling van het patiëntenbestand.