



Rechtvaardige gezondheidszorg

Auteur(s):

Doorslaer, E.K.H. van
Burg, H.G. van der
Koolman, A.H.E.

Resp. Bijzonder hoogleraar Economie van de gezondheidszorg, voormalig onderzoeker en onderzoeker bij het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dit artikel is een bewerkte en ingekorte versie van de inaugurale rede van E. van Doorslaer, Gezondheidszorg tussen Marx en markt, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998. Zie voor meer informatie over het door de EU gefinancierde Ecuity-project waarop dit onderzoek is gebaseerd: E. van Doorslaer en A. Wagstaff, Equity in the finance and delivery of health care: an introduction to the Ecuity Project, in: M. Barer e.a. (red.), Health, health care and health economics: perspectives on distribution, John Wiley, Chichester, UK, 1998. en <http://www.eur.nl/bmg/Ecuity>

Verschenen in:

ESB, 83e jaargang, nr. 4167, pagina 692, 18 september 1998

Rubriek:**Trefwoord(en):**

miljoenennota, gezondheidszorg

Nederland heeft de meest degressieve lastenverdeling van gezondheidszorg in de Europese Unie. Vooral de middenklassen dragen een relatief groot aandeel van de ziektenkostenlast. Dit belet nochtans niet dat het gebruik van de zorg redelijk spoort met de verdeling van zorgbehoefte, ongeacht inkomen. Met één uitzondering: hogere inkomens maken meer gebruik van de medisch specialist dan men zou verwachten op basis van hun behoefte aan zorg.

Ontevredenheid over de Nederlandse gezondheidszorg bereikte vlak voor de verkiezingen een hoogtepunt. De zorgsector voldoet niet aan de eisen van vandaag. Onvoldoende aanbod, resulterende in wachtlijsten, en gebrekkige verzorging worden niet langer geaccepteerd. Meer geld naar de zorgsector lijkt een voor de hand liggende oplossing, en in de Miljoenennota is dat dan ook beschikbaar gesteld. Dit ondanks de steeds luider roep om beheersing van het zorgbudget, na de herhaaldelijke overschrijdingen gedurende Paars I. Vandaar dat er nagedacht wordt over hervormingen die tot een betaalbaar, doelmatig en rechtvaardig gezondheidszorgstelsel leiden.

De zoektocht daarnaar lijkt soms op die van de Graalridders¹. Na de Tweede Wereldoorlog, toen de meeste West-Europese stelsels tot stand werden gebracht, was er veel aandacht voor rechtvaardigheid. Toen dat leidde tot ongebreidelde kostenstijgingen kwamen er maatregelen om het budget te beheersen. Maar kostenbeheersing garandeert nog geen doelmatigheid. Efficiëntiebevordering in de komende periode wordt vooral verwacht van experimenten met gereguleerde marktwerking en van de verhoogde inspanningen om informatie over de relatieve kosten-effectiviteit van alternatieve interventies te vergaren (medical technology assessment). Vraag is, of deze doelmatigheidsbevordering de rechtvaardigheid van de verdeling in gevaar brengt. Vraag is ook, hoe het eigenlijk met die verdeling gesteld is. In dit artikel wordt de verdeling van de lasten en het gebruik van gezondheidszorg in Nederland vergeleken met andere landen.

Billijkheid en gezondheidszorg

Waarom is er zo'n sterke maatschappelijke bezorgdheid om een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg, en niet van bijvoorbeeld GSM's? Die bezorgdheid om rechtvaardigheid gaat verder dan het bekende herverdelingsmotief van de positieve externe effecten. Om egoïstische (bijvoorbeeld vaccinatie tegen besmettelijke ziekten) of altruïstische motieven kan het zijn dat mensen bekommerd zijn om de gezondheid en de toegang tot gezondheidszorg van anderen, en dat zij ook bereid zijn om daaraan mee te betalen. Deze externe effecten van de consumptie van zorg zijn in principe efficiëntieproblemen en kunnen in de 'gewone' Paretiaanse welvaarthetheorie ondervangen (geïnternaliseerd) worden door overheidsinterventie via belastingen en subsidies.

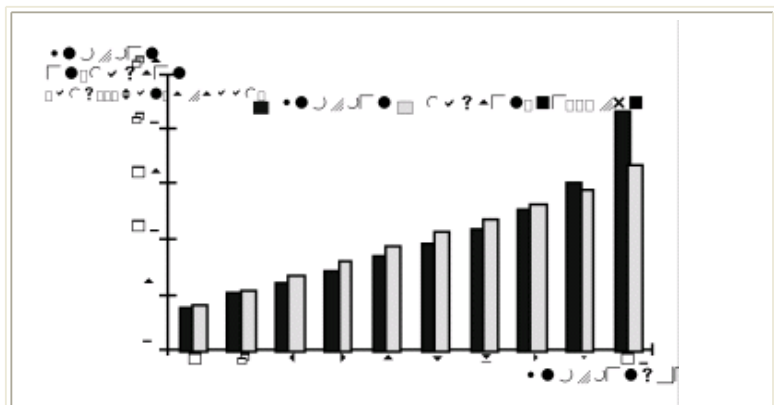
Een fundamenteel motief heeft te maken met maatschappelijke opvattingen over sociale rechtvaardigheid. Dit is te onderscheiden van het bovengenoemde altruïstische motief dat inhoudt dat consumenten, gegeven de eigen preferenties en draagkracht, betalingsbereidheid vertonen voor welbepaalde andere groepen in de samenleving. Morele oordelen over een sociaal rechtvaardige verdeling zouden echter, ongeacht de eigen positie in de maatschappij, tot stand moeten komen². De ethische verantwoording waarom er een ruime maatschappelijke bezorgdheid is omtrent de verdeling van gezondheid, bestaat erin dat 'een goede gezondheid' zo belangrijk is om een normaal leven te kunnen leiden. Sommige auteurs gaan zelfs zo ver om de louter op individueel nut gebaseerde benadering van utilitaristen te verwerpen en stellen een extra-welvaarts ('extra-welfarism') benadering voor gezondheid voor³. Het uitgangspunt van deze stroming is dat gezondheid tot die basisvoorwaarden behoort die bijdragen tot de mogelijkheid om 'normaal' te kunnen functioneren. Extra-welfaristen beschouwen niet het eraan ontleende nut, maar de behaalde gezondheidswinst zelf als de voornaamste doelstelling van de gezondheidszorg. Bezorgdheid om de verdeling van gezondheidszorg is dan afgeleid van de verdeling van het einddoel gezondheid. Dit is een belangrijke afwijking van het gangbare welvaarthetheoretische beoordelingskader.

In dit artikel doen we verslag van een onderzoek naar de billijkheid van de gezondheidszorg in een aantal Europese landen. Bij de criteria voor billijkheid hebben we pragmatisch gekozen voor een analyse van beleidsdocumenten en wetgeving in de deelnemende landen. Daaruit bleek dat betalingsbereidheid, het meest voorkomend verdelingscriterium in andere markten, vrij expliciet wordt verworpen voor

de verdeling van gezondheidszorg. Zeker voor de collectief gefinancierde zorg zijn er twee egalitaire principes die in de meeste Europese landen maatgevend waren. Voor de financiering van de publieke zorg wordt in de meeste landen het verticale draagkrachtbeginsel gehanteerd dat inhoudt dat huishoudens met ongelijke draagkracht ongelijk moeten bijdragen tot de financiering van de zorg. Ten aanzien van de vraag hoe die zorg vervolgens moet worden verdeeld, lijkt het horizontale gelijkheidsprincipe, ook in Nederland, de belangrijkste leidraad. Dat beginsel vereist dat mensen met een gelijke behoefte een gelijke medische behandeling moeten krijgen, ongeacht andere kenmerken zoals inkomen, geslacht, ras, woonplaats, enz. Beide principes vloeien voort uit de meer fundamentele maatschappelijke afkeer van ongelijkheid in gezondheid die systematisch samenhangt met sociaal-economische of andere kenmerken (vgl het extra-welfarism). Deze billijkheidsprincipes staan opvallend dicht bij het Marxistische principe 'from each according to ability, to each according to need'. Aangezien die egalitaire doelstellingen expliciet genoemd worden in beleidsdocumenten en wetgeving, lijkt het legitiem middels positief kwantitatief onderzoek vast te stellen of, en in welke mate, deze ook worden gehaald.

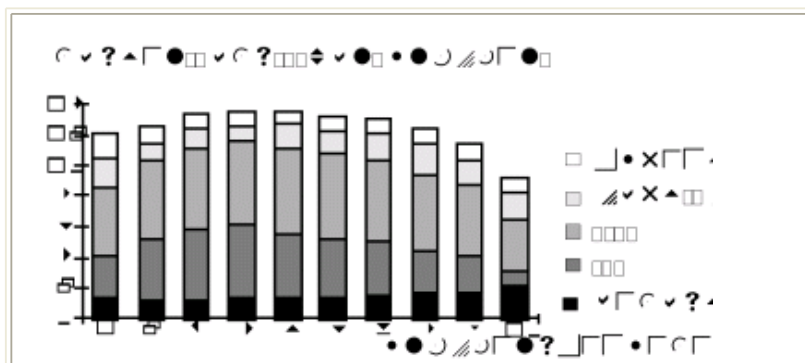
Billijke financiering: naar draagkracht?

In de eerste plaats is onderzocht in hoeverre de financiering spoort met het verticale gelijkheidsbeginsel. Elk huishouden betaalt mee aan de totale lasten van de gezondheidszorg. Enerzijds via verplichte collectieve betalingen (belastingen en sociale bijdragen), en anderzijds via particuliere betalingen (particuliere ziektekostenpremies en directe betalingen). Als we al die betalingen per huishouden optellen, komen we tot een decielverdeling van de lasten van gezondheidszorg zoals voorgesteld in [figuur 1](#). Ernaast is de inkomensverdeling weergegeven.



Figuur 1. De verdeling van inkomen en zorglasten naar inkomensdecil, 1992

We zien dat de hoogste inkomensgroepen ook het grootste aandeel van die lasten voor hun rekening nemen, maar dat de verdeling niet proportioneel verloopt met de inkomensverdeling. De hogere inkomensgroepen dragen in guldens wel het meeste bij aan de gezondheidszorg, maar een kleiner deel van hun inkomen. Voor de lagere inkomensdecielen, maar vooral voor de middengroepen in Nederland, geldt het omgekeerde. Omdat de lastenverdeling minder dan proportioneel verloopt met de inkomensverdeling, spreken we van een degressieve verdeling. Dit is duidelijker in [figuur 2](#) waar de lasten nu zijn uitgedrukt als percentage van het bruto huishoudinkomen van het betreffende deciel zelf. Dan zien we dat dit percentage eerst stijgt, tot zo'n 13% van het bruto inkomen, maar na het vijfde deciel weer afneemt.

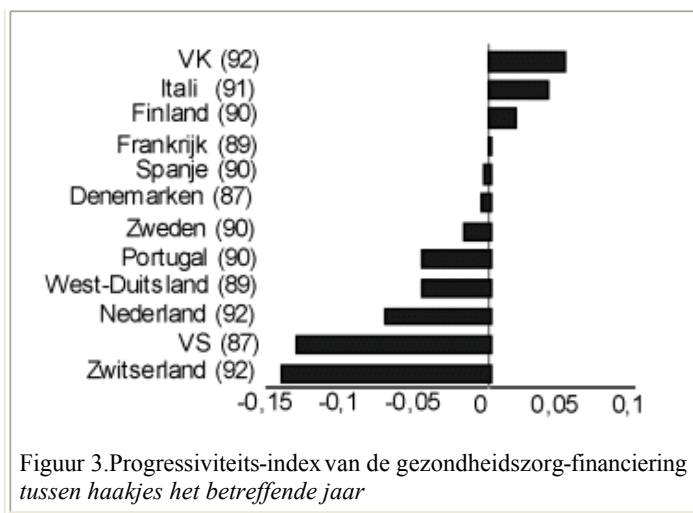


Figuur 2. Zorglasten als percentage van het inkomen, naar inkomensdecil, 1992

De figuur laat ook de aandelen zien van elk van de betalingsbronnen. AWBZ- en ziekenfondspremies nemen samen het grootste deel voor hun rekening. Dit aandeel neemt eerst sterk toe vanwege de belastingvrije som, en dan weer af vanwege de maximumpremiëgrens. Het (relatief kleine) aandeel van de belastingen blijft oplopen met stijgend inkomen. Dit duidt op progressiviteit van dit deel van de financiering. Opmerkelijk is ook dat het gedeelte dat in de lagere decielen aan eigen betalingen en particuliere premies (hoofdzakelijk door zelfstandigen en bejaarden) wordt besteed niet veel lager is dan het inkomensaandeel in de hoogste decielen.

Financiering en progressiviteit

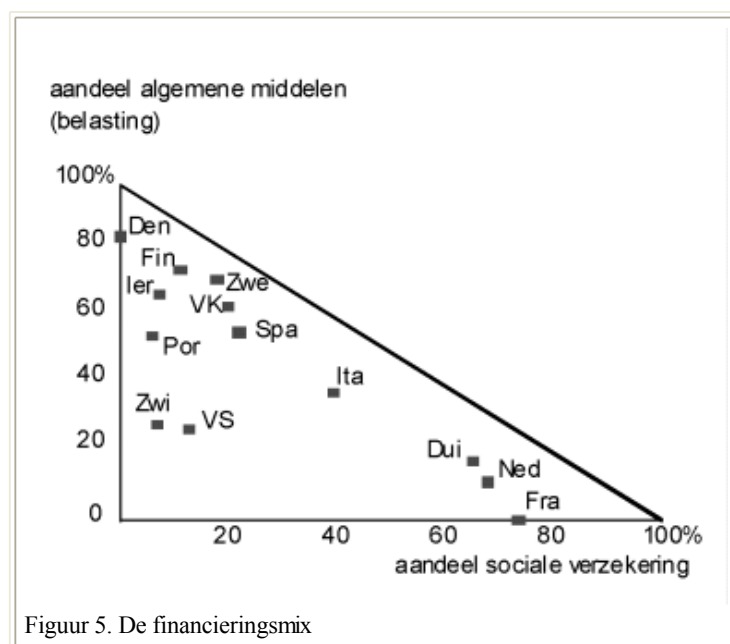
Ook uit een internationale vergelijking komt een sterke samenhang tussen wijze van financiering en progressiviteit van de lastenverdeling naar voren. In [figuur 3](#) is de 'progressiviteitsindex' voor dertien landen weergegeven⁴. Een positieve index duidt op een progressieve en een negatieve op een degressieve verdeling. Als de index nul is, dan is de verdeling proportioneel en betaalt elk inkomensdecil ongeveer eenzelfde percentage van zijn inkomen aan gezondheidszorg.



We zien dat van alle onderzochte landen er slechts twee zijn, de Verenigde Staten en Zwitserland, die een meer degressieve lastenverdeling van gezondheidszorg hebben dan Nederland. Dat zijn niet toevallig ook de twee landen die het grootste aandeel uit particuliere middelen financieren (zie kader).

De financieringsmix

In [figuur 5](#) komen drie clusters landen met drie financieringsmixen naar voren: landen die de gezondheidszorg hoofdzakelijk uit algemene middelen financieren (linksboven, zoals het VK en de Scandinavische landen), uit de sociale verzekeringen (rechtsonder: Duitsland, Frankrijk, Nederland), of uit geen van beide en dus uit de niet-afgebeelde derde bron: de particuliere betalingen (linksonder, Zwitserland en de VS).



Verrassender is dat de inkomenssolidariteit in Nederland de laagste is van alle landen die lid zijn van de Europese Unie. Nochtans financiert ook Nederland bijna 80% van de zorg via collectieve lasten, wat niet wezenlijk minder is dan in andere Europese landen. De voornaamste reden is dat, in tegenstelling tot de meeste andere landen, die collectieve bijdragen voor slechts een klein gedeelte uit belastingen bestaan en voor het overgrote deel uit sociale premies (AWBZ en ziekenfonds), die bovendien sterk degressief verdeeld zijn vanwege de maximumpremies (voor beide) en de loongrens voor het ziekenfonds.

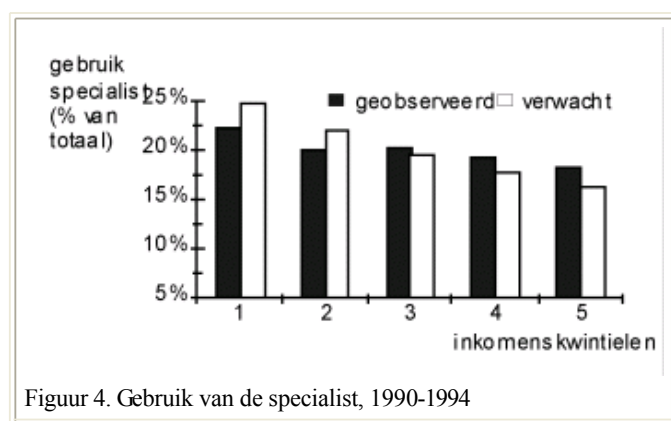
In landen met hoofdzakelijk financiering uit belastingen (vooral het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen) is de verdeling duidelijk progressiever. Maar ook andere landen met een financiering uit sociale premies geven een progressiever beeld. Frankrijk, bijvoorbeeld, heeft weliswaar een veel hoger aandeel particuliere bijdragen (meer dan 25%, vooral bestaande uit eigen bijdragen of remgelden) maar toch een vrijwel proportionele lastenverdeling. De reden daarvoor is dat de Franse sociale bijdragen (ziekenfondspremies), hoewel een vast percentage van het loon, niet aan een maximum zijn gebonden, en dat bepaalde groepen (o.a. gepensioneerden) zijn vrijgesteld van die bijdragen. De sterk progressieve sociale bijdragen compenseren daardoor de sterk degressieve invloed van het hoge aandeel eigen betalingen.

Billijk gebruik van zorg

De analyse van de lastenverdeling is partieel, omdat deze nog niets zegt over de verdeling van de baten van de gezondheidszorg. Dit

gebeurt wel in studies naar inkomensherverdeling waarin per inkomensgroep wordt gekeken naar het verschil tussen de lasten in de vorm van bijdragen en de lusten in de vorm van consumptie van zorg, zoals bijvoorbeeld in de onderzoeken naar het Profijt van de Overheid van het Sociaal Cultureel Planbureau. De voornaamste reden om niet voor zo'n netto-incidentiebenadering te kiezen is dat een netto herverdeling van inkomens geen expliciete doelstelling is van gezondheidsbeleid. Het is er wel een gevolg van, maar de billijkheidsdoelstelling van overheidsinterventie in gezondheidszorg is er niet om per saldo bijvoorbeeld lagere inkomensgroepen, ongeacht behoefte, meer te laten profiteren van gezondheidszorg, maar wel om een verdeling van gebruik naar behoefte te bevorderen. Daarom hebben wij onderzocht in hoeverre verschillende stelsels van gezondheidszorg er al dan niet in slagen om een verdeling van gebruik naar behoefte, ongeacht inkomen, te bevorderen⁵. Het blijkt dat in alle onderzochte landen de zorgbehoefte, voorzover die kan worden gemeten met zelf-gerapporteerde maten van gezondheid en ziekte, meer geconcentreerd is in de lagere inkomensgroepen. Lagere inkomens hebben gemiddeld meer behoefte aan zorg. Maar ook het zorggebruik, gemeten aan de hand van huisarts- en specialistcontacten en ligdagen in het ziekenhuis, is sterker geconcentreerd in de lagere inkomensdecielen. Zolang die twee ongelijke verdelingen redelijk op elkaar aansluiten is er geen reden om van een onbillijkheid te spreken. Met behulp van concentratiecurves voor behoefte en zorg kan ook een billijkheidsindex worden berekend. Opvallend was dat met onze methode in de meeste landen geen significante systematische afwijking tussen de verdeling van zorgbehoefte en gebruik als functie van het inkomen werd vastgesteld. Dit gold zowel voor Denemarken, Finland, Oost-Duitsland, West-Duitsland, Ierland, Nederland, Zweden, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk als voor de Verenigde Staten. De enige uitzondering op de regel was België, waarvoor een significante horizontale onbillijkheid werd vastgesteld in het voordeel van de lagere inkomensgroepen.

Ook voor Nederland werd op basis van gegevens uit de CBS Gezondheidsenquête 90-94 geen significante onbillijkheid in het gebruik vastgesteld. Er was echter één uitzondering: het gebruik van specialistische zorg. Hogere inkomensgroepen vertonen een significant hoger gebruik van de specialist dan op basis van (een regressie naar) behoefte-indicatoren zoals leeftijd, geslacht, chronische aandoeningen en zelf-gerapporteerde gezondheid zou worden verwacht (zie [figuur 4](#)).



Figuur 4. Gebruik van de specialist, 1990-1994

Waarom is dit zo? Een voor de hand liggende hypothese is dat deze schijnbare onbillijkheid in het voordeel van de hogere inkomensgroepen een gevolg is van het duale verzekeringsstelsel. Hogere inkomensgroepen zijn meestal particulier verzekerd. Particulier verzekerden zijn vaker niet of niet geheel verzekerd voor huisartsenhulp, hebben niet altijd een verwijzing nodig en zouden daardoor eerder de specialist kunnen raadplegen dan ziekenfondsverzekerden. Bovendien zijn zij aantrekkelijker klanten omdat soms hogere tarieven kunnen worden aangerekend voor particuliere patiënten. Maar dan zou dit significante verschil moeten verdwijnen na correctie voor verzekeringsvorm, en dat was niet het geval. Bovendien stelden we eenzelfde resultaat vast in nog zes andere van de onderzochte landen, met zeer uiteenlopende stelsels, namelijk België, Denemarken, Finland, Oost-Duitsland, Zweden en in de Verenigde Staten. Stelselkenmerken lijken dit fenomeen niet te kunnen verklaren. De bevinding gold bijvoorbeeld zowel voor landen met als zonder poortwachtersfunctie voor de huisarts, en voor zowel landen met als zonder een belangrijke rol voor eigen bijdragen. Het lijkt erop dat personen uit de hogere inkomensgroepen, ongeacht verzekeringsstatus, een grotere voorkeur hebben voor specialistische zorg, wellicht vanwege een perceptie van hogere kwaliteit en ongeacht het systeem, makkelijker toegang weten te krijgen tot de specialist. Voor zover die verschillen inderdaad louter een gevolg zijn van perceptie, is dit geen probleem. Echter, indien het verschillende gebruikspatroon ook leidt tot gemiddeld betere (of snellere) diagnostiek en therapie, dan komt het principe 'gelijke zorg bij gelijke behoefte' wel in het gedrang. Voorlopig is er echter nog weinig of geen evidentie die er op wijst dat dit meer gebruik van de specialist ook leidt tot verschillende effecten op gezondheid van de betrokkenen.

Conclusie

Het lijkt er op, dat het gebruik van de gezondheidszorg in Nederland, net als in de meeste onderzochte landen, verdeeld is naar zorgbehoefte, ongeacht inkomen. In die zin kan de verdeling kan de verdeling als horizontaal billijk beschouwd worden. Aan een ander rechtvaardigheidsprincipe, lastenverdeling naar draagkracht, wordt zeker in Nederland in veel mindere mate voldaan. Dit is vooral een gevolg van het duale stelsel en de premieplafonds in AWBZ en Ziekenfonds.

Op basis van de paragrafen over gezondheidszorg in het Regeerakkoord van Paars II en het met de Miljoenennota verschenen *Jaaroverzicht Zorg 1999* moeten in de komende kabinetsperiode geen spectaculaire veranderingen in de verticale lastenverdeling worden verwacht. Hoewel er wordt gestreefd naar een geleidelijke convergentie, staat het duale verzekeringsstelsel niet wezenlijk ter discussie, en blijft het onderscheid ziekenfonds-particulier verzekerd ook nog in de 21ste eeuw bestaan. Wel zijn er voorstellen om horizontale ongelijkheden verder weg te werken of te verkleinen door het openstellen van het ziekenfonds voor zelfstandigen en de gelijkshakeling van een inkomensgrens voor zelfstandigen aan de loongrens voor het ziekenfonds. Ook de in 1997 ingevoerde eigen bijdrage van maximaal 200 gulden in de Ziekenfondswet zou verdwijnen, in ruil voor een verhoging van de nominale ziekenfondspremie. Hoewel dit een lastenverschuiving inhoudt van de zorggebruiker naar alle verzekerden, is de omvang ervan zo gering (enkele honderden miljoenen ten opzichte van in totaal f 67 miljard) dat de verandering in de lastenverdeling hierdoor nauwelijks waarneembaar is.

Ook ten aanzien van een billijke zorgverdeling naar behoefte hoeft gereguleerde marktwerking niet noodzakelijk een bedreiging te vormen. Zowel de normuitkeringen aan zorgverzekeraars als de persoonsgebonden budgetten (voor gehandicaptenzorg en thuiszorg)

beogen een verdeling van de middelen naar zorgbehoefte. Indien men er in kan slagen deze uitkeringen inderdaad voldoende te differentiëren naar behoefte, dan zouden zij een zorgverdeling naar behoefte eerder moeten bevorderen dan belemmeren.

Verder wordt doelmatigheidswinst beoogd door het financieel 'responsabiliseren' van verzekeraars. Vooral in de ziekenfondssector zijn belangrijke stappen gezet in de richting van een gereguleerde concurrentie door een vergroting van het financieel risico en de uitbreiding van de contracteervrijheid van de ziekenfondsen. Met de geplande wijzigingen in de WTZ (Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen) wordt een vermindering van het aandeel WTZ polissen voor particuliere verzekeraars beoogd waarover zij geen financieel risico lopen en dus ook geen doelmatigheidsprikkel ondervinden.

Het lijkt er dus op dat een meer marktconforme organisatie van de gezondheidszorg niet noodzakelijk ten koste hoeft te gaan van de solidariteit. Integendeel zelfs, door een adequate invulling van de beginselen 'financiering naar draagkracht' via de premieheffing en van 'zorgverdeling naar behoefte' via de normuitkeringen, zou de inkomens- en risicosolidariteit in het Nederlandse stelsel zelfs kunnen toenemen.

Thema: Miljoenennota 1999

H.A. Keuzenkamp, [Miljoenennota 1999](#)

J. de Beus, [Koks kapitalisme](#)

Beleid en onderzoek: de Miljoenennota

C.N. Teulings, [Het dogma van een laag belastingtarief](#)

E.K.H. van Doorslaer, H.G. van der Burg en A.H.E. Koolman, Rechtvaardige gezondheidszorg

H. Oosterbeek, [De kwaliteit van het onderwijs](#)

J.W. Oosterwijk, [Rust en dynamiek](#)

Vakontwikkeling

A.R.G.J. Zwiers en H. van der Meer, [Koopkrachtplaatjes voor iedereen](#)

Monitor

R. van Opstal en P. Terra-Pilaar, [Koopkrachtgevolgen van het Regeerakkoord](#)

MEV 1999, [Knelpunten in de personeelsvoorziening](#)

1 Zie bijvoorbeeld A. Maynard, en J. Hutton, Health care reform: the search for the Holy Grail, *Health Economics*, 1992, blz.1-3.

2 Beslissingen genomen achter de 'sluier der onwetendheid'. Zie J. Rawls, *A theory of justice*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1971.

3 Zie A. Sen, *Commodities and capabilities*, North-Holland, Amsterdam, 1985, of A.J. Culyer, The normative economics of health care finance and provision, *Oxford Review of Economic Policy*, 1989, blz. 34-58.

4 Voor details over de eigenschappen van de hier gehanteerde Kakwani-index zie P.J. Lambert, *The distribution and redistribution of income: a mathematical analysis*, tweede druk, Manchester University Press, 1993.

5 E. van Doorslaer, A. Wagstaff, et al., Equity in the delivery of health care: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 1992, blz. 389-411.