

Reorganisatie gezondheidszorg

In een recente bijdrage in *ESB* presenteren Posthuma en Storm (P&S) een alternatief voorstel voor reorganisatie van de gezondheidszorg¹. Hun pleidooi komt neer op afschaffing van de Ziekenfondswet, het nemen van enkele flankerende maatregelen ter garantie van de toegankelijkheid van de zorgverlening en deregulering van het prijs- en vestigingsbeleid. Zij pretenderen dat hun alternatief eenvoudiger en effectiever is dan de als 'wetenschappelijk-socialistisch' gekwalificeerde blauwdruk van Dekker en de daarop geënte regeringsplannen. Deze pretentie is evenwel gestoeld op de volgende drie ondeugdelijke uitgangspunten:

- "Voor alles wat verzekeraar is, zijn in beginsel geen ex-ante overdrachten meer noodzakelijk" (blz. 277);
- een tweedeling in een sociale en private verzekering zou kunnen worden gebaseerd op een onderscheid tussen op individueel niveau stochastische en niet-stochastische uitgaven;
- een collectief gefinancierde verzekeringssector zou veel minder efficiënt zijn dan een privaat gefinancierde.

Achtereenvolgens zullen deze drie uitgangspunten worden besproken.

Ex-ante overdrachten

Volgens P&S zijn ex-ante overdrachten binnen de ziekenfondsverzekering overbodig. Bij ziekenfondsverstrekkingen zou het gaan om incidentele (stochastische) uitgaven die goed in markt zijn te verzekeren. Het feit dat bepaalde uitgaven verzekeraar zijn wil echter nog niet zeggen dat de bijbehorende premies voor iedereen betaalbaar zijn. Het motief voor het instellen van ex-ante overdrachten is betaalbaarheid, niet verzekeraarbaarheid. Het feit dat individuen uit een zelfde inkomensgroep sterk uiteenlopende gezondheidsrisico's hebben, heeft geleid tot een inkomensafhankelijke en risico-onafhankelijke premiestelling in de ziekenfondssector. Hoewel ex-ante overdrachten tussen inkomensgroepen wellicht ook via algemene inkomenspolitieke instrumenten zouden kunnen worden gerealiseerd, geldt dat niet voor ex-ante overdrachten tussen risico-

groepen². Voor individuen met een relatief laag inkomen en een relatief grote kans op grote stochastische uitgaven zal een ziektekostenverzekering onbetaalbaar worden wanneer deze volledig wordt overgelaten aan de markt. Waartoe een onvoldoende gereguleerde markt voor ziektekostenverzekeringen kan leiden wordt geïllustreerd door de 37 miljoen onverzekerden in de Verenigde Staten. Claims van dergelijke "gepassioneerde minderheden" maken op P&S evenwel weinig indruk.

Toch blijken zij ook zelf niet geheel overtuigd van hun uitgangspunt. Bij de presentatie van hun eigen model stellen zij namelijk dat "om te voorkomen dat marktcompetitie zou leiden tot een te hoge prijsstelling" onder meer voor ieder verzekeringsprodukt een maximale relatieve premiedifferentiatie naar leeftijd moet worden ingevoerd: dus toch een ex-ante overdracht!

Overigens zijn de door P&S voorgestelde flankerende maatregelen volstrekt onvoldoende om de financiële toegankelijkheid van de zorg daadwerkelijk te garanderen. Ten eerste wordt de premiebandbreedte gekoppeld aan een bepaald type verzekeringsprodukt. Via een differentiatie in verzekeringsproducten (bij voorbeeld via pakketvormstelling en de hoogte van een eigen risico aan de voet) kunnen per produkt qua gezondheidsrisico betrekkelijk homogene groepen worden aangetrokken, waardoor het stellen van een premiebandbreedte sterk aan betekenis inboet. Via zelfselectie in pakketkeuze zal uiteindelijk toch een premiedifferentiatie naar gezondheidsrisico ontstaan. Ten tweede is onduidelijk in hoeverre P&S premiedifferentiatie naar andere risicofactoren dan leeftijd willen toestaan. De factor leeftijd is namelijk slechts één van de vele risicofactoren en voorspelt slechts een kleine fractie van de maximaal voorspelbare variatie in individuele ziektekosten. Indien andere risicofactoren, zoals bij voorbeeld gezondheidstoestand, geen rol mogen spelen bij de premiestelling zullen de ex-ante overdrachten aanzienlijk zijn. Tevens zal de stimulans tot selectie van gunstige risico's uitermate krachtig zijn. Mogen andere risicofactoren daarentegen wel in de premie worden verdisconteerd, dan loopt de toegankelijkheid ernstig gevaar.

Voorts pleiten P&S voor een "langdurige verbintenis" tussen verzekeraar en verzekerde – wellicht ten dele te financieren op kapitaalbasis – ten einde de stabiliteit van de verzekeringsmarkt in hun alternatieve plan te kunnen garanderen. Tegelijkertijd wordt hiermee de marktwerking tot een minimum gereduceerd. Nog meer dan nu zullen verzekerden "getrouwd" zijn met de eenmaal gekozen verzekeraar. De door P&S beleden voorkeur voor marktwerking komt hiermee in een merkwaardig daglicht te staan.

Ten slotte achten P&S een verzekeringsplicht en een verplichte minimumdekking noodzakelijk om te voorkomen dat mensen zich niet verzekeren. Hoe zij een verzekeringsplicht willen afdwingen als bepaalde inkomens- en risicogroepen de premie niet kunnen opbrengen is echter onduidelijk. Moet de Bijstandswet hiertoe worden uitgebreid? De opheffing van een sociale verzekering leidt aldus tot een uitbreiding van een sociale voorziening (vergelijk de vooroorlogse Armenwet). Nog afgezien van de absolute betaalbaarheid leidt het plan van P&S tot enorme relatieve inkomenseffecten. Met name voor ziekenfondsverzekerden met een laag inkomen, grote gezinnen en een relatief hoog gezondheidsrisico zal de lastenverzwaring aanzienlijk zijn. Gelet op de controverses over vaak geringe inkomensverschuivingen ten gevolge van veranderingen in het stelsel van sociale zekerheid, lijkt een maatschappelijk draagvlak voor een dergelijke inkomensherverdeling afwezig.

Sociaal versus privaat

Een algemene indeling in een sociale en een private verzekering op grond van op individueel niveau stochastische en niet-stochastische uitgaven is veel te simplistisch. Ten eerste zijn strikt genomen bijna alle uitgaven stochastisch van aard, aangezien er nagenoeg altijd een verdelingsfunctie aan ten grondslag ligt. In de tweede plaats zijn de verwachte waarde en de variatie van de verdelingsfunctie (en daarmee de voorspelbaarheid) van toekomstige ziektekosten sterk afhankelijk van de individuele gezondheidstoestand. Wat voor de één een onvoorspelbare gezondheidstoornis is, hangt voor een

1. B.H. Posthuma en K.J. Storm, Reorganisatie van de gezondheidszorg, *ESB*, 21 maart 1990, blz. 276-278.

2. Wél zouden de overdrachten tussen de risico-groepen eventueel buiten de premiestelling om kunnen worden geregeld via een systeem van individuele gezondheidssubsidies, zie M. de Bruine en J.W. Lintsen, Individuele gezondheidssubsidie, *ESB*, 15 juni 1988, blz. 569-572.

ander samen met of vloeit zelfs rechtstreeks voort uit eerdere aandoeningen. De mate van voorspelbaarheid van uitgaven op individueel niveau kan derhalve geen basis vormen voor een algemeen onderscheid in een private en sociale verzekering. Ten derde bevat niet alleen de AWBZ maar ook het huidige ziekenfondspakket tal van uitgaven die op individueel niveau relatief goed voorspelbaar zijn. Denk bij voorbeeld aan de uitgaven voor patiënten met astma, hartafwijkingen, suikerziekte, rheuma of hernia³.

Verhoging van efficiency

Een privatisering van de ziekenfondsverzekering zal volgens P&S leiden tot een verhoging van de efficiency, in tegenstelling tot de met de Dekkerplannen beoogde collectivisering van de particuliere verzekering. Onder verwijzing naar gegevens over de kostenverschillen tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden, vragen zij zich af of "dan geen lering wordt getrokken uit het feit dat de sociale verzekeringssector (het ziekenfonds) veel duurder blijkt dan de particuliere sector".

De lering die zij zelf uit de aangehaalde gegevens trekken is echter onjuist. Uit empirisch onderzoek naar de oorzaken van verschillen in zorggebruik tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden blijkt namelijk dat deze voornamelijk terug te voeren zijn op verschillen in gezondheid en leeftijds- en geslachtsopbouw⁴. Verschillen in verzekeringsdekking en vergoeding (restitutie versus natura) spelen slechts een beperkte rol. Zo er dus al sprake is van enig efficiencyvoordeel voor particuliere verzekeraars, dan is dat aanmerkelijk geringer dan P&S suggereren.

De geringe invloed van particuliere verzekeraars op de efficiency van de zorgverlening vormt nu juist één van de redenen voor het door P&S gewraakte normuitkeringsysteem. In beginsel zijn er voor verzekeraars twee manieren om een gunstig verschil tussen premie en schade-uitkering te realiseren. Ten eerste kunnen zij proberen ten opzichte van de premie zogeheten gunstige risico's te selecteren. Ten tweede kunnen zij door een actief schadebeheersingsbeleid trachten de schade-uitkeringen omlaag te brengen. De eerstgenoemde strategie is kenmerkend voor de huidige markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen. Gegeven de van oorsprong relatief ongedifferentieerde premiestructuur, de toename van de actuariële kennis en mogelijkheden en de gestage groei van relevant datamateriaal is risicoselectie profijtelijk. Ongeremde risicoselectie leidt voor sommige risicogroepen tot

onbetaalbaar hoge premies. Pogingen van het KLOZ om dit proces via onderlinge of zelfs wettelijk vastgelegde marktafspraken een halt toe te roepen blijken echter keer op keer schipbreuk te lijden. Met een stelsel van normuitkeringen wordt daarentegen beoogd de premie-inkomstenstructuur versneld aan te passen aan de onderliggende gezondheidsrisico's, terwijl tegelijkertijd de financiële toegankelijkheid van de zorg wordt gewaarborgd. Aangezien bij een goed functionerend normuitkeringsstelsel risicoselectie niet meer mogelijk is (of dermate moeilijk wordt dat het niet langer aantrekkelijk is) zullen verzekeraars zich meer dan voorheen moeten gaan richten op actieve schadebeheersing. Via het selectief contracteren van zorgaanbieders, contractuele afspraken over de organisatie en toetsing van de zorgverlening en investeringen in een doelmatige opzet van het zorgaanbod kunnen aanzienlijke besparingen worden gerealiseerd. Hoewel op dit terrein door bepaalde verzekeraars reeds enige initiatieven zijn ontplooid, zijn deze tot op heden beperkt van omvang. De know-how van verzekeraars ligt voornamelijk op het actuariële vlak en niet op het entameren van bovengenoemde schadebeheersingsactiviteiten. Wellicht verklaart dat mede de weerstand tegen de Dekkerplannen. Tekenend is dat particuliere ziektekostenverzekeraars de afgelopen veertig jaar geen gebruik hebben gemaakt van hun contracteervrijheid.

Het huidige verzet van particuliere ziektekostenverzekeraars tegen de normuitkeringen is des te opmerkelijker omdat hun branche-organisaties reeds in 1973 een analoog voorstel uitbrachten. Destijds heette het een "zo nauw mogelijk op het gedekte risico aan te sluiten basistoelage" die moest worden betaald aan verzekeringsinstellingen uit een met inkomensafhankelijke premies gevulde "ziektekostenkas"⁵. Zijn verzekeraars de afgelopen vijftien jaar soms minder "wetenschappelijk-socialistisch" gaan denken?

F.T. Schut

De auteur is verbonden aan de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Naschrift

Soms is het in een discussie nodig de redenering in hoofdlijnen samen te vatten. De lezer kan dan logica en actualiteit van de voorafgaande uiteenzetting nog eens toetsen en de geopperde bezwaren in de juiste context beoordelen.

Wij concludeerden in ons artikel dat volgens het model van de particuliere sector een verdere privatisering van de gezondheidszorg moet plaatsvinden. Hiermee wordt het marktelement in deze sector op een natuurlijke wijze vergroot en dit zal op den duur leiden tot een efficiëntere gezondheidszorg.

Onze redenering verliep als volgt:

- een (uitgebalanceerde) markteconomie is ook voor de gezondheidszorg een goed organisatie-model: competitie en prijsvorming zorgen voor een duurzame efficiëntie zonder allerlei ingewikkelde regelgeving;
- voor ziektekosten, individueel toerekenbaar en stochastisch van aard, is de private verzekering bij uitstek een geschikte financieringsvorm. Verzekeringen voorkomen dat schaden achteraf en uit charitatieve overwegingen als collectief goed moeten worden gefinancierd;
- een systeem van normuitkeringen, waarbij de verzekeraar uit de Centrale Kas een uitkering ontvangt die afhankelijk is van het risicoprofiel van de verzekerde, is in het geval van stochastische schade nooit doelmatig en werkt verstarrend. De markteconomie, die stoelt op deze kunstmatig gecreëerde gelijkheid tussen marginale kosten en opbrengsten, zal dus evenmin de gewenste eigenschappen van evenwichtigheid en efficiëntie verkrijgen;
- uitbouw van markten in de gezondheidszorg kan op natuurlijke wijze geschieden door een geleidelijke vergroting van het werkterrein van de private verzekeringssector. Verlaag daartoe stelselmatig de inkomensgrens voor ziekenfondsverzekerden (en geef uiteraard ook ziekenfondsen de gelegenheid zich als particuliere verzekeraar op te stellen).

Nu dan de kritiek. Verzekerbaarheid en betaalbaarheid. Wij stelden dat ex-ante overdrachten in het particuliere model niet noodzakelijk zijn. Wij beweerden niet dat ex-ante overdrachten binnen het huidige werkterrein van de ziekenfondsen volledig overbodig zijn (wat ons door Schut op subtiel wijze in de mond wordt gelegd). Wij hebben wel het klakkeloos subsidieëren van alle uitgaven ter discussie gesteld. En om ons standpunt nog eens te herhalen: ook binnen de ziekenfondssector is een

3. Zie R.C.J.A. van Vliet, *Risico-selectie en globale normuitkeringen: een nadere kwantificering*, NEI, Rotterdam, februari 1990.

4. R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, *Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht: overzicht van empirische bevindingen*, *Gezondheid & Samenleving*, jg. 7, 1986, blz. 81-94.

5. FOB, VVZ en NVOZ, *Blauwdruk financiering gezondheidszorg*, november 1973.

substantieel deel van de uitgaven, namelijk het stochastische deel, op normale wijze particulier te verzekeren. Om een indruk van de grootte van dat deel te geven: wij denken daarbij aan de uitgaven van ziekenhuis, specialist en huisarts voor verzekerden tot 65 jaar. Dit voor alle Nederlanders particulier te verzekeren deel, zonder structurele ex-ante overdrachten, is dan geschikt om de basis te vormen van een markteconomie in de gezondheidszorg. Met globale maatregelen is de toegankelijkheid van deze verzekering te waarborgen (voor de verzekerde geldt de verzekeringsplicht, voor de verzekeraar de acceptatieplicht en een limitering van de premiedifferentiatie; één en ander te bewaken door een goed functionerende 'agency' laag tussen verzekerde en verzekeraar). Het 'maatschappelijke draagvlak' voor een dergelijke verandering kan wel degelijk worden gevonden. Immers door een stapsgewijze verlaging van de ziekenfondsgrenzen zullen de inkomenseffecten pas geleidelijk voelbaar worden, komen de laagstbetaalden het laatst voor overgang aan de beurt (zodanig wordt de omringende sociale wetgeving hiervoor nog bijgesteld) en zijn onderwijl kwetsbare groepen alsnog ondergebracht in de AWBZ.

Nu Schuts tweede punt. De indeling in private en sociale verzekering volgens het criterium van het al dan niet stochastisch zijn van uitgaven. Natuurlijk is een scherpe grens tussen toeval en zekerheid nooit te trekken (en ook nog eens afhankelijk van de beschouwde tijdsperiode)¹. We moeten dus een praktisch afgebakend werkterrein kiezen, dat zoveel mogelijk aansluit bij het formele onderscheid tussen beide vormen van verzekering. Wij suggereren dus een privatisering volgens het particuliere model, waarbij voor onmiskenbaar gedetermineerde uitgaven aansluiting moet worden gezocht bij de sociale verzekering i.c. de AWBZ. Een substantiële private verzekeringssector moet de mogelijkheid geven om het sociale stelsel, zeker wat betreft de prijsstelling van de zorg, als het ware te laten meeliften.

En dan het laatste punt van kritiek. De verschillen tussen privaat en collectief gefinancierde verzekeringen: de verschillen in 'consumptie' tussen de particuliere en ziekenfonds verzekerde. Te vaak is ons gebleken dat men helemaal niet op de hoogte is van de grootte van deze verschillen. Gestandaardiseerd naar leeftijd blijkt de ziekenfonds verzekerde gemiddeld 51% meer verpleegdagen te verbruiken dan de particulier verzekerde. En er zijn aanwijzingen dat dit grote verschil is te wijten aan het stelseffect. Uitgaven voor ex-ziekenfonds verzekerden blijken namelijk in het particuliere stelsel na verloop van

tijd te dalen². Het volledig toeschrijven van deze verschillen aan verschillen in gezondheid vinden wij een te simplistische voorstelling van zaken.

B.H. Posthuma
K.J. Storm

1. Formeel kan bij strikt gedetermineerde schade geen onderscheid worden gemaakt in de aard van de overdrachten: in de ex-ante en ex-post 'solidariteit'. Per definitie is dus bij de puur sociale verzekering sprake van inkomensoverdrachten.

2. Zie: *KISG jaarboek 1988*, Houten 1989, blz. 48-49.