

# Reorganisatie van de gezondheidszorg

In recente plannen tot reorganisatie van de gezondheidszorg is de nadruk steeds meer komen te liggen op de financiering. De bestaande sociale verzekeringen en het particuliere verzekeringsstelsel zouden vrijwel geheel moeten worden vervangen door een uniforme basisverzekering. Zo'n basisverzekering mag nog privaat worden uitgevoerd, maar de financiering geschiedt op een inkomensafhankelijke basis. De relatie tussen kostprijs en premie van de verzekering wordt losgelaten. De auteurs zijn van mening dat daarmee definitief de stap wordt gezet naar een volksverzekering. Gelet op de nu reeds bestaande kostenverschillen tussen de (duurdere) ziekenfondssector en de particuliere sector, moet dit wel leiden tot een verdere stijging van de (collectieve) lasten. Als alternatief dragen de auteurs de mogelijkheid aan om vanuit het model van de particuliere sector een begin te maken met een verdere privatisering van deze quasi-collectieve sector. De legitimiteit van de overdrachten wordt daarbij aan de orde gesteld. De voorgestelde oplossing leidt tot een efficiënte gezondheidszorg.

DRS. B.H. POSTHUMA – DRS. K.J. STORM\*

## Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

De afgelopen jaren zijn er nogal wat voorstellen gedaan om de gezondheidszorg te reorganiseren. Eigenlijk staat de organisatie van deze sector al sinds de jaren vijftig ter discussie. Met de invoering van de Gezondheidswet 1956 is een eerste poging gedaan om de verscheidenheid, die zo duidelijk het resultaat is van particuliere, charitatieve en emancipatorische impulsen, in te bedden in de bestuurlijke structuur van Nederland. Duurzame oplossingen zijn tot op heden nog niet bereikt<sup>1</sup>.

De ontwikkeling van de gezondheidszorg kan niet los worden gezien van de sociale ontwikkeling in Nederland. Gezondheidszorg is in het verleden dan ook een onderwerp van de politieke economie gebleken en werd daarin langzamerhand behandeld als een puur collectief goed. Toch is het de vraag of dit vandaag de dag nog wel een juist uitgangspunt is. Sociale vraagstukken kunnen anno 1990 niet met behulp van gezondheidszorg tot een oplossing worden gebracht. Dit inzicht begint men ook terug te vinden in het politieke denken. In de periode 1975-1985 wordt nog getracht de gezondheidszorg volledig te beheersen door regulering van het aanbod van zorg (als een geëchelonneerd plansysteem op regionaal niveau)<sup>2</sup>, maar in 1987 verschijnt het rapport van de Commissie structuur en financiering gezondheidszorg (commissie-Dekker), dat voor het eerst de markt als instrument van regulering noemt.

De traditionele opvatting dat gezondheidszorg niet in markten verstrekt kan worden, verliest aanhang. Dat komt doordat we ook hier kunnen zien waartoe een alomvattende (sectorale) aanbodsplanning kan leiden; tot queuevor-

ming, bureaucratie, verstarring en demotivering van uitvoerenden. De commissie-Dekker wees op de voordelen van een marktgerichte opstelling van organisaties en hulpverleners: competitie en prijsvorming dragen zorg voor een duurzame efficiëntie en, bovenal, innovaties worden zonder ingewikkelde regelgeving gedemocratiseerd. Maar voordat hier een (beheerste) markteconomie kan worden ingevoerd, moet een oplossing worden gevonden voor de inkomensoverdrachten die in deze sector plaats vinden. Hoezeer het economische karakter van de gezondheidszorg dan ook mag zijn verschoven van (quasi-)collectief naar individueel goed, de overdrachten zijn, misschien wel juist door de wijze van financiering, in de loop van de tijd alleen maar groter geworden. Het is noodzakelijk een visie te ontwikkelen op de gewenstheid van de overdrachten, omdat overdrachten de grenzen aan de markteconomie stellen. In een markteconomie zijn inkomensoverdrachten gerelateerd aan goederen (en diensten), namelijk nauwelijks tot stand te brengen.

\* De auteurs werken bij AEGON verzekeringen, en zijn respectievelijk hoofd Research en lid van de Raad van Bestuur.

1. Alle plannen worden nog eens extra ingewikkeld gemaakt omdat de overheid tegelijkertijd wat problemen wil oplossen in de welzijnssector. Dat betreft de aan de gezondheidszorg verwante onderdelen van maatschappelijke dienstverlening (sociaal-pedagogische diensten, gezinsverzorging, bejaardenzorg en dergelijke). Weliswaar is dit wel begrijpelijk. Voor een deel vinden we daar dezelfde vastgelopen ontwikkeling. Tevens is een deel van deze zorg tenminste substitueerbaar of complementair aan wat traditioneel tot de gezondheidszorg wordt gerekend. Maar gelet op de organisatie en financiering van deze diensten staan deze zaken toch wat buiten de gezondheidszorg.

2. Zie: *De Structuurnota*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1974.

## Ex-ante en ex-post overdrachten

Overdrachten binnen verzekeringen kunnen formeel worden gesplitst in overdrachten ex-ante en overdrachten ex-post<sup>3</sup>. De overdracht ex-ante is het vooraf te bepalen verschil tussen (1) de premie die moet worden betaald en (2) de verwachte schade (expected value). De overdracht ex-post geeft achteraf het verschil weer tussen (1) de verwachte schade en (2) de daadwerkelijk betaalde schade. De overdracht ex-post behoort tot het wezen van verzekeringen, overdrachten ex-ante zijn volledig vergelijkbaar met subsidies. Overdrachten ex-ante vinden in een marktstructuur hoogstens in bescheiden mate plaats. Ze kunnen in de eerste plaats ontstaan doordat verzekeraars via de risicofactoren onvolledige informatie verkrijgen over het risico van verzekerden. Verzekeraars zullen het efficiëntieverlies van deze ex-ante overdrachten vooral ongedaan willen maken door verzekerden te bewegen tot zelf-selectie<sup>4</sup>.

In de tweede plaats zijn beperkte ex-ante overdrachten mogelijk als de premiedifferentiatie niet conform de risicostructuur plaatsvindt. Meestal betekent dit dat een 'door-een' premie wordt genoteerd voor verschillende soorten risico's. Dit moet dan wel gepaard gaan met maatregelen voor de acceptatie en de doorzichtigheid van de markt, bij voorbeeld door een goed functionerende 'agency'-structuur, opdat iedere verzekeraar zijn redelijk deel van zwaardere risico's krijgt. Anders bereiken we de situatie waarin alsnog de gewraakte premiedifferentiatie wordt weergegeven door premieverschillen tussen verzekeraars.

De kosten van gezondheidszorg zijn op individueel niveau op te splitsen in een stochastisch en in een niet-stochastisch deel. Niet-stochastische kosten bestaan uit kleine uitgaven, die iedereen wel eens heeft en waarop meestal geen subsidies behoeven te worden verstrekt en uit grote uitgaven, die vaak wel moeten worden gesubsidieerd. De laatste indeling is arbitrair, we geven daarmee aan, dat diverse (bescheiden) niet-stochastische uitgaven best onder het regime van de consumentensoevereiniteit kunnen worden gesteld. (In verzekeringen is het daarom gebruikelijk voor dergelijke uitgaven een eigen risico's te hanteren.)

Daarnaast plaatsen we de niet-stochastische uitgaven van quasi-collectieve aard, waarbij overdrachten algemeen zijn geaccepteerd zodat de zorg voor kwetsbare groepen beschikbaar blijft. Voor deze laatste categorie van uitgaven is indertijd de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) ingesteld. Incidentele (stochastische) grote uitgaven zijn goed in markten te verzekeren. Verzekeringen zijn hier de natuurlijke financieringsvorm om te voorkomen dat stochastische uitgaven achteraf (uit charitieve overwegingen) collectief moeten worden gefinancierd. Indien deze uitgaven zijn verzekerd dan zijn ex-ante overdrachten niet meer nodig<sup>5</sup>.

## Normuitkeringen

In het advies van de commissie-Dekker en in de daarop volgende beleidsnota's van WVC, kiest men voor marktwerking ter beheersing van de gezondheidszorg. Vooral door de competitie tussen verzekeraars om de gunst van verzekerden, moeten de zorgverstrekkers aan banden worden gelegd. Maar de markten worden in al deze voorstellen wel zeer kunstmatig gecreëerd. Vanuit de filosofie, dat voor alle zorg subsidies en ex-ante premieoverdrachten noodzakelijk blijven, stelt men voor om op de verzekeringsmarkt de relatie tussen kostprijs en te betalen premie te verbreken. De verzekeraar ontvangt, afhankelijk van het risicoprofiel van zijn verzekerden, een normuitkering uit de Centrale Kas. Deze Kas wordt gevuld met inkomensafhankelijke bijdragen. Een deel van de premie mag een verzekeraar nominaal in reke-

ning brengen. De hoogte van dit nominale bedrag zal concurrentie tussen verzekeraars en verzekerden teweeg moeten brengen. Het verzekeringspakket is in deze opzet bij iedere verzekeraar uniform voorgeschreven.

Zo wordt naar draagkracht voor de gezondheidszorg betaald, met een prijsstelling voor de verzekeraar, die voor alle andere niveaus een gelijkheid tussen marginale kosten en opbrengsten tot stand zal brengen. Kan het mooier, een wetenschappelijk-socialistische oplossing, bedacht door de leider van een Nederlandse multinational, die de voordelen van de markteconomie in de gezondheidszorg moet combineren met een uitbreiding van de inkomensoverdrachten<sup>6</sup>.

Maar werkt zo'n systeem van normuitkeringen ook? Het blijft een gewrochte redenering, zo schreven wij eerder, "dat, enerzijds, de normuitkering individueel bepaalbaar moet zijn, en dat, anderzijds, deze 'individueel toerekenbare' basisverzekering gefinancierd moet worden met een inkomensafhankelijke heffing. Waarom het individueel toerekenbare deel niet in de juiste financieringsvorm, volledig over te laten aan de markt? Garandeert dat niet een vlotte aanpassing tussen vraag en aanbod?"<sup>7</sup>. Een deel van de kosten is zonder bezwaar volledig individueel toerekenbaar, omdat uitgaven op risicobasis, duidelijk gerelateerd aan curatieve gezondheidsaandoeningen, goed verzekeraar zijn. Waarom hiervoor van te voren reeds een standaardisatie, en geen natuurlijke differentiatie van producten, zoals in feite momenteel geschiedt bij de particuliere verzekeringen? Als men vreest dat niet iedereen zich tegen ziektekosten zal verzekeren, dan kan men dat voorkomen door bevoogdend een minimumdekking voor iedereen verplicht te stellen. Voor alles wat verzekeraar is, en dat zijn de kleine periodieke uitgaven via het eigen risico evenzeer, zijn in beginsel geen ex-ante overdrachten meer noodzakelijk. Sterker nog, dergelijke overdrachten zijn in de dynamiek van veranderingen hoogst ongewenst.

'Verdekkeren' maakt het verzekeren dubbel zo moeilijk. In de normale praktijk kan een verzekeraar het evenwicht tussen premie-inkomsten en schadeuitgaven handhaven door product en prijs op elkaar af te stemmen. In een wereld van normuitkeringen wordt deze mogelijkheid hem ontnomen. Het product is (gestandaardiseerd) voorgeschreven en de inkomsten zijn 'van buitenaf' genormeerd. In systeemtermen gesproken, in plaats van een 'closed-loop' feedback krijgt hij nu te maken met een 'open-loop' feedback, de moeilijkste vorm van regulering. Te verwachten valt dus dat een enorm apparaat zich met deze normering moet gaan bemoeien (afgezien van de administratieve consequenties bij verzekeraars). Daarnaast zullen de verzekeraars zelfstandig, buiten de normuitkeringen uit de Centrale Kas om, hun verzekerden een nominale premie

3. B.H. Posthuma, Solidariteit kwantitatief, *Solidariteit en Verzekering*, Astin Nederland, 1985, blz. 35-53.

4. Deze ex-ante overdrachten worden ook wel ook wel geïnduceerde of onzekerheidsoverdrachten genoemd. Gesteld kan worden dat in markten, waarin actief wordt getracht – hetzij door risicoselectie van verzekeraars, hetzij door zelfselectie van verzekerden – dit efficiëntieverlies ongedaan te maken, toch evenwichten mogelijk zijn. Zie Van Duuren e.a., Normuitkeringen en risicoselectie, *ESB*, 31 januari 1990, blz. 116, noot 3.

5. Wellicht zullen de verzekeringen ten dele op kapitaalbasis moeten worden gefinancierd, omdat de risico's groter worden met het ouder worden van de verzekerde.

6. Niet de vraag of een planeconomie in theorie tot een optimale allocatie kan komen is hier het discussiepunt. Het gaat vooral (weer) om de vraag of een duurzaam evenwicht een reële aangelegenheid is. Het is grappig dat deze discussie uit de jaren '30 momenteel in de literatuur overal weer opduikt. In dit verband is het de moeite waard Pen's uiteenzetting over de economie in de Oostbloklanden te lezen en te vernemen hoe het daar uiteindelijk met het wetenschappelijk socialisme in de praktijk is vergaan. J. Pen, De dilemma's van het post-communisme, *Hollands Maandblad*, 1990-1, blz. 6-12.

7. Van Duuren e.a., Normuitkeringen en risicoselectie, *ESB*, 31 januari 1990, blz. 116.

in rekening moeten gaan brengen. Het verschil tussen normuitkering en feitelijke schade bepaalt bij de verzekeraar de hoogte van de nominale premie. Deze premie zou de keuze van de verzekerden voor een verzekeraar moeten bepalen. Bij haperende normuitkeringen, vanwege de 'open loop' regulering, kun je grote fluctuaties in de nominale premie verwachten, omdat deze premie zeer elastisch is ten opzichte van de kosten van de basisverzekering<sup>8</sup>.

Heeft men er wel rekening mee gehouden dat een dergelijke markt wel eens helemaal niet in evenwicht kan komen? En dat er dan dus niets terecht komt van het betrouwbare kompas van prijzen in markten? Ieder handboek socialistische planeconomie zal hiervoor waarschuwen<sup>9</sup>.

Welke ex-ante overdrachten zijn er eigenlijk nodig? Het fatsoen van onze samenleving laat zich meten naar de mate waarin wij bereid zijn verzorging te betalen voor degenen, waarvoor zorg niet is te verzekeren. Onder deze niet-stochastische kosten valt bij voorbeeld de zorg voor gehandicapten en dergelijke. In Nederland hebben we voor de financiering hiervan de AWBZ ingesteld. Natuurlijk is de heffing van deze volksverzekering gefiscaliseerd en telt hiervoor het beginsel van de heffing naar draagkracht.

Maar overdrachten voor het te individualiseren deel van de gezondheidszorg zijn nauwelijks meer nodig. Waarom dan een geüniformeerde basisverzekering en ingewikkelde normuitkeringen, die zijn gebaseerd op steeds verschuivende risicoprofielen? Leidt dit niet vanwege de ingebakken onevenwichtigheden tot een traditionele volksverzekering? Waarom vergroting van de collectieve lasten in een sector waar de uitgaven juist steeds duidelijker kunnen worden geprivatiseerd? Wordt dan geen lering getrokken uit het feit dat de sociale verzekeringssector (het ziekenfonds), veel duurder blijkt dan de particuliere sector<sup>10</sup>? Is dit alles niet een stap terug in de tijd?

## Een nieuw model

Een heroverweging van quasi-collectieve uitgaven, plaatst ons altijd voor "de dilemma's van sociale paradoxen, die zich steeds weer voordoen bij een hoger niveau van integratie"<sup>11</sup>. We zullen ons dus moeten realiseren welke overdrachten in deze sector nog wenselijk zijn en welke slechts door gepassioneerde minderheden geclaimd worden. Vast staat overigens de noodzaak tot herstructurering in de gezondheidszorg. De centrale regelgeving, uniform vastgestelde prijzen (die slechts een hulpmiddel vormen voor de verrekening van kosten en bepaald niet fungeren als kompas in keuzes tot beheersing van schaarste), klantvriendelijke wachttijden, inefficiënte organisaties, en dat temidden van grote technologische vernieuwingen. Alles schreeuwt hier om verandering.

Hoe kan het anders? Het gaat daarbij in wezen om drie soorten markten, die de kern kunnen vormen van de organisatie van gezondheidszorg. Op deze drie markten zullen de ruiltransacties plaats vinden tussen de drie te onderscheiden groepen van actoren, namelijk: de verzekerden, de zorgverstrekkers en de verzekeraars. We kunnen slechts een globale omschrijving van deze markten geven, omdat het niet te voorzien is welke (toelaatbare) vormen van integratie tussen de actoren nog ontstaan.

We zien momenteel dus als het ware twee tegengestelde tendensen in de waardering van de aard van de gezondheidszorg. Aan de ene kant de decollectivering van allerlei vormen van hulpverlening, gevoed door consumentisme en mondigheid. Dit betreft de verzekerbare zorg voor de niet-recidive aandoeningen. Deze tendens tot decollectivering kan tot uitdrukking worden gebracht in de markt tussen verzekerden en zorgverstrekkers en in de markt tussen verzekerden en verzekeraars.

De huidige particuliere verzekeringssector staat model voor dit stuk van de gezondheidszorg. Ook nu worden daar al allerlei soorten verzekeringen aangeboden, variërend in vormen van eigen risico en dekkingscomponenten (bij voorbeeld verzekeringen in-/exclusief kosten van huisarts, tandarts of luxere verpleegklasse). Hierin komen de keuzevrijheid van de verzekerde en de optimalisering van de dienstverlening door verzekeraars reeds tot hun recht. Maar deze verzekeringen moeten wel voor iedereen beschikbaar zijn. Dat betekent dat het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor het privaat te verzekeren deel van ziektekosten moet vervallen (verlaag dus systematisch de inkomensgrens voor de ziekenfondsverzekerden, en geef ook de ziekenfondsen de gelegenheid zich als particulier verzekeraar op te stellen). Om te voorkomen dat marktcompetitie zou leiden tot een te hoge prijsstelling, zodat de toegankelijkheid naar de gezondheidszorg in gevaar zou komen, denken wij aan de volgende flankerende maatregelen:

- alle verzekeraars bieden tenminste een basisdekking als vast onderdeel van hun verzekeringsproducten;
- de private verzekering is een verplichte verzekering (zoals dat ook geldt voor de aansprakelijkheidsverzekering bij gemotoriseerd vervoer);
- er bestaat een acceptatieplicht voor alle soorten private verzekeringen;
- voor ieder verzekeringsproduct geldt een maximale relatieve premiedifferentiatie naar leeftijd;
- stimuleer een 'agency'-structuur tussen verzekerde en verzekeraar, die de effectuering van de acceptatieplicht en de controle op de premiestructuur realiseert.

Voor de stabiliteit van deze markten is het dan wel noodzakelijk dat verzekeraar en verzekerde een langjarige verbintenis aangaan. Bovendien moeten verzekeraars de mogelijkheid hebben invloed uit te oefenen op prijs en hoeveelheid van de zorg. Dat betekent:

- geen contracteerplicht tussen zorgverlener of zorgorganisatie;
- opheffing van prijsbeschikkingen (maak in eerste instantie van de verplichte COTG (verrekenings-)tarieven maximumprijzen);
- schaf alle vestigingsbeperkingen af.

Daaraan tegengesteld is er de tendens tot verdere collectivering van zorg, voor zover deze zorg zich richt op recidive gezondheidsstoornissen<sup>12</sup>. Deze zorg behoort in de AWBZ thuis, maar kan, op budgetbasis, wel degelijk worden uitgevoerd door verzekeraars. We creëren daarmee een beperkte sociale verzekering, die wat betreft de prijsstelling van de zorg als het ware kan meeliften met het private verzekeringsdeel. (De poolingsregeling WTZ voor 65+ verzekerden, zou hierop kunnen worden aangesloten. Immers de kans op het gebruik van 'gecollectiviseerde' gezondheidszorg neemt toe naarmate men ouder wordt.) Deze beperkte sociale verzekering (met ex-ante premieoverdrachten door een inkomensafhankelijke financiering) is dan ingebed in een private structuur, waardoor de efficiënte uitvoering wordt afgedwongen.

**B.H. Posthuma  
K.J. Storm**

8. Van Duuren e.a., *Marktwerking, normuitkeringen en risicoselectie*, ESB, noot 3, 1989, blz. 1233.

9. Zie bij voorbeeld het zeer lezenswaardige boek van Lange, op wiens werk Pen ons attendeerde, O. Lange, *Introduction to economic cybernetics*, Warschau, 1970.

10. Zie hiervoor *Jaarboek KISG*, 1988, hoofdstuk 6, Houten, 1989.

11. A. de Swaan, *Zorg en de Staat*, Amsterdam, 1989, blz. 17.

12. Deze schijnbaar tegengestelde tendensen van decollectivering en van collectivisering zijn heel goed verenigbaar met onze cultuur van individualisering.