

# Een gezonde markt of een politieke zorg

*E.J. Bartelsman\*\* en Ph.A. ten Cate\*\*\**

*De gezondheidszorgmarkt is geen volmaakte vrije markt. In dit artikel gaan de auteurs allereerst in op de factoren die dit marktfalen veroorzaken. Aangegeven wordt hoe het is gesteld met statische en dynamische efficiency en X-inefficiency. Vervolgens laten de auteurs zien hoe de gezondheidszorg in Nederland is vormgegeven, hoe deze vormgeving zich verhoudt tot de theoretische modellen uit de literatuur en wat er in de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten veranderen om de voordelen van meer marktwerking te benutten (van de redactie).*

In de meeste geïndustrialiseerde landen worden de stelsels van gezondheidszorg onderworpen aan diagnostisch onderzoek en behandeling. De symptomen die deze bijzondere belangstelling nodig maken zijn grote stijgingen van de uitgaven voor gezondheidszorg in relatie met het Bruto Binnenlands Product (BBP), zie figuur 1. Ook de reële zorguitgaven per hoofd en de kosten per eenheid zorgproduct in verhouding tot de kosten per eenheid product van andere goederen stijgt.

In principe hoeft er niets mis te zijn als een groeiend aandeel van het BBP aangewend wordt voor gezondheidszorg. We maken ons immers ook niet druk over stijgende uitgaven aan restaurantbezoek of software. De vraag is echter of de uitgaven in de zorg een afspiegeling zijn van onze voorkeuren, anders gezegd of het systeem zo werkt dat de verleende zorg op de meest efficiënte manier tegemoet komt aan de behoeften van de patiënt.

---

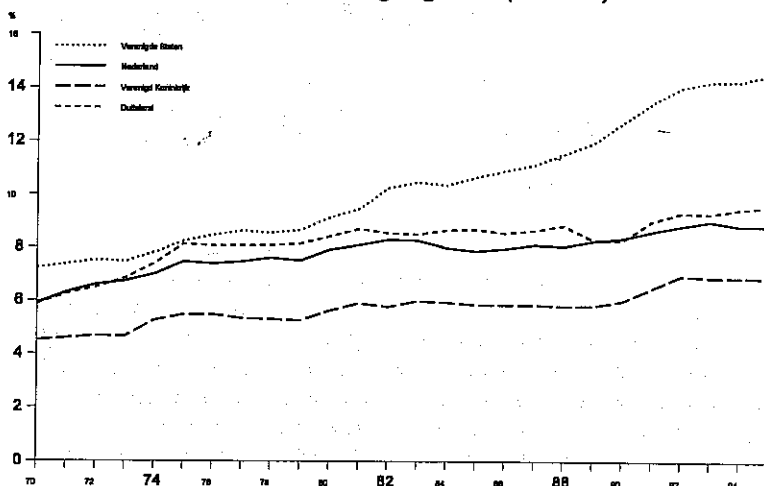
\* Het artikel is geschreven op persoonlijke titel. De auteurs bedanken A.H.M. de Jong voor inspiratie en begeleiding. Een eerder verslag van dat onderzoeksproject verscheen in CPB (1997).

\*\* Centraal Planbureau en Vrije Universiteit.

\*\*\* Centraal Planbureau.

Figuur 1:

## Gezondheidszorguitgaven (% BBP)



In een volmaakte vrije markt zou aan deze voorwaarde voldaan zijn. De bijbehorende voordelen zijn te benoemen als statische efficiency, dynamische efficiency en afwezigheid van X-inefficiency. Van statische efficiency is sprake als vraag en aanbod leiden tot een evenwichtsprijs waarbij zowel voor vraag als aanbod de marginale kosten gelijk zijn aan de marginale opbrengsten. Als in de kosten en opbrengsten de netto contante waarde van alle toekomstige (te verwachten) kosten en opbrengsten zijn meegenomen spreken we van dynamische efficiency. De verdeling van gebruik van middelen over de tijd is dan zo dat voortgaande innovatie sociaal zo voordelig mogelijk plaatsvindt. X-inefficiency, tenslotte, geeft aan dat er niet optimaal gebruik wordt gemaakt van productiemiddelen. De prikkel om efficiënt te produceren is dan niet voldoende aanwezig, veelal veroorzaakt door het principal-agentprobleem, waarop we later nog terugkomen. In een ideale vrije markt wordt echter verondersteld dat er volledige informatie is, ook tussen principal en agent, en dat marktkrachten dwingen om X-inefficiency tegen te gaan.

De gezondheidszorgmarkt is geen volmaakte vrije markt. In dit artikel zullen we allereerst ingaan op de factoren die dit marktfalen veroorzaken. We zullen de gezondheidsmarkt zoals die in theorie zou ontstaan zonder bemoeienis van de overheid of andere instituties, vergelijken met de volmaakte vrije markt. Daarbij zullen we aangeven hoe het gesteld is met statische efficiency, dynamische efficiency en X-inefficiency.

Er zijn diverse pogingen ondernomen om het marktfalen op te lossen of tenminste te verminderen. Deze pogingen kunnen geplaatst worden op een spectrum waarvan twee theoretische modellen de uiteinden vormen. Aan de ene kant van het spectrum bevindt zich de totale overheidscontrole, die we naar de Engelse term zullen afkorten als NH (National Health). De National Health Service in het Verenigd Koninkrijk in de vorm zoals die tot enkele jaren geleden heeft bestaan is hiervan een voorbeeld<sup>1</sup>. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich de geregleerde mededinging, MC (Managed Competition). Het uitgangspunt is de vrije gezondheidszorgmarkt, waarin door het opleggen van een structuur, prikkels worden geïntroduceerd voor de marktpartijen om consumenten en zorgverleners op efficiënte wijze samen te brengen. Dit model is in de afgelopen twee decennia ontwikkeld door onder anderen Enthoven<sup>2</sup>. In de meeste West-Europese landen zijn voorzichtig elementen ervan overgenomen onder druk van de stijgende gezondheidszorguitgaven, maar het duidelijkst is toepassing hiervan te vinden in delen van het zorgsysteem in de Verenigde Staten.

In de beschrijving van NH en MC zullen we ingaan op de oplossing voor het marktfalen die beide gestileerde systemen bieden.

Vervolgens zullen we beschrijven hoe de gezondheidszorg in Nederland is vormgegeven. We zullen aangeven hoe de vormgeving zich verhoudt tot de theoretische modellen. Tenslotte zullen we in de conclusies bespreken wat in de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten veranderen om meer voordelen van marktwerking te benutten.

## **1. Marktfalen in een vrije gezondheidszorgmarkt**

Er bestaan belangrijke verschillen tussen de gezondheidszorgmarkt en de volmaakte vrije markt. De behoefte aan gezondheidszorg van een individu komt niet voort uit een door de tijd min of meer constante nutsbeleving, maar uit het ontstaan van gezondheidsproblemen, waardoor een plotselinge behoefte aan gezondheidszorg ontstaat. Deze behoefte is onvoorspelbaar en kan zeer groot in omvang zijn. Door het onzekere tijdstip waarop de behoefte ontstaat en de onzekere omvang is het niet goed mogelijk voor deze gebeurtenissen te sparen, terwijl lenen alleen al door het feit dat mensen met gezondheidsproblemen ongezonde financiële risico's vormen ook geen oplossing biedt. In het algemeen wordt in dit soort situaties de toegang tot de zorg gewaarborgd door verzekeringen.

---

<sup>1</sup> Galjaard-Middel (1996)

<sup>2</sup> Enthoven (1996)

De verzekering brengt een aantal problemen met zich mee. Ten eerste is er de 'adverse selection'. Zouden verzekeraars alleen op basis van groepskenmerken actuariael faire premies berekenen, dan zouden de personen die een hoger risico denken te lopen eerder tot verzekering besluiten dan anderen. Dit is moeilijk te voorkomen, omdat individuen meer informatie over hun eigen risico's hebben dan de verzekeraars. Dit alles leidt ertoe dat de premies zullen stijgen en individuen met lage risico's eerder uit de verzekering stappen. Hierdoor kan een spiraal ontstaan die eindigt in steeds verslechterende risico-pooling, waardoor uiteindelijk geen verzekering meer wordt aangeboden<sup>3</sup>. Verder speelt het probleem dat de uitgaven scheef verdeeld zijn over de verzekerden<sup>4</sup>, zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht. Het kan daarom voor concurrerende verzekeraars winst opleveren om te proberen personen met een relatief hoog risico uit te sluiten of een hogere premie te laten betalen (risicoselectie).

Een ander gevolg van de verzekering is dat consumenten minder waarde zullen hechten aan de kosten die zij veroorzaken (moral hazard). Bij volledige verzekering zal een verzekerde zelfs volledig prijsindifferent zijn en zoveel zorg vragen als maar een positieve bijdrage kan leveren aan zijn toestand. Hierdoor zal het gevraagde niveau een flink stuk hoger liggen dan het optimale niveau. In de gezondheidszorg speelt informatie-asymmetrie bovendien een grote rol. De aanbieder van zorg is veelal de deskundige die bepaalt wat de patiënt nodig heeft. De aanbieders hebben dus een grote invloed op de vraag.

In figuur 2 geven  $Q_s$  en  $Q_d$  de marktaanbodcurve en de marktvragecurve bij volledige marktwerking aan. De marktaanbodcurve wordt bepaald door de kostenstructuur van het aanbod. Bij iedere prijs wordt het aanbodniveau zo vastgesteld dat de marginale kosten gelijk zijn aan de prijs. Het resultaat voor de aanbieders is bij die prijs maximaal. De marktvragecurve wordt onder andere bepaald door het inkomen en de gezondheidstoestand van de consumenten. Deze lijn geeft aan welke marginale opbrengsten verbonden zijn aan ieder consumptieniveau. Worden prijs en consumptieniveau bepaald door het snijpunt, resp.  $p^*$  en  $Q^*$ , dan zijn de marginale sociale opbrengsten gelijk aan de sociale kosten en is er statische efficiency.

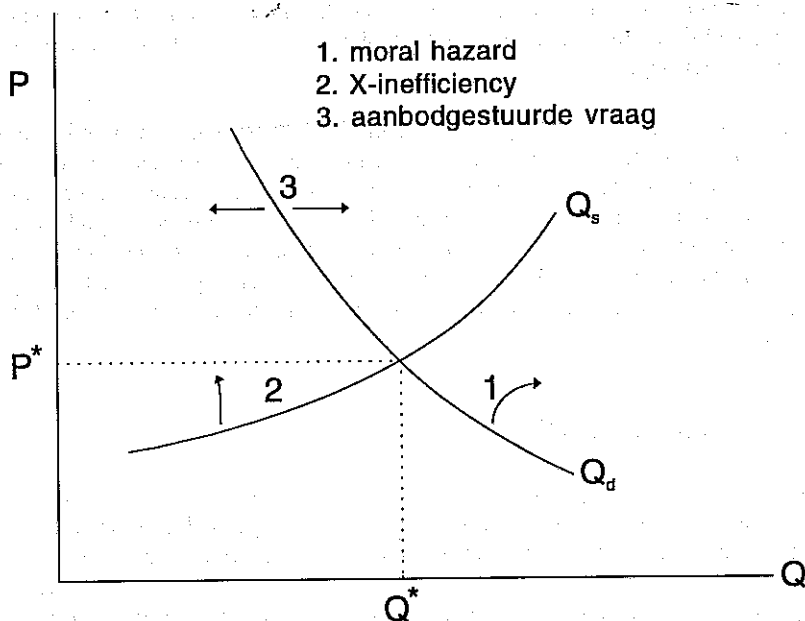
De situatie in de vrije gezondheidszorgmarkt leidt echter tot een ander consumptieniveau. Zoals hierboven is aangegeven, veroorzaakt moral hazard aan de vraagzijde een andere vragecurve en zullen private opbrengsten niet meer overeenkomen met sociale opbrengsten. Afhankelijk van het systeem van eigen bijdragen voor ontvangen zorg, zal de curve steiler lopen en bij volledige afwezigheid van eigen bijdragen in theorie zelfs verticaal op het snijpunt van  $Q_d$  met de X-as terechtkomen. Dit effect is in de figuur aangegeven bij cijfer 1.

<sup>3</sup> Schut (1995)

<sup>4</sup> Schut (1995)

Hierboven is al aangegeven dat de positie van de aanbodcurve afhankelijk is van de kostenstructuur van het aanbod. In een volmaakte vrije markt wordt optimaal gebruik gemaakt van de productiemiddelen. Als X-inefficiency voorkomt, kan dit een verschuiving van de aanbodcurve tot gevolg hebben (cijfer 2).

**Figuur 2:**



Door de informatie-asymmetrie bepalen de aanbieders uiteindelijk welke waarde de consumenten aan zorgconsumptie zullen toekennen. Dit betekent een volgende verschuiving van de vraagcurve (cijfer 3). Het is dan uiteindelijk de aanbodzijde die in grote mate bepaalt welk punt op de aanbodcurve het snijpunt dient te worden en dus wat geconsumeerd wordt tegen welke prijs. Dit nieuwe snijpunt geeft dan aan waar de winst voor de aanbieders maximaal is.

In het bovenstaande zijn we er steeds vanuitgegaan dat de aanbieders geen marktmacht hebben. Als zij in staat zijn hun gedrag te coördineren, is het bovendien mogelijk dat het punt dat gerealiseerd aanbod en prijs aangeeft, niet op de lijn  $Q_s$ , maar erboven ligt.

Omdat de patiënt bij afwezigheid van eigen betalingen voor iedere marginale verbetering van zijn gezondheid een in principe ongelimiteerde prijs zou willen

betalen, of beter: de verzekeraar zou willen laten betalen, kan de introductie van nieuwe dure technologieën voor de aanbodzijde uiterst lucratief zijn. Als door een investering in nieuwe technologie voor patiënten een positief effect op de gezondheid behaald kan worden, kan dat voldoende zijn om de investering rendabel te maken. De kosten zullen eenvoudig aan de patiënt in rekening gebracht worden, die ze op zijn beurt weer door de verzekeraar laat betalen. De netto contante waarde van de sociale opbrengsten van de investering kan echter lager zijn dan de netto contante waarde van de in rekening gebrachte bedragen bij gebruik van de nieuwe technologie. Er is dan sprake van dynamische inefficiency.

Wat veroorzaakt in de vrije gezondheidsmarkt X-inefficiency? Aanbieders die inefficiënt produceren kunnen blijven bestaan omdat de consument vanwege de informatie-problemen niet in staat is om verschillen in efficiency tussen zorgaanbieders te onderscheiden. Naarmate de concurrentie tussen de aanbieders sterker is (bijvoorbeeld door consumenten vergelijkende informatie over kwaliteit van zorgverleners te leveren) en dus de prijzen lager liggen, zal het belangrijker zijn voor aanbieders om optimaal van de productiemiddelen gebruik te maken.

## 2. National health (NH)

In het NH-model, zoals in het Verenigd Koninkrijk bestond voor de hervormingen van 1991, wordt een centraal budget voor gezondheidszorgdiensten door belastingen gefinancierd. Het budget wordt verdeeld over diverse regio's en sectoren van de gezondheidszorg, waarbij geoordeelde bedragen bestemd zijn voor personeelskosten, materiële kosten, geneesmiddelen en investeringen. De in de gezondheidszorg werkzame personen zijn in loondienst en de capaciteit (ziekenhuisbedden, operatiefaciliteiten) wordt door de overheid gepland.

In theorie zou de overheid een budget kunnen vaststellen dat voldoende is om het ideale niveau  $Q^*$  te bereiken. De overheid zal echter niet weten wat het ideale niveau is. Bovendien zal in dit model X-inefficiency ontstaan doordat alle in de gezondheidssector werkzame personen in loondienst zijn en geen directe prikkel hebben om binnen hun werktijd zo efficiënt mogelijk te werken. De overheid zal waarschijnlijk kennis van de omvang van dit probleem ontberen en staat niet onder zware druk om hier veel aandacht aan te besteden. Ook in het NH-model is de vraag afhankelijk van het systeem van eigen bijdragen. Het effect van moral hazard in figuur 2 aangegeven bij cijfer 1, is ook hier aanwezig.

De informatie-asymmetrie heeft ook hier tot gevolg dat de vraag informatiegestuurd is. In het NH-model hebben de aanbieders een prikkel om de vraag af te remmen, zodat de vraagcurve naar links opschuift.

De door moral hazard naar rechts gedraaide vraagcurve en de door X-inefficiëncy naar boven verschoven aanbodcurve leveren een nieuw snijpunt op, dat ook na verschuiving van de vraagcurve door aanbodgestuurde vraag, hogere marginale kosten en een grotere hoeveelheid zal weergeven. Het is heel goed mogelijk dat het door de overheid vastgestelde budget op een punt van de aanbodcurve ligt, dat een lagere hoeveelheid weergeeft. In dat geval kan de discrepantie zich uiten in wachtlijsten. Deze kunnen, omdat ze door de consumenten als ongewenst zullen worden beschouwd, de overheid onder druk zetten om de budgetten te verhogen, waardoor mogelijk meer statische inefficiëncy zal optreden.

Ook dynamische efficiëncy is niet gegarandeerd. Het is immers aan de overheid om de uitgaven aan apparatuur te plannen. Politieke druk zal eerder reden zijn om groei van het consumptieniveau toe te laten dan om nieuwe technologieën te introduceren. Innovatie zal dus waarschijnlijk ondergewaardeerd worden in dit systeem.

De hervormingen sinds 1991 hebben in het NH systeem marktelementen geïntroduceerd die lijken op elementen van het MC-model. De nieuwe GP-fundholders zijn huisartsen(groeps)praktijken die een vast bedrag ontvangen voor primaire en secundaire zorg van de bij hen ingeschreven patiënten. De huisartsen moeten financieel risico dragen voor het volledige zorgtraject. Dit leidt tot een financieel belang bij de afweging tussen het zelf behandelen van de patiënt en het inkopen van secundaire zorg.

### **3. Gereguleerde Mededinging (MC)**

In het MC-model zijn prikkels aanwezig voor de actoren om zich zo te gedragen als in een markt waarin aan alle noodzakelijke voorwaarden om te komen tot volledige marktwerking is voldaan. Prijssignalen en marktwerking worden zo vormgegeven dat kostenbewust gedrag van consumenten en winstzoekende aanbieders op efficiënte wijze samenkomen.

Er wordt een nieuwe marktpartij in het leven geroepen die de informatiestromen tussen vraag en aanbod van zorg moet verbeteren: de sponsor. Dit is een institutie die voor een grote groep consumenten (bijvoorbeeld alle inwoners van een regio) de basisregels voor de concurrentie bepaalt, de partijen van informatie voorziet en premies (her)verdeelt.

De aanbieders op de gereguleerde markt moeten een offerte indienen bij de sponsor om voor een bepaalde periode zorgvoorzieningen te verlenen aan iedere consument die dat tegen de geboden premie zou willen kopen. De aanbieders worden aangeduid als *zorgplannen*, en kunnen verschillende vormen aannemen. Een zorgplan zou er uit kunnen zien als een traditionele verzekeraar, die de rekeningen van zorgverleners vergoed. Ook kunnen verzekerings- en verleningstaken geïntegreerd worden, waarbij de verleners op verscheidene manieren beloond kunnen worden: een vast bedrag voor aantallen ingeschreven patiënten, in loondienst bij de zorgplanaanbieder, een belang in de zorgplanaanbieder of meedelen in de winst. De zorgplanaanbieders zijn ook vrij om te kiezen met welke zorgverleners contracten worden afgesloten. Het wordt daardoor interessant om de verrichtingen van de zorgverleners goed te volgen, zodat de efficiëntst werkende zorgverleners in de toekomst gecontracteerd kunnen worden. Voor de verleners zelf is het daarom zaak goed te presteren. De dekkingssomvang van de zorgplannen kan verschillen, maar moet tenminste aan een door de sponsor vastgesteld minimum niveau voldoen.

Voorbeelden van geïntegreerde zorgverlening zijn te vinden in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk. In het Verenigd Koninkrijk zijn er sinds de hervormingen in 1991 de GP-fundholders zoals hierboven beschreven. In de VS begonnen de eerste 'Health Maintenance Organisations' (HMO's) al voor de Tweede Wereldoorlog, alhoewel ze pas de laatste 15 jaar sterk in marktaandeel hebben zijn gegroeid. HMO's regelen tegen een vaste bijdrage per jaar alle zorg voor een patiënt. Meestal zijn de artsen in loondienst of zijn ze mede-eigenaar. Een andere vorm van zorgplan heet 'preferred provider insurance', waarbij de verzekeraar de klant korting geeft op de premie of een lagere eigen bijdrage verlangt als gebruik wordt gemaakt van door de verzekeraar aangewezen artsen. Deze artsen, op hun beurt, stellen zich bloot aan het monitoren van de zorg door de verzekeraar.

Aan de consumenten wordt de mogelijkheid gegeven te kiezen voor een van de zorgplannen. Iedere zorgplanaanbieder stelt voor zijn zorgplan een prijs vast die gelijk is voor de gehele populatie<sup>5</sup>. De sponsor int de premies. Het deel van de premie dat betrekking heeft op het minimum verzekeringsniveau wordt door de sponsor herverdeeld over de zorgplanaanbieders op basis van de risicoprofielen van de in de zorgplannen ondergebrachte personen. Hierdoor kunnen de zorgplanaanbieders in plaats van op risicoselectie zich richten op het efficiënt verschaffen van zorg, gegeven het risicoprofiel van hun populatie. De sponsor biedt aan de consument na vooraf bepaalde tijdsintervallen de mogelijkheid om

<sup>5</sup> Desgewenst kan inkomenssolidariteit ingebouwd worden, bijvoorbeeld door het goedkoopste plan aan te bieden voor een inkomensafhankelijke premie. Wie een duurder plan wil kiezen betaalt dan het verschil bij.



te kiezen voor een van de zorgplannen. Daarbij geeft de sponsor informatie over de kwaliteit en het niveau van de plannen.

In de zorgplannen wordt moral hazard tegengegaan door het in rekening brengen van een deel van de gebruikte zorg aan de consument.

In tegenstelling tot het NH-model zal het in het MC-model wel meevallen met de X-inefficiency. Als zorgaanbieders hun productiemiddelen immers niet efficiënt inzetten, zullen zij zich daardoor in negatieve zin onderscheiden van hun collega's. Zelfs al zouden de zorgverleners grotendeels in loondienst zijn, door de vrijheid van de zorgplanaanbieders om contracten niet voort te zetten en doordat de markt de zorgplanaanbieders oplegt de efficiëntste zorgverleners te contracteren, zal de druk groot zijn om efficiëntie te betrachten. Wellicht wordt X-inefficiency niet geheel uitgebannen, zeer groot zal die ook niet zijn.

Om de statische efficiency te evalueren zullen we kijken hoe het MC-model in figuur 2 te plaatsen is. De aanbodcurve zal bij geringe X-inefficiency dicht bij de curve  $Q_s$  liggen. De vraagcurve van de consument valt wederom niet samen met curve  $Q_d$  onder invloed van de moral hazard. Een belangrijk verschil met de eerder beschreven modellen is dat de uiteindelijke vraag niet door de consument, maar door de zorgplanaanbieder wordt uitgeoefend. Het plan is gebaat bij een laag verstrekkingenniveau, waardoor de uiteindelijke vraag in dit model nog naar links, dus richting de oude  $Q_d$ , zou kunnen opschuiven. Overigens maakt dit ook een mogelijk bezwaar van dit systeem duidelijk: het gevaar dat te weinig zorg wordt verleend. Het in een enkel geval verwaarlozen van een patiënt kan immers veel geld opleveren. Excessen dienen voorkomen te worden door wettelijke eisen die gesteld worden aan medisch handelen. Verder is het de taak van de sponsor om de kwaliteit van de zorgplannen steeds te vergelijken, zodat prijsvoordelen die gebaseerd zijn op lagere kwaliteit duidelijk worden. Oplossing van dit bezwaar van het systeem brengt echter tegelijkertijd een nieuw probleem met zich mee. Door dit soort kwaliteitsbewaking, te zamen met de kosten voor risicoverevening, kunnen de administratieve lasten van het systeem hoog worden.

Desalniettemin zijn er in het systeem krachten aan het werk die het totale zorgniveau in de richting van het optimum brengen, waardoor statische efficiency niet gegarandeerd, maar wel gestimuleerd wordt.

De zorgplanaanbieders hebben ook reden om zich met de toekomst bezig te houden, door middel van investeringen en innovatieve activiteiten. Hierdoor kan immers een voordeel op de concurrentie behaald worden. Nieuwe medische technologie zal door de zorgplanaanbieders getoetst worden op kosten en baten, hetgeen de ontwikkeling van nieuwe technieken in de juiste richting zal

sturen<sup>6</sup>. Ook hebben zorgplanaanbieders meer prikkels om te investeren in preventieve zorg voor hun klanten dan zorgverleners in een vrije markt. Al met al zorgt MC beter voor dynamische efficiency dan een vrije markt of dan NH.

#### 4. Gezondheidszorg in Nederland

De gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd in drie compartimenten. In het eerste compartiment bevindt zich de langdurige zorg. Hiertoe behoren gehandicaptenzorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Vanwege de aard en de hoge kosten wordt de zorg in dit compartiment beschouwd als onverzekerbaar risico. De uitgaven worden gedekt uit de volksverzekering AWBZ, waarvoor de premie geheven wordt over het belastbaar inkomen in de eerste belastingschijf.

Het tweede compartiment omvat de noodzakelijke kortdurende zorg. Zorg door huisartsen, specialisten en ziekenhuizen vallen hieronder, maar ook genes- en hulpmiddelen. De kosten worden voor werknemers met een inkomen beneden de loongrens (en hun gezinnen) gedekt door het ziekenfonds. Zij betalen daarvoor een premie die inkomensafhankelijk is en een relatief klein bedrag aan nominale premie per verzekerde<sup>7</sup>. Vanaf 1997 betalen de verzekerden ook een eigen bijdrage voor de zorg die zij ontvangen, met uitzondering van zorg verleend door de huisarts. Ook de meeste uitkeringsgerechtigden zijn ziekenfondsverzekerde. De overigen zijn aangewezen op een particuliere verzekering, waarvan de premie onafhankelijk is van het inkomen<sup>8</sup>, maar afhankelijk van risicofactoren. Voor verzekerden die niet een duidelijk groot risico meebrengen, vindt risicoclassificatie meestal plaats op basis van de leeftijd. In de particuliere verzekering is een eigen risico aan de voet gebruikelijk. Particuliere verzekeraars zijn volgens de WTZ<sup>9</sup> verplicht mensen uit bepaalde groepen met een hoog risico als verzekerde op een standaard(pakket)polis te accepteren. Het verlies dat zij hierop lijden wordt als WTZ-heffing over alle particulier verzekerden omgeslagen. Particulier verzekerden betalen daarnaast nog per verzekerde de MOOZ<sup>10</sup>-bijdrage. Dit komt ten goede aan het ziekenfonds ter com-

<sup>6</sup> Aangezien veel technologie van buiten Nederland komt, zal het effect van deze richtingverandering echter niet groot zijn. Consumenten zullen druk uitoefenen om technieken te gebruiken zolang de baten hun privé-kosten te boven gaan.

<sup>7</sup> Voor de eerste twee meeverzekerde kinderen wordt de halve nominale premie berekend; de volgende kinderen zijn gratis meeverzekerde.

<sup>8</sup> De publiekrechtelijk verzekerden betalen wel een inkomensafhankelijke premie en bovendien een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Deze relatief kleine groep laten we verder buiten beschouwing.

<sup>9</sup> Wet Toegang Ziektekostenverzekering

<sup>10</sup> Medefinanciering voor oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden

pensatie van het relatief hoge aantal oudere (en dus dure) verzekerden dat zich in het ziekenfonds bevindt.

In het derde compartiment bevindt zich de niet-noodzakelijke en overige zorg. Financiering vindt plaats door aanvullende verzekeringen of eigen betalingen.

In de AWBZ worden de premies centraal geïnd en op basis van het (geplande) aantallen verpleegdagen en verrichtingen over de instellingen verdeeld. Ook de procentuele ziekenfondspremies worden centraal geïnd. Op basis van de risico-karakteristieken van hun verzekerdenbestand, waarbij leeftijd, geslacht, woon-regio en arbeidsongeschiktheid van de verzekerden een rol spelen, krijgen de ziekenfondsen hieruit een budget. Een overschrijding van het budget komt grotendeels ten laste van het fonds zelf. Om dit risico te dragen kunnen de ziekenfondsen de nominale premie, die zij zelf incasseren, variëren. Het is de bedoeling dat op deze manier concurrentie ontstaat tussen de fondsen, waarbij het efficiëntst werkende fonds de laagste nominale premie kan hanteren en daarmee aantrekkelijk kan worden voor verzekerden.

De concurrentie bij de particuliere verzekeringen werkt direct via de premies en de dekking. De verschillen in dekking, tariefstructuur en eigen risico zijn echter ondoorzichtig.

Het zorgtraject van een verzekerde start in 'normale' gevallen bij de huisarts. Deze kan de patiënt zelf helpen met een eenvoudige behandeling of geneesmiddelen. Bij grotere problemen fungeert de huisarts als poortwachter die bepaalt of de patiënt moet worden doorverwezen naar een specialist of andere zorgverlener. Voor ziekenfondspatiënten ontvangt de huisarts een abonnementstarief per ingeschreven patiënt ongeacht het aantal consulten. Voor particuliere patiënten declareert de huisarts een tarief per consult of verrichting.

De specialist bepaalt of opname in het ziekenhuis gewenst is en bepaalt ook de ontslagdatum. De meeste specialisten zijn niet in loondienst maar declareren per verrichting aan ziekenfonds of particuliere verzekering. Als tarief wordt in de praktijk vrijwel altijd het wettelijk geldende maximum in rekening gebracht. Voor het ziekenhuisverblijf krijgt de patiënt een aparte rekening, waarop verrichtingen door het ziekenhuis tegen een landelijk tarief worden gedeclareerd en het aantal ligdagen volgens een ziekenhuisspecifiek tarief. De ziekenhuizen zelf zijn gebudgetteerd. Wordt meer aan tarieven ontvangen dan volgens het budget mag binnenkomen, dan wordt het tarief vervolgens lager vastgesteld.

Momenteel wordt nieuwe wetgeving voorbereid waarin de medisch-specialistische zorg en de ziekenhuiszorg geïntegreerd worden. De nieuwe organisatie krijgt een geïntegreerd budget en declareert als eenheid bij de verzekeraar. De specialisten zijn dan in loondienst van het ziekenhuis of ontvangen een honorariumbudget. Wat de effecten van deze integratie zullen zijn op de totale zor-

guitaven valt niet te voorspellen voordat meer duidelijkheid komt over de gevolgen voor de budgettering, tariefstructuur, enz..

Bijvoorbeeld bij een systeem van 'prospective payment', waar een standaard diagnose leidt tot een vaste vergoeding ongeacht het verschaft zorgvolume, zou de nieuwe organisatie financieel risico dragen en proberen de zorgkosten zo laag mogelijk te houden, wat niet noodzakelijk overeenkomt met een zo groot mogelijke doelmatigheid.

De vormgeving van het eerste compartiment is het beste te vergelijken met het NH-model. De capaciteit wordt door de overheid bepaald en er wordt een budget verdeeld over de instellingen. Wachtdlijsten komen in dit compartiment veel voor.

In het tweede compartiment komen elementen van het MC-model voor naast budgettering. De ziekenfondsen zouden gezien kunnen worden als zorgplanaanbieders met allemaal dezelfde dekking. Ze krijgen daarvoor een bedrag dat gebaseerd is op het risicoprofiel van het verzekerdenbestand en ze mogen zelfstandig een premie in rekening brengen (bovenop de landelijk vastgestelde procentuele premie). Het is echter moeilijk om een concurrentievoordeel te verkrijgen, omdat de integratie met de zorgverleners ontbreekt. De mogelijkheid om zorgverleners uit te sluiten bestaat formeel wel, maar in de praktijk contracteert een regionaal fonds de regionale zorgverleners en worden de declaraties die daaruit voortvloeien door alle fondsen geaccepteerd. Het element van het MC-model dat echter nog geheel ontbreekt in het tweede compartiment is de sponsor, wiens bijdrage cruciaal is voor het functioneren van de gereguleerde markt.

## 5. Conclusies

Het Nederlandse zorgsysteem is de laatste jaren onderhevig geweest aan politieke reconstructies die het embryonale stadium nooit hebben verlaten (zie het rapport van de commissie Dekker, 1987, en de voorstellen stelselwijziging van staatssecretaris Simons, 1990). Het politieke belang van een functionerend systeem, zelfs met gebreken, en de gevestigde belangen van zorgverleners en verzekeraars hebben ervoor gezorgd dat alle radicale plannen zijn afgeweerd. Toch tekenden zich weer duidelijke barsten af in een gespannen systeem waar een Minister ieder jaar bij haar collega's moet bedelen voor een groter deel van de overheidskoek, waar specialisten jaar in jaar uit hun tarieven zien dalen terwijl ze toch menen harder en harder te moeten werken, waar verzekeraars steeds nieuwere technieken toepassen om klanten met een hoog risico te weren en waar de patiënten toegang eisen tot steeds duurdere medische technologie.

Gereguleerde mededinging kan ervoor zorgen dat de ontevreden partijen meer invloed krijgen op zaken die voor hen van belang zijn. De politiek kan beslissen wat het minimum zorgniveau is dat voor iedere burger toegankelijk wordt gemaakt, en welke mate van inkomenssolidariteit ingebouwd moet worden. De zorgverleners kunnen afwegingen maken tussen het zelfstandig uitoefenen van hun beroep of het gezamenlijk met collega's uitstippelen van efficiënte zorgtrajecten. Ook zal bij zorgverleners een directer verband bestaan tussen prestatie en beloning. De verzekeraars kunnen zich gaan wijden aan het speuren naar efficiënte zorgtrajecten en hoeven zich geen zorgen meer te maken over het risicoprofiel van hun klanten. Consumenten kunnen bij gereguleerde mededinging keuzes maken tussen verschillende typen zorg, bijvoorbeeld tussen traditionele verzekering met volledige vergoeding en complete zorg via een geïntegreerde zorginstelling. Ook zal de consument de financiële gevolgen van zijn keuzes voelen en daardoor bewuster kiezen.

Hoe kan zo'n systeem in Nederland geïntroduceerd worden? Een vereiste om gereguleerde mededinging van de grond te krijgen is dat de medische stand beter begrijpt wat de afwegingen zijn. Artsen zullen in een systeem van MC meer invloed hebben op hun arbeidsvoorwaarden dan nu het geval is, zij het dat hun keuzeruimte door de markt wordt afgebakend. Gegeven de huidige druk die door het centrale tariefstelsel op artsen wordt uitgeoefend, is de onzekerheid van de markt misschien wel een zegen.

Opmerkingen dat de huidige problemen in de zorg duiden op het falen van gereguleerde mededinging in Nederland<sup>11</sup>, geven blijk van het falen van economen in het verwoorden van hun positie<sup>12</sup>. De stappen die de laatste tien jaar zijn genomen in de richting van de markt komen nauwelijks tot de kern van de zaak, namelijk marktprikkels in de zorgverlening. De huidige prikkels zullen hooguit de X-inefficiëncy bij het uitvoeren van de administratieve taken bij de ziekenfondsen verminderen, en ervoor zorgen dat ziekenfondsen deze administratieve diensten tegen marktconforme prijzen aanbieden. Echter, fondsen en verzekeraars moeten nog steeds de rekening van de zorgverleners doorschuiven naar de consument. De voorzieningen worden nog steeds verleend onder marktomstandigheden waar de aanbieders veel invloed hebben op de vraag en waar technische ontwikkelingen geen rekening houden met kosten.

Er moet dus nog het een en ander gebeuren voordat MC in Nederland een werkelijkheid is. Uiteindelijk valt of staat het systeem van gereguleerde mededinging met het voldoen aan *alle* voorwaarden die theoretisch nodig zijn. Ten eerste moeten er veranderingen komen in regelgeving die het ontstaan van verschillende vormen van gereguleerde zorg mogelijk maken. Op het ogenblik is er vrijheid in selectieve contractering door verzekeraars van vrije beroepsuit-

<sup>11</sup> Viononen (1997)

<sup>12</sup> zie ook Fuchs (1996), die de spraakverwarring tussen medici en economen analyseert.

oefenaars. Dit zou uitgebreid moeten worden naar alle medische instellingen. Ook zouden samenwerkingsverbanden tussen verzekeraar en zorgaanbieder vrijgelaten moeten worden.

Ten tweede moet er acceptatieplicht zijn voor verzekeraars die een offerte uitbrengen voor klanten tegen een risico-solidaire premie. De sponsor zorgt voor ex-ante risico-verevening. Er moet hiervoor grote druk op verzekeraars worden uitgeoefend zodat zij hun selectie-instrument uit handen durven te geven, waarmee ze nu juist voordelen ten opzichte van anderen behalen.

Voorts is voor MC ook van belang het goed functioneren van de sponsor die moet zorgen voor helderheid in de informatiestromen tussen vraag en aanbod. De sponsor moet zorgen dat marktprikkels tussen zorgverleners en consument goed verlopen door het wegnemen van marktfalen veroorzaakt door informatie-scheefheid, hetgeen adverse selection en moral hazard met zich mee brengt. Concrete plannen voor het opzetten van zo'n sponsor zijn in de politiek nog nauwelijks gehoord.

## Literatuur

- Aaron, H.J., 1996, *The Problem that Won't Go Away*, Brookings Institution, Washington DC
- Arrow, K.J., 1963, 'Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,' *American Economic Review*, LIII(5), December
- COTG, 1994, 'Jaarverslag', COTG, Utrecht
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker), 1987, *Bereidheid tot verandering*, Distributiecentrum overheidspublicaties, Den Haag
- CPB, 1997, 'Health Care' in: *Challenging Neighbours*, Springer, Berlin
- Cutler, D.M., 1996, 'Public Policy for Health Care', NBER Working Paper no. 5591, Cambridge, Mass
- Enthoven, A.C., 1988, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Elsevier Science, New York
- Fuchs, V.R., 1996, 'Economics, Values, and Health Care Reform', *American Economic Review*, 86(1), March
- Galjaard-Middel, I., 1996, 'National Health Service', CPB, Interne Notitie 96/II/20, September
- McKinsey, 1996, *Health Care Productivity*, McKinsey & Company, Los Angeles
- Newhouse, J.P., 1986, 'Capitation and Medicare', Rand Report: R-3455-HCFA, The RAND Corporation
- , 1993, *Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, Mass

- , 1996, 'Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection', *Journal of Economic Literature*, XXXIV
- OECD, 1996, *Health Data 1996*, Paris
- , 1995, 'Healthcare Reform: The Will to Change,' *Health Policy Studies*, no.5, Paris
- RIVM, 1993, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, SDU Publishers, Den Haag
- Schut, F.T., 1995, *Competition in the Dutch Health Care Sector*, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Vienonen, M.A., 1997, 'Health and the health care system in the Netherlands' in: Schrijvers, F.T. (ed.), *Health and Health Care in the Netherlands*, De Tijdstroom, Utrecht
- White, J., 1995, *Competing Solutions - American Health Care Proposals and International Experience*, The Brookings Insitutions, Washington D.C.