



*Gezondheidszorg
tussen Marx en markt*

Eddy K.A. van Doorslaer



Rede EUR 1998:

Gezondheidszorg tussen Marx en markt

Inaugurale rede
in verkorte versie
uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van bijzonder hoogleraar
Economie van de gezondheidszorg,
in het bijzonder de verdelingsvraagstukken,
aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
van de Erasmus Universiteit Rotterdam
op 20 februari 1998
door

Eddy van Doorslaer

welke de mogelijke te verwachten gevolgen zijn van een toenemende rol van marktwerking ten aanzien van een al dan niet rechtvaardige verdeling van de lasten en lusten van de zorg.

'There is no market, like the health care market'

Een beroemd gezegde van de Chicago econoom Milton Friedman is "There is no such thing as a free lunch", waarmee hij bedoelde dat alles zijn prijs heeft. De gezondheidszorg leek lange tijd wel op een gratis lunch. De arts koos de gerechten uit op het menu en bestelde in naam van de patiënt omdat die het menu niet kon lezen en begrijpen. De rekening werd naar een derde partij gestuurd (de overheid of de verzekeraar). Omdat artsen ook vaak zelf restauranthouders of tenminste leveranciers waren, hoefde het geen verwondering te wekken dat de maaltijdkosten de pan uit rezen. In vele gevallen was het zelfs zo dat de artsen niet eens menus kregen waarop de prijzen vermeld stonden zodat alleen de verwachte kwaliteit van de spijzen - of de exotische naamgeving ervan! - vaak de doorslag gaf. De vergelijking met de gezondheidszorg gaat slechts ten dele op: de kwaliteit van medische zorg is veel moeilijker te beoordelen (door patiënten, maar ook soms door artsen) dan van gerechten, en er bestaat in de horeca geen bijzondere vertrouwensrelatie tussen de adviseur en de geadviseerde zoals in de gezondheidszorg. Maar het cruciale economische probleem in de gezondheidszorg is dat niemand in de driehoeksverhouding arts- patiënt-zorgverzekeraar tegelijkertijd zowel de relevante informatie als de prikkel had om kosten en baten (waaronder effecten op gezondheid) tegen elkaar af te wegen bij het maken van keuzen. Eén van de grootste uitdagingen voor gezondheidseconomen bestaat uit de vraag hoe de verhoudingen tussen deze drie partijen zodanig kunnen worden gestructureerd dat die cruciale afweging wel plaatsvindt.

In een vrije markt situatie zijn het de consumenten die bij hun aankoopbeslissingen die afweging maken. Maar één van de oudste resultaten van de gezondheidseconomie (cf. Arrow, 1963) leert ons dat een aantal intrinsieke kenmerken van het economisch goed gezondheidszorg er voor zorgt dat de "onzichtbare hand" van het marktmechanisme niet automatisch tot een zogenaamde optimale allocatie van middelen zal leiden¹. Vrijwel iedere econoom - ook de

meest liberale - is er van overtuigd dat een zekere mate van overheidsingrijpen met de "zichtbare hand" noodzakelijk is om het marktfalen in de gezondheidszorg te corrigeren. Veel minder eensgezindheid bestaat er over de mate en de aard van de gewenste overheidsinterventie. Betekent dit dat de overheid de volledige financiering en verstrekking van zorg voor zijn rekening moet nemen zoals bijvoorbeeld in de Britse National Health Service en in sommige Scandinavische landen? Of volstaat het om een vangnet voor de meest kwetsbare groepen te organiseren zoals bijvoorbeeld het Medicare programma voor ouderen en het Medicaid programma voor de armen in de Verenigde Staten?

In Nederland en vele andere West-Europese landen is gekozen voor een verplicht sociaal verzekeringsstelsel voor de gehele bevolking, zoals in België of in Frankrijk, of toch een groot gedeelte ervan, zoals in Nederland en in Duitsland. Hoewel argumenten voor overheidsingrijpen deels zijn ontleend aan de economische theorie, hebben de grote verschillen tussen landen natuurlijk ook veel te maken met ideologische keuzen.

In de afgelopen decennia is het inzicht gegroeid dat ook centrale overheidsplanning en -regulering niet noodzakelijk tot een ('second-best') optimale allocatie leidt. Door het geleidelijk vervangen van de open-eind financiering (betaling per verrichting, per verpleegdag, enz.) door een meer gesloten-eind of budgetfinanciering (forfaitair per patiënt, per diagnose-gerelateerde opname, enz.) of een mengvorm van de twee, zijn de meeste landen er eind van de jaren tachtig in geslaagd de stijging van de uitgaven voorgezondheidszorg (uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal produkt) onder controle te krijgen. Er is nu een duidelijke stabilisering opgetreden, bij een percentage van rond de 8% in Nederland en België, en de laatste jaren is er zelfs sprake van een lichte daling. Maar de druk op de uitgaven zal in de nabije toekomst geenszins afnemen. En ook in het Europa van de éénwording zal het gedeelte van de welvaart dat via de collectieve middelen naar de gezondheidszorg stroomt niet echt kunnen toenemen. Vandaar de weer toegenomen belangstelling om de druk van de ketel te halen door het verhogen van het particulier gefinancierde aandeel.

Doelmatigheid en gezondheidszorg

Maar kostenbeheersing garandeert nog geen doelmatigheid. Ondanks overheidstussenkomst ter correctie van marktfalen, bleef het meest fundamentele doelmatigheidsprobleem onaangeroerd: de voornaamste actoren op de gezondheidszorgmarkt beschikken niet tegelijk over een belangrijke prikkel, noch over de benodigde informatie, om een afgewogen keuze te maken bij de medische consumptiebeslissingen. Dit is wat economen het probleem van *allocatieve efficiëntie* noemen: hoe kan ervoor gezorgd worden dat tegen de laagste kosten die medische zorg geproduceerd wordt die het best beantwoordt aan de wensen van de gebruikers? Het voorbije decennium is in de meeste landen het inzicht gegroeid dat alle betrokken actoren in deze besluitvorming meer (financiële) verantwoordelijkheid zouden moeten gaan dragen dan totnogtoe meestal het geval is geweest. Er werd daarbij vooral gezocht naar betalings- en vergoedingssystemen die betere financiële prikkels of 'incentives' voor doelmatigheid genereren. In landen met een sociale ziektekostenverzekering wordt daarbij in de eerste plaats gedacht aan een activering van de rol van de 'derde partij' – de ziekenfondsen of verzekeraars – al dan niet in combinatie met een systeem van gereguleerde concurrentie (van de Ven, Schut en Rutten, 1994). Een belangrijk deel van het onderzoeksprogramma Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg van ons Instituut BMG is precies gewijd aan dit onderwerp. We komen hier in het laatste deel van de rede nog op terug.

Het bijstellen van de financiële prikkels voor de gezondheidszorg actoren via een andere organisatie- en financieringsstructuur is echter niet voldoende. Men moet ook beschikken over informatie over relatieve efficiëntie van alternatieven. In een normale markt met een goed werkend prijsmechanisme wordt die informatie door prijsverhoudingen gesignaleerd. En goed dat erg in trek is en schaars, wordt duurder; iets waarnaar weinig vraag is of waarvoor een groot aanbod bestaat, wordt goedkoper. De betalingsbereidheid van de consumenten bepaalt in hoge mate de prijsvorming. In de gezondheidszorg is dit niet (of veel minder) het geval omdat tarieven niet tot stand komen op basis van vrije prijsvorming maar op basis van onderhandelingen. De reden daarvoor is dat consumenten in de gezondheidszorg niet geacht worden 'soeverein' te zijn, dat wil zeggen over voldoende informatie te beschikken om via

hun betalingsbereidheid uitdrukking te geven aan hun voorkeuren voor gezondheidszorg.

Er is daardoor grote nood aan andere bronnen van informatie omtrent de relatieve doelmatigheid (dus kosten en effecten op gezondheid) van alternatieve toepassingen van beschikbare middelen in de gezondheidszorg. Tot voor kort was daarover relatief weinig bekend. Voor slechts voor handvol interventies was daarvan een inschatting gemaakt. Meestal ging het dan om grootschalige preventieprogramma's zoals screening en vaccinatie of hoogtechnologische ingrepen zoals transplantaties. Gaandeweg is er echter een groeiende internationale beweging op gang gekomen om in deze lacune te voorzien. Onder de vlag van Medische Technology Assessment wordt nu redelijk systematisch en op vrij grote schaal onderzocht wat de relatieve doelmatigheid is van alternatieve investeringen om gezondheid te bevorderen. In eerste instantie wordt de aandacht daarbij gericht op marginale toevoegingen aan – of, veel minder, verwijderingen uit – de bestaande verstrekkingspakketten. Dit is een gunstige ontwikkeling en een tweede onderzoeksprogramma van het iBMG 'Medische Technology Assessment' levert hieraan zowel nationaal als internationaal een belangrijke bijdrage. Zowel op macro als op micro besluitvormingsniveaus bestaat grote behoefte aan de informatie gegenereerd door kosten-effectiviteitsanalyses. Ook de in beginsel utilitaire verdelingsprincipes die aan kosten-effectiviteitsratio's ten grondslag liggen roepen interessante verdelingsvraagstukken wanneer ze gebruikt worden bij prioriteitsstelling in de zorg. Maar die zou ik vandaag willen laten rusten.²

Gezondheidseconomisch onderzoek heeft dus voor het overgrote deel betrekking op de bovengenoemde twee terreinen van de doelmatigheidsbevordering. Het eerste, meer gedragsgeoriënteerde onderzoek houdt zich bezig met de vraag hoe, en in welke mate, financiële en andere prikkels doelmatig gedrag van actoren in de gezondheidszorg al dan niet bevorderen. Het tweede, meer productiegerichte onderzoek richt zich op de vraag hoe, gegeven de beperkte middelen, investeringen op de meeste efficiënte wijze kunnen worden ingezet ter bevordering van gezondheid. In beide types van onderzoek moet ook de belangrijke afweging worden gemaakt ten aanzien van de vraag of de voorgestelde maatregelen ter bevordering van doelmatigheid niet strijdig zijn met principes van

rechtvaardigheid. Over die afweging zou ik het vandaag wel willen hebben.

Rechtvaardige verdeling en gezondheidszorg

Waarom is er zo'n sterke maatschappelijke bezorgdheid om een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg, en niet voor, bijvoorbeeld, de verdeling van GSM's? Het is van belang die bezorgdheid om rechtvaardigheid goed te onderscheiden van twee andere herverdelingsmotieven in de economische theorie. In de eerste plaats is het zo dat het nastreven van puur eigenbelang van vragers en aanbieders via het marktmechanisme onder bepaalde voorwaarden tot een Pareto-optimale verdeling leidt maar dat de daarbij horende *inkomensverdeling* niet noodzakelijk – in wat voor betekenis dan ook – optimaal is. In principe kan het vrije marktmechanisme, afhankelijk van de startsituatie tot oneindig veel verschillende inkomensverdelingen leiden. In de woorden van Amartya Sen: "An economy can be [Pareto] optimal ... even when some people are rolling in luxury and others are near starvation as long as the starvers cannot be made better off without cutting into the pleasures of the rich"³. Bij een perfect werkende markt kunnen verdelingsdoelen in principe best afzonderlijk nagestreefd worden via inkomensherverdeling via belastingen en subsidies. Maar indien een markt niet voldoet aan de optimaliteitsvoorwaarden voor volledig vrije mededinging kunnen middelenallocatie en inkomensherverdeling vrijwel nooit gescheiden worden (Arrow, 1963, p. 943).

In de tweede plaats is er het bestaan van zogenaamde *positieve externe effecten* in consumptie van medische zorg. Om egoïstische (bv. 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. In principe zijn deze nutsafhankelijkheden tussen individuen gewoon efficiëntieproblemen en kunnen zij in de 'gewone' Paretiaanse welvaarthetheorie ondervangen ('geïnternaliseerd') worden door overheid-sinterventie via belastingen en subsidies. Als de subsidiëring van bepaalde zorgvoorzieningen tot nutsverhoging van zowel de netto-bijbetaler als de ontvanger van de zorg leidt, kan zo'n ingreep tot een Pareto-optimale verbetering leiden.

Maar het meest belangrijke motief is veel fundamenteeler en heeft te maken met maatschappelijke opvattingen over *sociale rechtvaardigheid*. Dit is te onderscheiden van het bovengenoemde altruïstische motief omdat daar consumenten betalingsbereidheid vertonen voor welbepaalde andere groepen in de samenleving *gegeven de eigen preferenties en draagkracht*. Morele oordelen over wat wel en niet een sociaal rechtvaardige verdeling is, komen in principe tot stand ongeacht de eigen positie in de maatschappij⁴. De ethische verantwoording waarom er zo'n ruime maatschappelijke bezorgdheid is omtrent de verdeling van gezondheid bestaat erin dat 'een goede gezondheid' zo belangrijk is om een normaal leven te kunnen leiden⁵. Sommige auteurs (bv. Culyer, 1989) 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 voor. Het uitgangspunt is dat gezondheid tot die basisvoorwaarden behoort die bijdragen tot de mogelijkheid om 'normaal' te kunnen functioneren⁶. Extra-welfaristen beschouwen niet het eraan ontleende nut maar de behaalde gezondheidswinst zelf als de voornaamste doelstelling van gezondheidszorg⁷. Bezorgdheid om de verdeling van gezondheidszorg is dan afgeleid van de verdeling van het einddoel gezondheid. Dit is een zeer belangrijke afwijking van het gebruikelijke economische normatieve beoordelingskader.

Extra-welfaristen verdedigen een verdeling van middelen die de gemiddelde gezondheid maximaliseert. Maar dit zou tot een zeer ongelijke verdeling van die gezondheid (bijvoorbeeld gedefinieerd als de te verwachten gezonde levensjaren) over bevolkingsgroepen kunnen leiden, die onaanvaardbaar wordt geacht omdat er een maatschappelijk afkeer bestaat ten opzichte van ongelijkheid in gezondheid⁸. Het morele dilemma dat daaruit voort komt, luidt als volgt: enerzijds lijkt het onethisch om niet de middelen zo te verdelen dat de gezondheidswinst van de hele bevolking wordt gemaximeerd, maar anderzijds kan rigoureuze toepassing van dit principe tot een zodanige ongelijke verdeling van middelen leiden dat die onverzoenlijk is met overwegingen van een rechtvaardige verdeling.

De oplossing moet gezocht worden in een adequate afweging van doelmatigheid en billijkheid, de welbekende equity-efficiency trade-off⁹. Maar omdat volledige gelijkheid van gezondheid onbereikbaar is en tegelijk een zo hoog mogelijk gemiddeld gezondheidsniveau nagestreefd

wordt, lijkt een afweging tussen beide edele doelen onvermijdelijk. Adam Wagstaff (1991) heeft laten zien hoe die afweging tussen een hogere sociale welvaart via een hogere gemiddelde gezondheid of via een lagere gezondheidsongelijkheid met behulp van een sociale welvaartsfunctie kan gebeuren. Een sociaal optimum wordt dan gedefinieerd als die allocatie waarbij de hoogst mogelijke gezondheid gecombineerd wordt met de laagst mogelijke mate van ongelijkheid. Een aardige theoretische oplossing voor het probleem, maar hebben we daar ook iets aan in de praktijk wanneer we proberen tot afgewogen keuzes te komen?

Onlangs heeft Alan Williams (1997) gedemonstreerd dat dit tot op zekere hoogte mogelijk is met een rechtvaardigheidsprincipe dat gebaseerd is op een *'fair innings'* beginsel. Deze cricket term toegepast op ons probleem zou dan inhouden dat iedereen bij de geboorte gelijke kansen op een 'normaal' lang en gezond leven zou moeten krijgen. Dit leidt tot een afkeer voor ongelijkheden in voor-gezondheid-gecorrigeerde levensverwachting (quality-adjusted life expectancy) die systematisch samenhangen met kenmerken zoals sociaal-economische status. Hij laat zien dat – onder bepaalde veronderstellingen omtrent de relevante sociale welvaartsfunctie – een verbetering in levensverwachting van de twee laagste sociale klassen in het Verenigd Koninkrijk een gewicht van twee keer zo hoog zou moeten krijgen als een zelfde verbetering voor de twee hoogste sociale klassen. Dat zou bijvoorbeeld inhouden dat in de afluï om het verschil van vijf jaar in levensverwachting tussen de hogere en lagere klassen weg te werken en half jaar van de gemiddelde levensverwachting moet worden opgegeven. De benadering laat ook toe verschillende gewichten toe te kennen aan gezondheidswinst op verschillende leeftijden die niet arbitrair zijn bepaald maar consistent kunnen zijn met (een invulling van) het *'fair innings'* beginsel. Hoewel er heel wat bijkomende aannames nodig zijn om van de algemene notie van de *'fair innings'* of 'gelijke kansen op een zelfde gezond leven' tot dit soort numerieke uitspraken te komen, biedt deze benadering het grote voordeel dat het vraagstukken over een expliciete afluï tussen efficiëntie en equity in gezondheidsbeleid mogelijk maakt.

Het elegante van deze extra-welvaarts-benadering is dat ze potentieel toelaat om de moeilijke discussies aangaande sociale rechtvaardigheid te integreren in economische argumentaties omtrent doelmatigheid. En dat lijkt me te verkiezen boven de tot nog toe veelal gangbare benadering

waarbij doelmatigheidsanalyses geschieden op basis van de Paretiaanse welvaarthetheorie – en waarbij soms zelfs de indruk wordt gewekt dat sociaal optimale uitkomsten kunnen worden bepaald zonder normatieve uitgangspunten te hanteren¹⁰ – en meestal terloops wordt opgemerkt dat er ook nog moet rekening worden gehouden met overwegingen van een rechtvaardige verdeling.

Billijke financiering en verstrekking van gezondheidszorg

Ik zou nu willen afdalen van de theoretische en conceptuele discussie over de plaats die verdelende rechtvaardigheid in economische analyses van gezondheidszorg kan innemen naar een meer praktische vraag: is het in het algemeen mogelijk is iets te zeggen over de billijkheid van bestaande alternatieve systemen van gezondheidszorg? Al geruime tijd werk ik in opdracht van de Europese Unie aan een onderzoek dat een vergelijking beoogt van de mate waarin de financiering en verstrekking van gezondheidszorg in een groot aantal landen bijdragen aan bepaalde billijkheidscriteria¹¹. Bij de start van het onderzoek, tien jaar geleden, was de eerste vraag die wij moesten beantwoorden wat er bedoeld werd met verdelende rechtvaardigheid of billijkheid in gezondheidszorg. Op basis van een analyse van beleidsdocumenten en wetgeving in de deelnemende landen kwamen we tot de conclusie dat betalingsbereidheid - het meest voorkomende verdelingscriterium in vrije markten - expliciet wordt verworpen als verdeelcriterium en dat – althans voor de collectief gefinancierde zorg - er twee eenvoudige egalitaire principes waren die op dat moment in de meeste Europese landen maatgevend waren bij de inrichting van de gezondheidszorg (Van Doorslaer et al, 1993, p. 11)¹².

Voor wat betreft de financiering van de (publieke) zorg wordt in de meeste landen het *verticale draagkrachtbeginsel* gehanteerd dat zegt dat huishoudens met ongelijke draagkracht ongelijk moeten bijdragen tot de betaling van de zorg¹³. Ten aanzien van de vraag hoe die zorg vervolgens moet worden verdeeld, lijkt het *horizontale gelijkheidsprincipe* de belangrijkste leidraad, ook in Nederland¹⁴. Mensen met een gelijke behoefte moeten een gelijke medische behandeling krijgen, ongeacht andere kenmerken zoals inkomen, geslacht, ras, woonplaats, enz.¹⁵ Zoals reeds eerder betoogd, zijn beide principes eigenlijk afgeleid van de meer fundamentele maatschappelijke afkeer van ongelijkheid in gezondheid,

althans voor zover die systematisch samenhangt met sociaal-economische of andere kenmerken.

Wij interpreteerden dit gewoon als een egalitair uitgangspunt dat overeenstemt met het formele rechtvaardigheidsbeginsel van Aristoteles¹⁶. Later werden we er (door Williams, 1993) op gewezen dat door een koppeling aan het begrip zorgbehoefte deze billijkheidsprincipes opvallend dicht staan bij een concrete invulling van het Marxistische principe *'from each according to ability, to each according to need'*. Wie had gedacht dat *in se* Marxistische egalitaire principes nog steeds een grote rol spelen bij de vormgeving van hedendaagse Europese stelsels van gezondheidszorg? Maar ook zonder die Marxistische interpretatie zijn deze principes sterk ideologisch gemotiveerd en dus normatief. Maar het is wel mogelijk om op basis van positief onderzoek te bestuderen in hoeverre die egalitaire doelstellingen worden gehaald, en welke kenmerken daar toe bijdragen.

Billijke lastenverdeling: naar draagkracht?

In de eerste plaats hebben we onderzocht in hoeverre de financiering spooft met het vertikale gelijkheidsbeginsel. Daartoe hebben we voor elk van deze landen onderzocht hoe betalingen voor gezondheidszorg verdeeld zijn naar inkomensgroepen. Ik wil hier even laten zien hoe die lastenverdeling in Nederland zich verhoudt tot die in sommige andere landen.

Overall ter wereld zijn inkomens ongelijk verdeeld en zo ook in Nederland. De verdeling van bruto inkomens in Nederland is voorgesteld in figuur 2 naar decielgroepen. Elk deciel stelt 10% van de bevolking voor, gerangschikt van laagste naar hoogste inkomens¹⁷. De donkere staafjes geven aan welk aandeel elk deciel heeft in het totale verdiende inkomen in Nederland. Dit aandeel loopt vanzelfsprekend op en we zien bijvoorbeeld dat meer dan een vijfde van de bruto inkomens verdiend worden door de 10% huishoudens met het hoogste inkomen¹⁸.

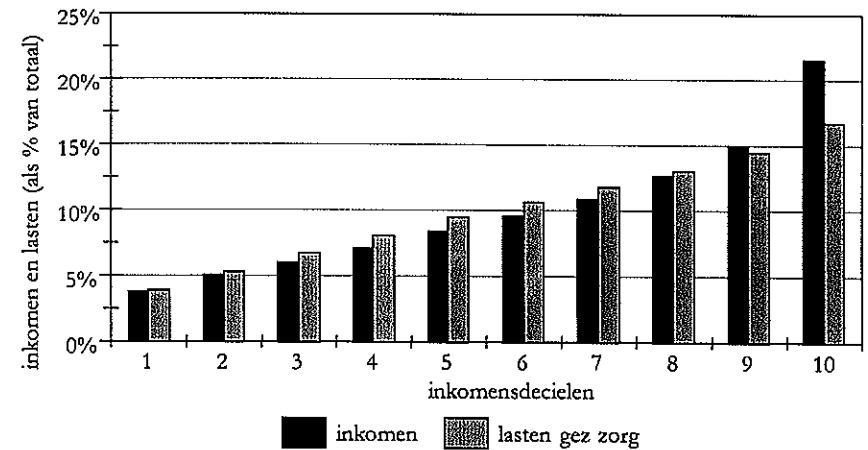


Fig 1: Inkomen en zorglasten naar inkomen (Nederland, 1992)¹⁹

Elk van die huishoudens draagt ook bij aan de totale lasten van de gezondheidszorg, enerzijds via verplichte collectieve betalingen - belastingen en sociale bijdragen - en anderzijds via private betalingen - particuliere verzekeringspremies en directe betalingen. Als we al die betalingen per huishouden optellen, komen we tot de verdeling van de lasten van gezondheidszorg zoals voorgesteld in de figuur. We zien dat de hoogste inkomens ook het grootste aandeel van die lasten voor hun rekening nemen, maar dat de verdeling niet helemaal proportioneel verloopt met de inkomensverdeling. De hogere inkomens dragen wel in absolute gulden verreweg het meeste bij aan de gezondheidszorg, maar een kleiner aandeel dan hun inkomensaandeel. Voor de lagere inkomensdecielen - maar vooral voor de middengroepen in Nederland - geldt het omgekeerde. Omdat de lastenverdeling minder dan proportioneel verloopt met de inkomensverdeling is, spreken we van een (matig) *degressieve* verdeling. Dit houdt in dat de (relatieve) ongelijkheid in inkomens *na* betalingen voor gezondheidszorg *groter* is dan ervoor. Het betekent ook dat hogere inkomens een lager percentage van hun inkomen aan gezondheidszorg betalen dan lagere inkomensgroepen.

Dit is duidelijker in Figuur 2 waar de lasten nu zijn uitgedrukt als percentage van het inkomen van het betreffende deciel zelf. Dan zien we dat dit percentage eerst stijgt, maar na het vijfde deciel weer afneemt.

De figuur laat ook zien hoe dit patroon is opgebouwd. Het werd in 1992 vooral bepaald door het procentuele aandeel van de ziekenfonds- en AWBZ premies. Dit aandeel neemt eerst sterk toe en dan weer af omdat er een maximumpremiegrens geldt. Het aandeel van de belastingen neemt toe met inkomen. Dit duidt op progressiviteit.

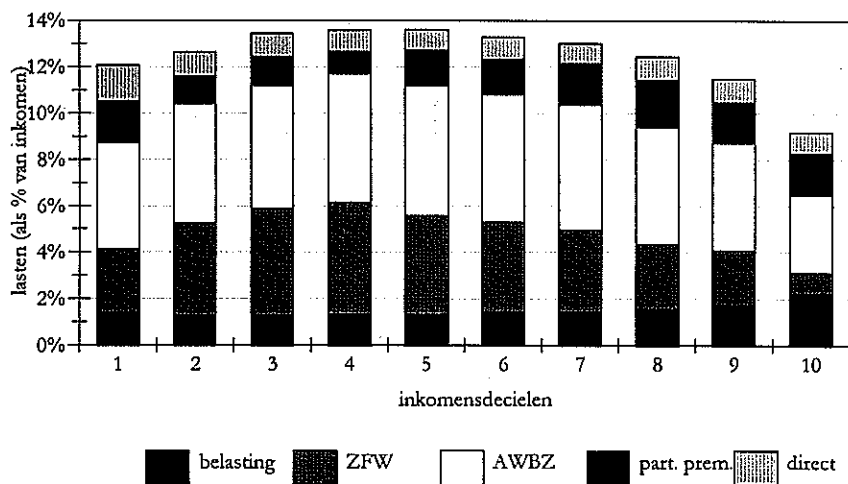


Fig. 2: Zorglasten als % van decielinkomen (Nederland, 1992)

Maar is dit nu ook een rechtvaardige lastenverdeling of niet? Daarover valt weinig te zeggen zolang beleidsdocumenten niet specifiek zijn dan de uitspraak dat lasten aan draagkracht moeten gebonden zijn. Nergens staat of dit exact in proportie tot inkomen moet zijn, of dat het progressief moet zijn, of ook degressief mag verlopen. Zo'n normatieve uitspraak is dus niet mogelijk zonder nadere specificering van het draagkrachtbeginsel. Wat we wel kunnen doen is internationaal vergelijken hoe de lastenverdeling voor gezondheidszorg verschilt tussen landen. Dat is precies wat wij recent hebben gedaan voor een groot aantal Europese landen en de Verenigde Staten (Wagstaff, van Doorslaer *et al*, 1997). Door op dezelfde manier inkomens en lasten toe te rekenen aan huishoudens was het mogelijk om na te gaan hoe progressief of degressief die verdeling is met behulp van een zogenaamde progressiviteitsindex.

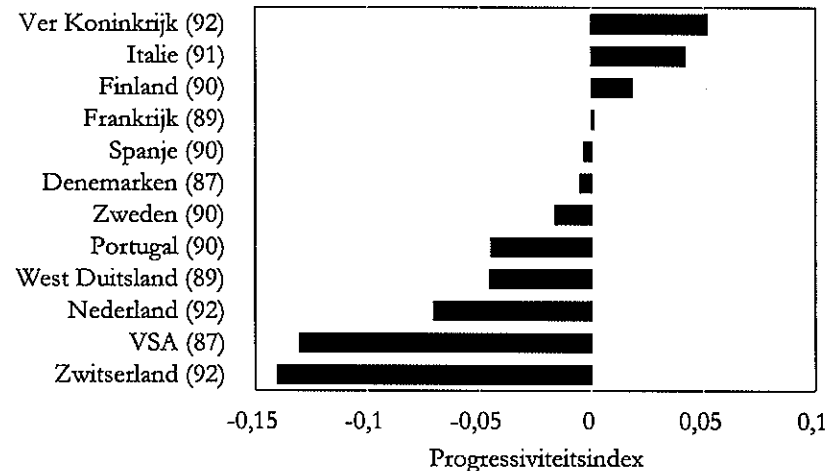


Fig 3: Progressiviteit van gezondheidszorg financiering in 12 landen

De resultaten zijn weergegeven in figuur 3. Een positieve index duidt op een progressieve, en een negatieve op een degressieve verdeling. Als de index nul is, is de verdeling proportioneel

We zien dat van alle onderzochte landen er slechts twee zijn die een meer degressieve lastenverdeling van gezondheidszorg hebben dan Nederland: de Verenigde Staten en Zwitserland. Dat zijn niet toevallig ook de twee landen die het grootste aandeel uit particuliere middelen financieren met niet-inkomensgerelateerde premies. De inkomenssolidariteit in Nederland is de laagste van de landen die lid zijn van de Europese Unie. Dit is wekt enige verbazing omdat toch bijna 80% uit collectieve lasten wordt gefinancierd, niet echt minder dan andere Europese landen. De voornaamste reden is dat – in tegenstelling tot de meeste andere landen - die collectieve betalingen voor slechts een klein gedeelte uit belastingen bestaan en voor het overgrote deel uit sociale premies. En die zijn sterk degressief verdeeld vanwege de maximumpremie (voor de AWBZ en het ziekenfonds) en de loongrens voor het ziekenfonds. De particuliere premies zijn niet inkomensgebonden en ook de solidariteitstoeslagen (WTZ en MOOZ²⁰) zijn toeslagen voor risicosolidariteit, maar niet voor inkomenssolidariteit.

In landen met hoofdzakelijk financiering uit belastingen (vooral het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen) is de verdeling duidelijk progressiever, maar ook in de meeste andere landen met een

financiering uit sociale premies. Frankrijk, bijvoorbeeld, dat veel gelijkenis vertoont met België, heeft een veel hoger aandeel particuliere betalingen. Meer dan 25% wordt daar door uit eigen zak betaald door patiënten, vooral in de vorm van remgelden. Maar toch is de totale lastenverdeling vrijwel proportioneel met inkomen. De reden daarvoor is dat de ziekenfondspremies, hoewel een vast percentage van het loon, niet aan een maximum zijn gebonden, en dat bepaalde groepen zoals gepensioneerden zijn vrijgesteld van die bijdragen. De sterk progressief verdeelde sociale bijdragen compenseren daardoor de sterk degressieve invloed van het hoge aandeel eigen betalingen. Van het befaamde trio “Liberté, Fraternité, Egalité” heeft dat laatste principe in de Franse gezondheidszorgfinanciering blijkbaar veel invloed gehad. Voor België kon deze analyse niet worden uitgevoerd, maar geldt wellicht een vergelijkbaar beeld. Omdat daar bovendien ook nog een kwart van de gezondheidszorg uit belastingmiddelen wordt betaald, is de verdeling misschien zelfs progressief. Stel dat u tot de hogere inkomensgroepen behoort, dat u in België woont en in Nederland werkt. Waar zou u kiezen om zich te verkeren tegen ziektekosten?

Met de afwijkingen ten opzichte van een proportionele lastenverdeling meten we de mate van verticale gelijkheid, d.w.z. de mate waarin huishoudens met ongelijke draagkracht ongelijk bijdragen aan de zorgfinanciering. Dit duidt echter op de *gemiddelde* samenhang tussen betalingen en inkomen. Figuren zoals figuur 2 maken niet duidelijk dat er ook nog een zekere spreiding is rond de decielgemiddelden. In werkelijkheid zijn er ook binnen groepen huishoudens met vergelijkbare inkomens nog grote verschillen in bijdragen. Dit is in strijd met het beginsel van *horizontale* gelijkheid dat inhoudt dat huishoudens met gelijke draagkracht ook gelijke lasten moeten dragen. Ook in Nederland komen deze horizontale ongelijkheden voor, vooral vanwege het duale systeem waarbij een gedeelte van de bevolking verzekerd is via het ziekenfonds en een ander gedeelte via een particuliere ziektekostenverzekering.²¹ Als gevolg van het bestaan van de loongrens kunnen er aanzienlijke verschillen optreden in gemiddelde ziektekostenbetalingen tussen huishoudens met een zelfde inkomen afhankelijk van de wijze waarop dit inkomen is verdiend.²² Hoewel deze horizontale ongelijkheden het negatieve herverdelingseffect van de degressieve financiering nog vergroten, blijkt uit een recente internationale vergelijking dat dit

fenomeen in Nederland kwantitatief niet groter is dan in de andere onderzochte landen²³.

Een vaak geuit bezwaar tegen progressiviteitsanalyses zoals hiervoor beschreven is dat zij te partieel zouden zijn omdat ze slechts één onderdeel van overheidsbeleid met herverdelende gevolgen beschrijven²⁴ en dat bijvoorbeeld in Nederland de degressieve lastenverdeling in de gezondheidszorg ruimschoots gecompenseerd wordt op ander beleids-terreinen²⁵. Toch lijkt het legitiem om het draagkrachtbeginsel dat expliciet aan de basis ligt van (een groot gedeelte van) de gezondheidszorgfinanciering ook specifiek voor gezondheidszorglasten te toetsen. Bovendien lijkt het er op dat de Nederlandse herverdeling via collectieve lasten (belastingen en sociale premies) helemaal niet zo progressief is als wel eens wordt gedacht. De gemiddelde lastendruk is weliswaar hoog en de bruto inkomensongelijkheid vóór belastingen relatief laag, maar noch de persoonlijke inkomsten belasting, noch de totale lastendruk zijn sterk progressief verdeeld. Wij vonden zelf in een recent vergelijkend onderzoek dat Nederland van 12 landen slechts op de zevende plaats kwam wat betreft progressiviteit en slechts op de tiende plaats wat betreft verlaging van de inkomensongelijkheid²⁶. In een recent onderzoek naar de verdeling van de werkelijke druk van alle collectieve lasten (dus zowel alle belastingen als premies) kwamen de Kam et al (1997) tot de conclusie dat die druk slechts zeer matig progressief verdeeld is, net als in Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk²⁷. Van de vier onderzochte landen had Nederland wel veruit de hoogste belastingdruk²⁸ maar de minst progressieve inkomstenbelasting, en op Spanje na ook de minst progressieve totale lastendruk²⁹. De herverdelende werking van de totale lastendruk moet dus ook niet worden overschat.

Billijk gebruik van zorg: verdeling naar behoefte, ongeacht inkomen?

Maar u zult zeggen: dit is alleen maar de lastenverdeling, hoe zit het dan met de verdeling van de lusten van de gezondheidszorg? Ook de mate waarin stelsels van gezondheidszorg er al dan niet in slagen om een verdeling van gebruik naar behoefte, *ongeacht inkomen*, te bevorderen hebben wij internationaal vergeleken³⁰. Daaruit blijkt dat in alle onderzochte landen – zonder uitzondering – inderdaad het zorggebruik,

gemeten aan de hand van huisarts- en specialistcontacten en ligdagen in het ziekenhuis, sterker geconcentreerd is in de lagere inkomensdecielen. Maar ook de zorgbehoefte, voor zover die kan worden gemeten met zelf-gerapporteerde maten van gezondheid en ziekte, is voornamelijk geconcentreerd in de lagere inkomensgroepen. Zolang die twee ongelijke verdelingen redelijk op elkaar aansluiten, is er dus geen reden om van een onbillijkheid te spreken. Opvallend was dat met onze methode in de meeste landen geen systematische afwijking tussen de verdeling van zorgbehoefte en gebruik in functie van het inkomen werd vastgesteld³¹. Dat is op zich een geruststellende constatering voor egalitaristen.

Dezelfde bevinding gold ook in het algemeen voor de resultaten voor Nederland op basis van de CBS Gezondheidsenquête, met uitzondering van specialistische zorg. Hogere inkomensgroepen vertonen een *significant hoger* gebruik van de specialist dan op basis van de behoefte-indicatoren leeftijd, geslacht, chronische aandoeningen en zelf-gerapporteerde gezondheid werd verwacht (zie figuur 4)³².

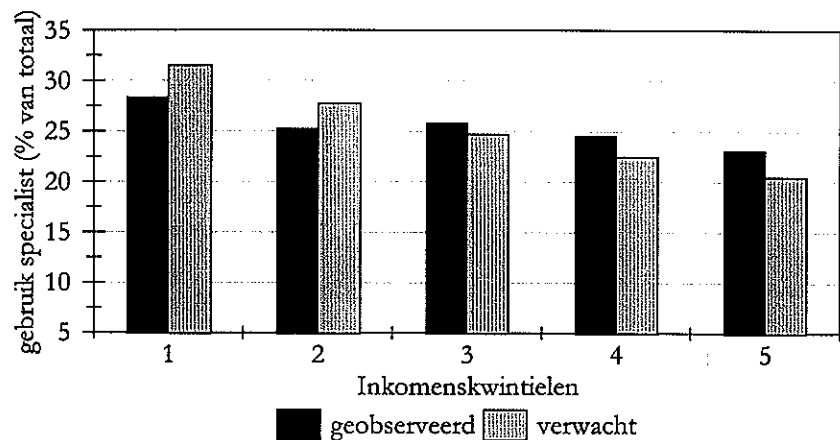


Fig 4: Geobserveerd en verwacht gebruik van de specialist (Nederland, 90-94)

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. Die zijn vaak niet (of niet volledig) verzekerd voor huisartshulp, hebben niet altijd een verwijzing nodig en zouden daardoor eventueel al gauwer de specialist zouden kunnen raadplegen dan ziekenfondsverzekerden. Maar dan zou dit significante verschil moeten verdwijnen na correctie voor verzekeringsvorm, en dat is niet het geval. Bovendien stelden we een zelfde resultaat vast in nog vijf andere van de onderzochte landen, met zeer uiteenlopende stelsels zoals België, Denemarken, Finland, Oost-Duitsland (in 1992, na de éénwording) Zweden en de Verenigde Staten. Stelselkenmerken lijken dit fenomeen niet te kunnen verklaren. Het lijkt er meer op dat personen uit de hogere inkomensgroepen – ongeacht verzekeringsstatus – een grotere voorkeur hebben voor specialistische zorg, wellicht vanwege een perceptie van hogere zorgkwaliteit. Voor zover die verschillen louter perceptie zijn, is dit niet zo'n probleem. Maar als het verschillend gebruikspatroon ook leidt tot gemiddeld betere diagnostiek en therapie, komt het principe 'gelijke zorg bij gelijke behoefte' wel in het gedrang. Voorlopig is er geen evidentie die er op wijst dat dit meergebruik van specialistische zorg ook leidt tot verschillende effecten op gezondheid³³.

Solidariteit onder druk in de toekomst?

Tot slot zou ik nog enige aandacht willen besteden aan de toekomstverwachtingen. Het is duidelijk dat de druk tot het maken van keuzen in de zorg de komende decennia niet zal afnemen en dat de spanning tussen doelmatigheid en rechtvaardigheid, tussen betaalbaarheid en solidariteit, nog zal toenemen. Bij de hervormingen gaat het natuurlijk niet om de keuze tussen een communistisch of kapitalistisch ordeningsprincipe, of tussen Karl Marx en Adam Smith – zoals de titel van deze rede wellicht ten onrechte suggereert – maar om een afweging tussen de egalitaire beginselen die mede de grondslag vormden van de inrichting van de stelsels van sociale ziektekostenverzekering na de Tweede Wereldoorlog enerzijds, en de verhoopte vruchten van een gezonde marktwerking anderzijds. Nogmaals, in tegenstelling tot andere sectoren van de economie, is een volledige privatisering van de markt voor ziektekostenverzekering geen reële optie om de reeds eerder aangehaalde redenen van marktfalen.³⁴ Wel is er een groeiende eensgezindheid – althans onder gezondheidseconomen – omtrent de mogelijkheid dat een prototype systeem gebaseerd op een zekere vorm

van marktwerking in staat zou kunnen zijn om op een meer bevredigende wijze de twee cruciale doelstellingen van doelmatigheid en rechtvaardigheid te verzoenen. De *deus ex machina* heet gereguleerde markt. En het blijft ook een prototype zolang het nog nergens in de wereld volledig in de praktijk is uitgetest.

In Nederland is het idee van gereguleerde concurrentie al lang niks nieuws meer.³⁵ Al in 1987 gaf de Commissie Dekker het concept een centrale rol in haar voorstellen voor een ingrijpende herziening van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekering.³⁶ Heel kort samengevat kwam het voorstel neer op het volgende. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars moesten als risicodragende zorgverzekeraars op gelijke voet concurreren om de gunst van alle verzekerden bij het aanbieden van een brede basisziektekostenverzekering. Zij zouden daarvoor normuitkeringen ontvangen van een Centrale Kas in functie van het risico- of behoefteprofiel van het verzekerdenbestand en een nominale premie rechtstreeks van de verzekerden. De Centrale Kas wordt gevuld met inkomensafhankelijke bijdragen terwijl de normuitkeringen, tesamen met regelgeving omtrent acceptatieplicht, opheffing contracteerplicht, enz voldoende prikkel voor verzekeraars moeten zouden moeten vormen om te concurreren op doelmatige zorginkoop en niet op risicoselectie. De genormeerde middelenverdeling over zorgverzekeraars naar behoefte en de middelenverwerving via hoofdzakelijk inkomensafhankelijke premies moesten zorgen voor een praktische invulling van de egalitaire behoefte- en draagkrachtbeginselen.

Sindsdien hebben ettelijke regeringscoalities geprobeerd om de voorstellen van de Commissie Dekker geheel of gedeeltelijk in te voeren maar zijn ze er nooit helemaal in geslaagd de twee centrale doelstellingen van het hervormingsplan – de invoering van een brede basisverzekering en de toepassing van een systeem van gereguleerde concurrentie tussen alle zorgverzekeraars – te realiseren.³⁷ Op onderdelen zijn er wel essentiële elementen van de voorstellen ingevoerd. Vooral in de ziekenfondssector zijn belangrijke stappen gezet in de richting van een systeem van gereguleerde concurrentie. Maar Schut en van de Ven (1997) hebben er recent op gewezen dat terwijl het financieel risico voor de ziekenfondsen de laatste jaren sterk is toegenomen als gevolg van de budgettering, het financieel risico voor particuliere ziektekosten-

verzekeraars daarentegen aanzienlijk is gedaald als gevolg van de toename van het aandeel risicoloze WTZ polissen.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1997) ziet in zijn recent verschenen rapport Volksgezondheidszorg een belangrijke rol weggelegd voor de gereguleerde marktwerking als orderingsprincipe in het toekomstige zorgstelsel. De WRR schrijft:

“Een stelsel van gereguleerde marktwerking biedt op termijn perspectief voor een goed evenwicht tussen risicosolidariteit en doelmatigheid van het stelsel.” (p. 103).

De Raad ziet een verplichte verzekering, toegepast op de gehele bevolking, op het huidige eerste en tweede compartiment, en uitgevoerd door sociale verzekeraars die elkaar beconcurreren op een interne markt, als de beste garantie op het samengaan van die beoogde doelmatigheid en solidariteit.

Als je dit leest vanuit een Belgisch gezichtspunt dan lijkt het alsof voorgesteld wordt om het Belgische ziekenfondssysteem in Nederland in te voeren! Ik geef toe dat dit een wat gewaagde voorstelling van zaken is, maar het is wel een feit dat in België op dit moment zo'n brede basisverzekering wordt uitgevoerd door (zeer ten dele) risicodragende sociale verzekeraars die landelijk concurreren om de gunst van verzekerden die elk kwartaal van verzekeraar mogen wisselen. De sociale bijdragen worden geïnd als een vast percentage van het loon (zonder premiummaximum) die in een centrale kas gaan. Met een kleine nominale premie mogen reserves worden opgebouwd of moeten eventuele tekorten worden gedekt. Toegegeven, de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen is voorlopig gering, de normuitkeringenformule nog onvolmaakt, de instrumenten voor ziekenfondsen om doelmatige zorgverlening te stimuleren zeer beperkt, de samenstelling van het basispakket (zoals overal) eerder *ad hoc* tot stand gekomen op basis van historische ontwikkelingen dan op basis van een weloverwogen afbakening van de collectieve verantwoordelijkheid, maar toch: op hoofdlijnen vertoont het opvallend veel gelijkenissen met het WRR voorstel.

Gaat Nederland het Belgische systeem kopiëren? Het is zeer onwaarschijnlijk, vooral omdat de discussie over een brede basisverzekering ondertussen bijna een taboe is geworden in Nederland. Maar er is meer. In hun kritiek op het WRR rapport merken collega's

Schut en van de Ven (1997) mijns inziens terecht op dat ondertussen (in de periode sedert Dekker) het inzicht is gegroeid dat gereguleerde concurrentie wellicht niet voor alle vormen van zorgverlening het meest geschikte ordeningsmodel is. Het behoud van een aantal moeilijk of niet verzekerbare risico's (de 'klassieke' AWBZ verstrekkingen) in een eerste compartiment en daarbinnen experimenteren met alternatieve vormen van marktprikkels³⁸ lijkt daarom aangewezen. Wat dat betreft zou België zeker van de Nederlandse ervaringen kunnen leren.

Maar Schut en van de Ven gaan verder. Zij pleiten tegen een verplichte verzekering voor de gehele bevolking en voor een apart vouchersysteem voor de particuliere markt om de onderlinge risicosolidariteit tussen particulier verzekerden te organiseren. Het gebrek aan risicosolidariteit met ziekenfondsverzekerden kan volgens hen voldoende worden opgevangen door een verplichte solidariteitsbijdrage zoals de huidige MOOZ toeslag (maar dan hoger, om niet alleen voor leeftijd maar ook voor verschillen in gemiddelde gezondheid te compenseren). In principe is dit correct en om redenen van praktische en politieke haalbaarheid, kan ik dit voorstel begrijpen. De Nederlandse situatie is nu eenmaal wat ze is en de transitiekosten van invoering van een nieuw stelsel zijn zeer hoog. Maar zij voeren ook een theoretisch argument aan: door een verplichte basisverzekering zouden de huidige particulier verzekerden, die vaak vrijwillig een hoog eigen risico en een beperkte dekking hebben gekozen, worden opgezaald met een veel breder basispakket en de daaruit eventueel resulterende 'moral hazard' of overconsumptie.

Dit overtuigt mij minder. Het mogelijke probleem van moral hazard kan ook binnen een verplichte dekking worden opgevangen door invoering van – zo gewenst aan inkomen gerelateerde – eigen bijdragen of eigen risico's. In België gebeurt dat met de befaamde remgelden die gebonden zijn aan een inkomens-gerelateerd maximum. Het enige nadeel dat dan overblijft is de eventuele ruimere dekking dan wat sommige particulier verzekerden vrijwillig voor zichzelf zouden kiezen. Maar als het collectief verzekerde verplichte pakket inderdaad die verstrekkingen bevat die tot de collectieve verantwoordelijkheid gerekend worden, dan is dat toch geen bezwaar? Het grote voordeel van één verplichte verzekering is dat het hele, ingewikkelde stelsel van gereguleerde concurrentie slechts één keer moet worden vorm gegeven en dat de

mogelijkheden om risicosolidariteit, maar ook inkomenssolidariteit, in te bouwen optimaal benut kunnen worden. De transactiekosten van zo'n systeem zijn al hoog en moeten terugverdiend worden door een verhoogde efficiëntie. Als ik van een blanco situatie mocht uitgaan, zie ik geen reden om twee keer zo'n systeem op te zetten.

Uiteindelijk komt de discussie natuurlijk neer op de vraag of de huidige mate van solidariteit (zowel naar inkomen als naar risico) die is ingebouwd in het stelsel maatschappelijk gewenst is. Met het oog op de Tweede-Kamer verkiezingen in mei 1998 publiceerden alle politieke partijen recent hun verkiezingsprogramma's. Als we die bekijken, valt op dat die solidariteit afhankelijk van de plaats in het politieke spectrum van waaruit wordt gekeken als gebrekkig, als redelijk of als overtrokken wordt beoordeeld. In principe zijn alle grote partijen voorstander van een geleidelijke verkleining of zelfs opheffing van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering via een convergentie van beide stelsels. Het verschil zit hem meer in de nadrukverschillen: meer markt in het ziekenfonds, of meer regulering (en solidariteit) in de particuliere sector? Ondanks de duidelijke voorkeur in het advies van de WRR voor een basisverzekering voor iedereen, is het duidelijk dat er na 20 jaren voorstellen voor 'grote' stelselwijzigingen nu in Nederland geen maatschappelijk draagvlak meer lijkt voor een dergelijke globale operatie. Geen van de partijen bepleit nog zo'n basisverzekering voor de komende kabinetsperiode. Wel is er uitgebreid aandacht voor het wegwerken van als onrechtvaardig beschouwde horizontale ongelijkheden. Vervanging van de ziekenfondsgrens op basis van arbeidsloon door het belastbaar huishoudinkomen zou in één klap een groot gedeelte van die horizontale lastenverschillen tussen huishoudens met vergelijkbare inkomens kunnen laten verdwijnen.

Conclusie

Mijn conclusie ten aanzien van de verenigbaarheid van markt en solidariteit is er een van gematigd optimisme. Meer marktwerking in de gezondheidszorg lijkt onafwendbaar als we de doelmatigheid van de zorgverlening willen verhogen. Maar zulke meer marktconforme organisatie van de gezondheidszorg hoeft niet noodzakelijk ten koste te gaan van de solidariteit. Integendeel zelfs, door een adequate invulling

van de beginselen van 'financiering naar draagkracht' via een solidaire premieheffing, en van 'zorgverdeling naar behoefte' via de normuitkeringen, zou de inkomens- en risicosolidariteit zelfs kunnen toenemen.

Uiteindelijk blijft de finale afweging tussen solidariteit en marktwerking er één voor de politiek en niet voor academici. De waarden en normen van economen hebben wat dat betreft niet meer gewicht dan die van andere burgers. Onze taak blijft hoofdzakelijk beperkt tot het verhelderen van de opties en de gevolgen van alternatieve keuzen. Ditzelfde thema werd onlangs nog treffend verwoord door Victor Fuchs, een *éminence grise* van de Amerikaanse gezondheids-economie, in zijn presidentiële toespraak tot de American Economic Association. Hij zei:

"Although I believe that differences in values lie at the heart of the disagreement about policy-value questions, I recognize that there is scope for work on the embedded positive questions and this work could contribute to a narrowing of policy differences" (Fuchs, 1996, p. 13).

Dat ik daar met de activiteiten ten behoeve van deze leerstoel mag toe bijdragen, beschouw ik als een grote eer.

Tot besluit

Tot slot zou ik graag enige woorden van dank richten aan diegenen die er toe bij hebben gedragen dat ik u hier vandaag vanop deze plaats heb mogen toespreken.

In de eerste plaats ben ik de Stichting Universiteitsfonds, het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit en het Bestuur van ons Instituut erkentelijk voor de instelling van deze bijzondere leerstoel en voor het in mij gestelde vertrouwen door mijn benoeming. Maar de oprichting van de leerstoel is vooral ook te danken aan de inzet van vooral één persoon:

Hooggeleerde Rutten, beste Frans,

Onze paden kruisten elkaar voor het eerst precies 15 jaar geleden, toen ik net terug was van de universiteit van York. Jij was op zoek naar nieuw bloed voor jouw vakgroep Economie van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Maastricht. Vlaams bloed was toen helemaal geen

bezwaar voor jou. Als promotor, als werkbaas, maar vooral ook als persoon heb jij vanaf toen een onuitwisbare stempel op mijn loopbaan gedrukt. Samen hebben we zowel het Instituut voor Medische Technology Assessment als het ECuity Project opgestart, en later vanuit Maastricht meegebracht naar Rotterdam. Dat jouw MTA instituut nu ongeveer 20 keer groter is dan mijn ECuity Project benijd ik je niet, dat weet je. Ik kijk uit naar de voortzetting van onze samenwerking gedurende de volgende 15 jaar.

Hooggeleerde Nonneman, Beste Walter,

Jouw zeer inspirerende colleges destijds over Economie van de Publieke Sector aan de Universiteit van Antwerpen hebben bij mij voor het eerst de belangstelling voor het vakgebied van de Economie van de Gezondheidszorg gewekt. Zonder jou was ik nooit op het spoor van gezondheidseconomie gezet en had ik hier dus ook nooit gestaan. Dat je inmiddels mij niet meer met raad en daad bijstaat, maar wel de Belgische Eerste Minister Jean-Luc Dehaene, verbaast mij niet. Ik kan mij voorstellen dat jouw 'no-nonsense' benadering hem zeer aanspreekt.

Hooggeleerde Janssen, beste Richard,

wij vormden tesamen met Ger Haan een tijd lang het jonge geweld in Maastricht. Die tijd is voorbij nu we allebei in toga rondlopen en de grijze haren langzaam oprukken, maar van jou heb ik vooral geleerd dat er nog andere vormen van werksatisfactie bestaan dan publicatiescores.

Waarde collega's van het Instituut BMG, en studenten van deze universiteit, jullie zorgen voor de stimulerende werkomgeving die onderzoek doen zo spannend maakt en onderwijs geven zo boeiend, en waardoor het telkens weer ruimschoots de moeite waard is om vanuit Vlaanderen naar Rotterdam te pendelen. Het quasi-monopolie van de Rotterdamse gezondheidseconomen binnen Nederland mag dan niet stroken met hun pleidooien voor gezonde concurrentie, onze grote kritische massa werkt wel bijzonder stimulerend.

Zeer blij ben ik omdat ook mijn ouders hier vandaag samen trots op de eerste rij kunnen zitten. Zij hadden nooit gedacht dat hun zoon bij 'de Hollanders' zou gaan werken, laat staan professor worden. Aan hen draag ik graag deze rede op.

Gerd, Stijn, Joris en Janne, ook jullie steun reikt veel verder natuurlijk dan het verdedigen van het thuisfront bij mijn afwezigheid. Sterker nog, jullie beweren altijd dat mijn afwezigheid vervelender is wanneer ik fysiek aanwezig maar mentaal afwezig ben. Dat heb je met professoren nu

eenmaal. Ik hoop dat jullie mij altijd een eerlijke oplossing helpen vinden voor de soms netelige verdelingsvraagstukken tussen werk en vrije tijd.

Ik heb gezegd.

“The quality of mercy is not strained
It droppeth as the gentle rain from heaven
Upon the place beneath: it is twice blest
I blesset him that gives and takes”
(Shakespeare, The Merchant of Venice)

Literatuur

- Aaron, H (1992). Editorial on Equity in the finance and delivery of health care, *Journal of Health Economics*, 11, 4, 467-472
- Arrow, KJ (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53, 5, 941-973
- Barer, M, TR Marmor and E Morrison (1995). Health care reform in the United States; on the road to nowhere (again)?, *Social Science and Medicine*, 41, 4, 453-460
- Bleichrodt, H (1997). Health utility indices and equity considerations, *Journal of Health Economics*, 16, 1, 65-92
- Burg, H. van der en E van Doorslaer (1997). *De verdeling van de lasten en de baten van de Nederlandse gezondheidszorg*. Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987). *Bereidheid tot verandering*, SDU Uitgeverij, Den Haag.
- Culyer, AJ (1989). The normative economics of health care finance and provision, *Oxford Review of Economic Policy*, 5, 34-58
- Culyer AJ and A Wagstaff (1993). Equity and equality in health and health care, *Journal of Health Economics*, 12, 4, 431-458
- Culyer AJ and RG Evans (1996). Mark Pauly on welfare economics: normative rabbits from positive hats, *Journal of Health Economics*, 15, 2, 139-256
- Daniels, N (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues, *Health and Society*, Milbank Memorial Fund Quarterly, 60, 1, 51-81
- Daniels, N (1985). *Just health care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Davis, K (1993). Equity and health care policy: the American experience, In: Van Doorslaer, E, A Wagstaff and F Rutten (Eds.) *Equity in the finance and delivery of Health Care: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford.

- De Kam, C A en J de Haan (1997). Wie betaalt de belastingen?, *Economisch Statistische Berichten*, 19-3-97, 236-238
- De Kam, CA, J de Haan, C Giles, A Manresa, E Berengues, S Calonge, J Merz and K Venkatarama (1996). Who pays the taxes? The distribution of effective tax burdens in four EU countries, *EC Tax Review*, 4, 175-181
- Enthoven, AC (1978). Consumer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine*, 298, 650-658 en 709-720
- Evans, RG (1997). Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 2, 427-465
- Fuchs, VR (1996). Economics, values, and health care reform, *American Economic Review*, 86, 1, 1-24
- Gafni, A and S Birch (1991). Equity considerations in utility-based measures of health outcomes in economic appraisals: an adjustment algorithm, *Journal of Health Economics*, 10, 329-342
- Gillon, R (1986). *Philosophical medical ethics*. Wiley, Chichester.
- Jaaroverzicht Zorg 1997. Bijlagen. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 004, nr. 3. SDU uitgeverij, Den Haag.
- Janssen, R. (1997). *Schaarste in de gezondheidszorg: afwegen of afwentelen?* Inaugurale rede, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg University Press, Tilburg.
- Lambert, PJ (1993). *The distribution and redistribution of income: a mathematical analysis*. Manchester University Press, Manchester.
- Nonneman, W and E Van Doorslaer (1994). The role of the sickness funds in the Belgian health care market, *Social Science and Medicine*, 39, 10, 1483-1495
- Pauly, M (1994). Editorial: a re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand, *Journal of Health Economics*, 13, 3, 369-372
- Rawls, J (1971). *A theory of justice*. Oxford University press, Oxford.
- Rice, T (1997). Can markets give us the health system we want? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 2, 383-426
- Rutten, FFH (1983). *Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg*. Inaugurale rede, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Sen, AK (1970). *Collective choice and social welfare*. San Francisco: Holden-Day.
- Sen, AK (1995). *Commodities and capabilities*. North Holland, Amsterdam.
- Schut, FT (1995). *Competition in the Dutch health care sector*. dissertatie, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Schut, FT en WPMM van de Ven (1997). De toekomst van het zorgstelsel, *Openbare Uitgaven*, nr. 5/6.
- Smeeding, T and P Gottschalk (1996). The international evidence on income distribution in modern economies: where do we stand? In: M Bruno and Y Mundlab (Eds.) *Contemporary Economic Developments Reviewed*. MacMillan, London.
- Ten Have, H and H Keasberry (1992). Equity and solidarity: the context of health care in the Netherlands, *Journal of Medicine and Philosophy*, 17, 463-477
- Van Boxtel R en B Mouton (1997). *Van harte beterschap. Op weg naar een rechtvaardig ziekenfonds*. Tweede Kamerfractie D66, Den Haag.
- Van der Grinten, TED (1997). Tien jaar hervormingsbeleid: pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In: E Elsinga en YW van Kemenade (Red.) *Van revolutie naar evolutie: tien jaar stelselwijziging in de gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 162-178
- Van der Meer, JBW, J van den Bos, CWN Looman en JP Mackenbach (1996). *Een zorg minder? De lonitudinale studie naar sociaal-economische verschillen in medische consumptie (LS-SEVM)*. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van de Ven, WPMM (1983). Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid (deel II): Contouren van een Algemene Wet Ziektekosten, *Economisch-Statistische Berichten*, 68, 110-117
- Van de Ven, WPMM (1987). *Sociale ziektekostenverzekering en doelmatigheid*. Inaugurale rede, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

- Van de Ven, WPM, FT Schut and FFH Rutten (1994). Editorial. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care, *Social Science and Medicine*, 39, 10, 1405-1412
- Van der Grinten TED (1997). Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld, In: E. Elsinga en YW van Kemenade (Red.) *Van revolutie naar evolutie: tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht.
- Van Doorslaer, E, A Wagstaff and F Rutten (Eds.) (1993). *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford University Press, Oxford.
- Van Doorslaer, E en H van der Burg (1995). De verdeling van de lastendruk van de gezondheidszorg onder Simons, *Openbare Uitgaven*, 1, 31-41
- Van Doorslaer, A Wagstaff, H van der Burg *et al* (24 authors) (1997). *The redistributive effect of health care financing in 12 OECD countries*, ECuity Project Working Paper #8, Erasmus University, Rotterdam.
- Van Doorslaer, A Wagstaff, H van der Burg *et al* (1997). *Equity in the delivery of health care: further international comparisons*, ECuity Project Working Paper #10, Erasmus University, Rotterdam.
- Van Doorslaer, A Wagstaff (1998). Van Doorslaer E and A Wagstaff, Equity in the finance and delivery of health care: an introduction to the ECuity Project, In: ML Barer, TE Getzen and GL Stoddart (Eds.) *Quality and inequality: what care whose costs, whither health?*, John Wiley, 1998 (te verschijnen)
- Wagstaff, A (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off, *Journal of Health Economics*, 10, 1, 21-42
- Wagstaff, A, E van Doorslaer, H van der Burg *et al* (25 authors) (1997). *Equity in the finance of health care: some further international comparisons*, ECuity Project Working Paper #11, Erasmus University, Rotterdam.
- Wagstaff, A and E van Doorslaer (1997). Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands, *Journal of Health Economics*, 16, 5, 499-516
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1997). *Volksgezondheidszorg*, SDU Uitgevers, Den Haag.
- Williams, A (1993). Equity in health care: the role of ideology. In: Van Doorslaer, E, A Wagstaff and F Rutten (Eds.) *Equity in the finance and delivery of Health Care: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Williams, A (1997). Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings argument', *Health Economics*, 6, 2, 117-132

Noten

- ¹ Deze kenmerken hebben vooral te maken met het optreden van onzekerheid en informatie-asymmetrie: onzekerheid m.b.t. verwachte ziektekosten leidt tot (ziektekosten)verzekering terwijl verzekering op zijn beurt aanleiding kan geven tot de fenomenen 'moral hazard' en 'adverse selectie'; onwetendheid van de patiënt leidt tot vraag naar informatie van een deskundige arts, maar imperfecties in de agentschaprelatie kunnen leiden tot aanbod-geïnduceerde vraag; positieve externe effecten van medische consumptie van minder vermogenden, tenslotte, geven aanleiding tot een externe vraag die enkel via overheidssubsidie kan geïnternaliseerd worden (zie bv. Schut (1995) voor een nadere toelichting, of de oraties van Rutten (1983) of van de Ven (1987).
- ² Zie bijvoorbeeld Gafni and Birch (1991) of Bleichrodt (1997).
- ³ Sen (1970), geciteerd in Rice (1997).
- ⁴ Beslissingen dus, genomen achter de 'sluier der onwetendheid'. (Cf. Rawls, 1971).
- ⁵ Zie bijvoorbeeld Daniels (1985) of Gillon (1986). Binnen de economische wetenschap is er het werk van Amartya Sen en zijn ideeën omtrent basale mogelijkheden voor 'normaal' functioneren zoals gevoed en niet ziek zijn ('basic capabilities', Sen, 1985).
- ⁶ Daniels (1982, 1985) houdt een vergelijkbaar pleidooi voor een 'fair equality of opportunity' criterium voor sociale rechtvaardigheid zonder verwijzing naar het werk van Sen.
- ⁷ De extra-welfarist benadering is vanzelfsprekend niet onomstreden. Pauly (1994) bijvoorbeeld, noemt het de 'public health' benadering die niet veel gemeen heeft met de 'echte' (lees: Paretiaanse) economische benadering (p. 371).
- ⁸ Culyer en Wagstaff (1993) gebruiken het extra-welfarist perspectief om vier verschillende criteria voor een rechtvaardige verdeling (gelijk gebruik van zorg, verdeling naar behoefte, gelijke toegankelijkheid en gelijke gezondheid) te vergelijken. Zij concluderen dat ze uiteindelijk allemaal afgeleid zijn van de meer fundamentele bezorgdheid om een meer gelijke verdeling van gezondheid.
- ⁹ Binnen de randvoorwaarden van respect voor persoonlijke preferenties en de onmogelijkheid de huidige gezondheid van sommige groepen te verlagen om zodoende een grotere gelijkheid te bekomen. (Culyer en Wagstaff, 1993, p. 454)
- ¹⁰ Zie bijvoorbeeld de recente discussie tussen Culyer en Evans (1996) en Pauly (1994).
- ¹¹ Een recente samenvatting van de ECuity Project methodologie en enkele illustraties zijn te vinden in Van Doorslaer en Wagstaff (1997).
- ¹² Een uitzondering hierop was de Verenigde Staten waar geen expliciete egalitaire doelstellingen ten grondslag liggen aan het gezondheidszorgsysteem, maar eerder een 'minimal standards' of vangnet opvatting tot de oprichting van bv. het Medicaid programma voor de armste bevolkingsgroepen heeft geleid (Davis, 1993). De mislukking van de Clinton hervormingen zijn deels toe te schrijven aan dit gebrek aan maatschappelijk draagvlak voor een universele dekking (Barer *et al.*, 1995).
- ¹³ In Nederland wordt betaling naar draagkracht of inkomen, ongeacht werkelijk gebruik, meestal uitgedrukt met de term *inkomenssolidariteit* (zie bv. WRR, 1997, p. 91).
- ¹⁴ Cfr. bv. "Dat volksgezondheid, en hiermee ook gezondheidszorg, een verantwoordelijkheid van de overheid is, wordt niet in twijfel getrokken. Deze verantwoordelijkheid, verankerd in artikel 22 van de Grondwet, wordt in het algemeen opgevat als plicht de *toegankelijkheid* van zorgvoorzieningen te bewaken in zowel financieel als geografisch opzicht. Dit houdt in dat iedereen met een gelijke zorgbehoefte in dezelfde mate toegang zou moeten kunnen krijgen tot benodigde zorg. Deze toegang dient, met andere woorden, niet afhankelijk te zijn van individuele kenmerken als inkomenspositie, geslacht, woonplaats, etnische achtergrond of de waarde van een persoon voor de maatschappij" (WRR, 1997, p. 119)
- ¹⁵ Dit is niet helemaal hetzelfde als wat wordt bedoeld met *risicosolidariteit*, wat enkel inhoudt dat betalingen (bv premies) niet worden gedifferentieerd naar risico.
- ¹⁶ Zie bijvoorbeeld Gillon (1986): "The formal principle of justice or equality attributed to Aristotle is, therefore, that equals should be treated equally and unequals unequally in proportion to the relevant inequalities" (p. 87).
- ¹⁷ Het gaat hier om bruto huishoudinkomens, opgehoogd met de werkgeversaanbieden van sociale premies, gecorrigeerd voor huishoudsamenstelling en afkomstig uit het CBS Budgetonderzoek van 1992 (van der Burg en van Doorslaer, 1997).
- ¹⁸ Nederland (en ook België) heeft - naar internationale maatstaven - een relatief lage bruto-inkomensongelijkheid (cf. bv. Smeeding and Gottschalk, 1996). Bruto inkomens zijn secundaire inkomens, d.w.z. na transfers maar voor belastingen.

¹⁹ Bron: van der Burg en van Doorslaer (1997)

²⁰ De solidariteitsbijdrage in het kader van de WTZ (de Wet op de Toegankelijkheid van de Ziektekostenverzekering) behelst een *interne* verevening onder particulier verzekerden en de MOOZ heffing (Medefinanciering voor Oververtegenwoordiging van Oudere Ziektefondsverzekerden) een *externe* verevening van particulier verzekerden aan ziekenfonds verzekerden.

²¹ Het meest bekende voorbeeld is het tweeverdienersgezin met twee loontrekkenden net onder de ziekenfondsloongrens in vergelijking met een éénverdienersgezin met een zelfde huishoudinkomen dat particulier verzekerd is. Een omgekeerd voorbeeld zijn zelfstandigen met een relatief laag inkomen die zich nu particulier moeten verzekeren en in vergelijking met loontrekkenden met eenzelfde inkomen soms veel meer premie betalen. Voor andere voorbeelden van typische horizontale ongelijkheden, zie bijvoorbeeld het rapport van de Tweede Kamer fractie van D66 (van Boxtel en Mouton, 1997).

²² Van Doorslaer en van der Burg (1995) laten zien dat – afhankelijk van leeftijd, aantal verdieners en verzekeringsvorm – bij sommige inkomensniveaus het gemiddeld inkomensaandeel besteed aan gezondheidszorg kan variëren tussen 8.2% en 14.4%.

²³ Een ongelijke behandeling van ‘gelijken’ verlaagt het positieve inkomensherverdelende effect van een progressieve heffing, of verhoogt nog het negatieve inkomensherverdelende effect van een degressieve heffing (Wagstaff en van Doorslaer, 1997; Van Doorslaer, Wagstaff *et al*, 1997).

²⁴ “I find it difficult to understand why people are greatly interested in the distinct distributional effects of components of public policy. What would seem to matter is the distribution of after-tax, after-transfer income. Not all policies need to be progressive for the overall system to be progressive” (Aaron, 1992, p. 469, ook geciteerd in Schut, 1995, p. 33)

²⁵ Cf. het Jaaroverzicht Zorg 1997, Bijlagen, p. 40: “Het betreft een partiële analyse waarbij uitsluitend naar de lasten van de gezondheidszorg is gekeken. Nederland kent relatief hoge belastingpercentages. Een degressieve verdeling van de lasten in de zorgsector gaat dus hand in hand met een progressieve verdeling op andere beleidsterreinen”.

²⁶ De 11 andere onderzochte landen zijn Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Italië, Spanje, Zweden, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Nederland had wel de vierde laagste

inkomensongelijkheid vóór en de derde laagste ná inkomstenbelasting (Wagstaff, van Doorslaer *et al*, 1997).

²⁷ Zie De Kam, F en J de Haan (1997) en De Kam, CA, de Haan, *et al* (1996).

²⁸ Het belastingaandeel was in 1991 47% van het bruto binnenlands produkt, maar gemiddeld 60% van het bruto inkomen van huishoudens.

²⁹ De cijfers van de Kam *et al* (1997) wijzen op een progressiviteitsindex van de inkomstenbelasting van 0.189 en van de totale lasten van 0.034.

³⁰ Zie van der Burg en van Doorslaer (1997) voor de Nederlandse resultaten en Van Doorslaer, Wagstaff, *et al* (1998) voor de internationale vergelijking.

³¹ De landen opgenomen in het onderzoek zijn Denemarken, Finland, Oost-Duitsland, West-Duitsland, Ierland, Nederland, Zweden, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.

³² Dit stemt overeen met de bevindingen van van der Meer *et al* (1996).

³³ van der Meer *et al* (1996) vonden in een longitudinale studie geen bijdrage van medische consumptie aan verschillen naar opleidingsniveau in het beloop van gezondheidstoestand.

³⁴ Zie bijvoorbeeld Rutten (1983).

³⁵ Het werd al in 1978 een eerste keer voorgesteld door Alain Enthoven (1980) voor de Verenigde Staten. Van de Ven (1983) vertaalde veel van deze ideeën naar de Nederlandse situatie.

³⁶ Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987).

³⁷ Voor een recent overzicht van tien jaar hervormingsbeleid, zie van der Grinten (1997).

³⁸ Schut en van de Ven (1997) noemen naast de persoonsgebonden budgetten ook openbare aanbesteding en meetlat-concurrentie.