



Oratie

De zorg is toch geen markt?

*Laveren tussen marktfalen en
overheidsfalen in de gezondheidszorg*

Erik Schut

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam

De zorg is toch geen markt?

*Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de
gezondheidszorg*

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
Gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg
aan de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
van de Erasmus Universiteit Rotterdam, vanwege de Vereniging Trustfonds EUR,
op vrijdag 9 mei 2003

door

Erik Schut

© 2003, F.T. Schut

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus MC
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
<http://www.bmg.eur.nl>

*Mijnheer de Rector Magnificus,
zeer gewaardeerde toehoorders,*

De zorg is toch geen markt? Onder dit motto ging de Socialistische Partij (SP) tijdens de afgelopen Kamerverkiezingen rechtstreeks in tegen de politiek breed gedragen opvatting dat er in het nieuw beoogde zorgstelsel meer marktwerking zou moeten komen. Niet voor niets is het motto geformuleerd als een retorische vraag: het appelleert aan een gevoel van vanzelfsprekendheid dat zorg nu eenmaal geen koopwaar is die op een markt verhandeld zou mogen worden. In een column in het economenvakblad *ESB* legt Agnes Kant (2002), woordvoester van de SP op het terrein van de volksgezondheid, uit dat marktwerking in de gezondheidszorg niet alleen leidt tot een aantasting van de solidariteit en de kwaliteit van zorg, maar dat het de zorg bovendien duurder maakt. Behalve gewone mensen zouden dus ook economen tegenstander moeten zijn van concurrentie in de zorg. Zij vraagt zich dan ook af: "Waar blijven 'Economen tegen marktwerking in de gezondheidszorg'?"

Met haar pleidooi tegen marktwerking in de zorgsector, lijkt Agnes Kant onder economen echter allerm minst alleen te staan. Van oudsher staan veel economen - waaronder zeer gerenommeerde - wantrouwig tegenover een vrije markt in de gezondheidszorg. Zelfs Adam Smith - door velen beschouwd als de grondlegger van de economische wetenschap en voorvechter van een vrije markt - had er weinig vertrouwen in dat de onzichtbare hand in gezondheidszorg onfeilbaar zou werken. Omdat het volgens Smith (1776, Book I, chapter X) van groot belang is dat patiënten hun dokters kunnen vertrouwen en dat dokters een gedegen opleiding kunnen betalen moesten zij een behoorlijk inkomen kunnen verdienen. Smith was daarom tegenstander van een vrije toetreding tot het medisch beroep en een subsidiëring van de medische opleiding¹: dit zou de spoeling onnodig dun maken en tot inferieure zorgverlening leiden.

Bijna twee eeuwen later zette de latere Nobelprijswinnaar Kenneth Arrow - door velen beschouwd als grondlegger van de gezondheidseconomie - in een inmiddels klassiek artikel in de *American Economic Review* (1963) uiteen waarom juist in de gezondheidszorg de markt niet goed kan werken. Door de grote mate van onzekerheid over het tijdstip, aard, omvang en effect van de zorg, leidt een vrije markt volgens Arrow niet tot optimale uitkomsten. De markt kan alleen goed werken als vragers en aanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en goed geïnformeerd zijn over de prijs en de kwaliteit van de dienstverlening.

¹ Hoewel Smith met zijn pleidooi voor een afschaffing van subsidies voor medische opleidingen ogenschijnlijk een vrije markt lijkt te willen bevorderen, gaat hij voorbij aan het - zeker destijds - ontbreken van perfect werkende kapitaalmarkten. Daardoor zouden minder koopkrachtigen geen leningen kunnen afsluiten voor het financieren van een medische opleiding en zou de toegang tot het medisch beroep *de facto* voorbehouden blijven aan de welgestelden.

Maar in de gezondheidszorg is de informatie sterk ongelijk verdeeld over vragers en aanbieders. Patiënten gaan vaak juist naar de dokter om hun ongedefinieerde vraag nader te laten specificeren. De dokter stelt de diagnose, stelt de therapie vast en bepaalt daarmee grotendeels de vraag naar zorg. Omdat informatie zelf deel uitmaakt van de transactie kan de vrager op voorhand nooit volledig geïnformeerd zijn en kan hij dus ook de waarde van die informatie niet goed inschatten. Gezondheidszorg is dan ook wat een economen een ervarings- of reputatiegoed noemen (Pauly en Satterthwaite 1981): je weet pas wat de kwaliteit is als je het al hebt gekocht. Voor de beslissing om een bepaalde zorgverlener te consulteren is zijn reputatie daarom vaak belangrijker dan de op voorhand niet waarneembare kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien zijn ook de inherente onzekerheden over tijdstip, omvang en effect van zorg maar zeer ten dele door verzekeringen af te dekken en leiden dergelijke verzekeringen op hun beurt tot een verstoring van het marktmechanisme. Tenslotte wijst Arrow er op dat veel individuen zich bekommeren om de gezondheid van anderen, waardoor zij het niet acceptabel vinden dat koopkracht de toegang tot gezondheidszorg bepaalt, zoals het geval zou zijn op een vrije markt. Arrow's these is dat de talrijke specifieke instituties in de zorgsector een direct gevolg zijn van het falen van de markt: *"I propose here the view that, when the market fails to achieve an optimal state, society will, to some extent at least, recognize the gap, and nonmarket social institutions will arise attempting to bridge it"* (Arrow 1963, p.947).

Wanneer de vrije markt in de gezondheidszorg volgens economen zo duidelijk faalt, waarom komen zij dan niet massaal in opstand tegen de plannen voor het nieuwe zorgstelsel, waarin concurrentie een belangrijke rol zou moeten spelen? Het antwoord op die vraag ligt besloten in het woordje "vrij". Indien Agnes Kant economen zou hebben opgeroepen zich uit te spreken tegen *vrije* marktwerking in de gezondheidszorg, had zij waarschijnlijk zonder probleem het grootste deel van de beroepsgroep achter zich gekregen. Maar het afwijzen van *vrije* marktwerking is wat anders dan het categorisch afwijzen van *elke vorm* van marktwerking. Wat in de plannen voor een nieuw zorgstelsel wordt beoogd is allerm minst vrije marktwerking, maar een vorm van gereguleerde concurrentie. Daarbij gaat het niet om een markt waarin dokters op elke hoek van de straat reclame maken voor hun diensten, zoals op de bijgaande cartoon in het artsblad Medisch Contact.



Bron: Medisch Contact 54 (47), 26 november 1999

De herwaardering van de rol van de markt in de gezondheidszorg komt voort uit ontevredenheid over de werking van de instituties die in de loop der tijd ontwikkeld zijn om het falen van een vrije markt te voorkomen. Deze instituties hebben de markt als coördinatiemechanisme vrijwel volledig uitgeschakeld. Naarmate de gezondheidszorg complexer is geworden lijken deze instituties steeds minder goed te voldoen. Marktfalen lijkt te zijn vervangen door overheidsfalen.

De kernvraag is of - en zo ja onder welke voorwaarden - de markt toch een nuttige rol kan spelen in de gezondheidszorg. Om die vraag te beantwoorden is het noodzakelijk om de bestaande institutionele oplossingen en hun problemen nader onder de loep te nemen.

Toch wàs de zorg ooit een markt ...

Tot halverwege de 19e eeuw wàs de zorg een nagenoeg vrije markt. Iedere kwakzalver kon zich dokter noemen en dokters waren vrij om zelf hun prijzen vast te stellen. Overigens is die markt nooit helemaal verdwenen. Zo bestaat in Rotterdam nog een levendige vrije zorgmarkt, waarbij er sprake is van forse concurrentie onder professoren.

Op deze markten worden nog panacees verstrekt "die zelfs in de meest hopeloze gevallen uw partner weer terugbrengen". U ziet, professoren zijn van alle markten thuis.

Onder Professoren: concurrentie op de Rotterdamse alternatieve zorgmarkt

Prof. MOUSSA ★ ★ ★ Een groot en beroemde HELDERLENDE DE MEDICIN Zal u helpen om moeilijkste problemen op te lossen — onmiddellijke terugkomst van uw geliefde — familiegeuk, bereining, handel, klanten, examen — geld en zaken — Heerscherm tegen elk gevaar, onoverwinnelijk — Werk success. Snelle en doeltreffende afhandeling — Happiness and good life is for every body — you have to know how to get it SNEL RESULTAAT! ☎ 010 - 213 32 54 Schutterstraat	★ Prof. KARAMBA ★ Groot leven zonder problemen. Groot problemen zonder oplossing. Nuts is te laat in het leven Helpt U bij het oplossen van al Uw problemen, liefde, seks, ezemon, vrees, geluk in zaken, tegen slechte invloeden, financiën, extra bescherming, familie problemen, brengt Uw partner weer terug, ook in de meest hopeloze gevallen, enz. enz... Werket serieus, snel en efficiënt!!! Handkust in hun werk. Nieuw contact op. Tel: 010 - 466 51 50 of 06 - 23 05 47 59 Schiedspolderlaan, Rotterdam Noord	Prof. Pede Medium Werket op alle problemen van al uw problemen — onmiddellijke terugkomst van uw geliefde — familiegeuk, bereining, handel, klanten, examen — geld en zaken — Heerscherm tegen elk gevaar, onoverwinnelijk — Werk success. Snelle en doeltreffende afhandeling — Happiness and good life is for every body — you have to know how to get it SNEL RESULTAAT! ☎ 010 - 213 32 54 Schutterstraat
Prof. DISTEL, MEDIUM Werket op alle problemen van al uw problemen — onmiddellijke terugkomst van uw geliefde — familiegeuk, bereining, handel, klanten, examen — geld en zaken — Heerscherm tegen elk gevaar, onoverwinnelijk — Werk success. Snelle en doeltreffende afhandeling — Happiness and good life is for every body — you have to know how to get it SNEL RESULTAAT! ☎ 010 - 213 32 54 Schutterstraat	Prof. SABOU, Medium Werket op alle problemen van al uw problemen — onmiddellijke terugkomst van uw geliefde — familiegeuk, bereining, handel, klanten, examen — geld en zaken — Heerscherm tegen elk gevaar, onoverwinnelijk — Werk success. Snelle en doeltreffende afhandeling — Happiness and good life is for every body — you have to know how to get it SNEL RESULTAAT! ☎ 010 - 213 32 54 Schutterstraat	Prof. HAIDRA helderlende medium *** Voor het oplossen van al uw problemen Impotentie - Onvruchtbaarheid - Examenvrees Seksuele problemen - Hoes vrezen Hulp bij liefdesrelatie en de juiste partner te vinden. Snelle terugkeer van partner. Alle ziektes - Verkrachten van kinderen Geluk en zaken - Mysterieuze gevoelens Wondt u afgevoerd door uw kintuizen? Toekomst voorspellen. Snel resultaat! Bel nu 010 - 212 00 29 Heer Gillisstraat (Kralingen) Rotterdam

Bron: Collectie Ton de Vries

Nu zijn de claims van deze "professoren" dermate doorzichtig dat niemand zich daar erg druk over maakt. Zolang ook de dokters niet veel meer konden dan pappen, nathouden en aderlaten was er voor de overheid weinig reden om regulerend op te treden. Maar naarmate de medische wetenschap vorderde werd het steeds belangrijker om het kaf van het koren te scheiden. De vrije markt werd een zorg. Om het voor het publiek mogelijk te maken om de kwaliteit van de dokters te beoordelen werd in 1865 de Geneeskundige Staatsregeling getroffen die de toetreding tot het medisch beroep voorbehield aan dokters met een universitair diploma. In tegenstelling tot professor mag sindsdien niet iedereen zich arts noemen. Voor artsen had deze wettelijke toetredingsbarrière als plezierig neveneffect dat het leidde tot een aanzienlijke versteviging van hun machtspositie.

Met de toenemende prestaties van de geneeskunde werd het ook steeds belangrijker gevonden dat iedereen daar, ongeacht koopkracht, toegang tot kreeg. Eerst werd via de oprichting van diverse verzekeringsfondsen getracht via onderlinge pooling van risico's de toegang tot de steeds duurder wordende gezondheidszorg te waarborgen. Zo steeg de verzekeringsgraad van de Nederlandse bevolking van 1900 tot 1940 van 10 tot 40 procent. Maar deze vrijwillige verzekeringsmarkt kon geen afdoende garantie bieden op een betaalbare verzekering voor mensen met een laag inkomen of een hoog ziektekostenrisico (Van der Velden 1993). Collectieve financiering werd noodzakelijk om de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen. En daarmee begon

de onstuitbare opmars van de overheid in de financiering en organisatie van de gezondheidszorg.

De markt maakt plaats

In een vergelijkende studie naar de ontwikkeling van de gezondheidszorgsystemen in de zeven belangrijkste OECD-landen betoogt David Cutler (2002) dat deze ontwikkeling in al deze landen, ondanks aanzienlijke onderlinge verschillen, ruwweg is in te delen in drie opeenvolgende fasen:

1. Een eerste fase gericht op het waarborgen van universele en gelijke toegang tot zorgvoorzieningen;
2. Een tweede fase gericht op kostenbeheersing via prijsregulering, budgettering en rantsoenering;
3. Een derde fase gericht op een versterking van prikkels voor doelmatigheid en de introductie van marktwerking.

Hoewel Cutler's analyse geen betrekking heeft op Nederland, lijkt zijn fasegewijze indeling tevens goed van toepassing op de hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. In Nederland loopt de eerste fase tot eind jaren '60, de tweede fase tot eind jaren '90, terwijl het zorgstelsel thans in een overgangsstadium naar de derde fase lijkt te verkeren.

Gelijke toegang voor iedereen

Vanaf het begin van de twintigste eeuw tot eind jaren '60 was het overheidsbeleid primair gericht op het waarborgen van een voor iedere burger toegankelijke gezondheidszorg via de opbouw van een stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen. Ironisch genoeg was er overigens een oorlog voor nodig om de verplichte ziekenfondsverzekering daadwerkelijk van de grond te krijgen. Want nadat van 1904 tot en met 1939 tien wetsontwerpen voor een sociale ziektekostenverzekering waren gesneuveld, was het in 1941 de Duitse bezetter die per decreet een verplichte ziekenfondsverzekering naar Duits model invoerde. Ruim twintig jaar later werd het Duitse Ziekenfondsenbesluit vervangen door de Ziekenfondswet (ZFW) en in 1968 werd het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen gecompleteerd door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Dankzij de Ziekenfondswet en de AWBZ waren er voor de burgers geen financiële belemmeringen meer om van de beschikbare zorgvoorzieningen gebruik te maken. De keerzijde was dat daarmee aan de vraagzijde vrijwel elke prikkel voor een kostenbewust gebruik van zorgvoorzieningen was weggenomen. Niet alleen voor de burgers, omdat zij voor het gebruik van zorgvoorzieningen niet langer een prijs hoefden te betalen. Maar

ook voor de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de AWBZ, omdat zij de zorgkosten van hun verzekerden volledig vergoed kregen uit een gemeenschappelijke kas die gevuld werd met inkomensafhankelijke premies. Alleen particuliere ziektekosten-verzekeraars (en hun verzekerden met een eigen risico) hadden een zeker belang bij een doelmatig gebruik van voorzieningen. Particuliere verzekeraars hadden echter op lokaal en regionaal niveau een veel te klein marktaandeel om effectief invloed te kunnen uitoefenen op het zorgaanbod. Concurrentie tussen particuliere verzekeraars spitste zich daarom toe op het binnenhalen van goedkope verzekerden ("goede risico's") en niet op het inkopen van goede en goedkope zorg.

Behalve aan de vraagzijde, ontbraken ook aan de aanbodzijde prikkels voor een doelmatig gebruik van zorg. Zorgverleners waren juist gebaat bij zoveel mogelijk gebruik van voorzieningen. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen werden namelijk betaald per verpleegdag en medisch specialisten en de meeste andere zorgverleners werden betaald per verrichting.² Hoe meer zorg werd verleend, des te hoger de omzet van de instelling en het inkomen van de zorgverlener. Bovendien kunnen zorgaanbieders de vraag naar zorg sterk beïnvloeden dankzij hun surplus aan kennis en informatie over het nut en de noodzaak van behandelingen ten opzichte van de zorgvrager en de zorgverzekeraar. Dit verschijnsel wordt aangeduid als aanbodgeïnduceerde vraag.

Einde aan het open einde

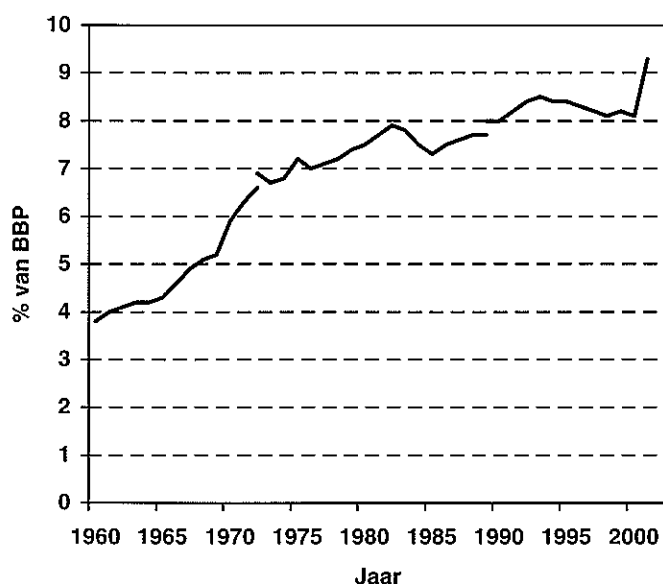
De combinatie van het ontbreken van prikkels voor een doelmatig gebruik van voorzieningen bij patiënten en verzekeraars, positieve productieprikkels bij de zorgaanbieders en een snelle medisch technische ontwikkeling leidden in de jaren '60 en '70 tot een enorme expansie van de gezondheidszorg en daarmee tot een explosieve toename van de zorguitgaven. Van 1960 tot 1980 verdubbelde het aandeel van de zorguitgaven (conform de OECD-definitie) in het Bruto Binnenlands Product (BBP) van 3,8 tot 7,5% (Figuur 1).

Onder druk van een economische recessie en een snel oplopende werkloosheid, probeert de overheid vanaf begin jaren '70 greep te krijgen op de ongeremde stijging van de zorguitgaven. Met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) uit 1971 werd geprobeerd de capaciteit van ziekenhuizen beter te plannen. In 1974 werd door het kabinet Den Uyl met de Structuurnota gezondheidszorg een plan gelanceerd om te komen tot een integrale planning van het aanbod van zorgvoorzieningen. De WZV zou moeten worden vervangen door een integrale planningswet, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Prijzen zouden centraal moeten worden gereguleerd door middel van een tarievenwet, de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Door middel van WVG en WTG zouden zowel

² De enige uitzondering vormen de huisartsen die per ziekenfondsverzekerde van oudsher een vast bedrag per jaar ontvangen. Hoewel dit abonnementshonorarium de productieprikkel wegneemt, ondergraaft het tevens de "poortwachtersfunctie" van de huisarts. Voor de huisarts is het immers voordelig om frequent terugkomende patiënten door te verwijzen naar de medisch specialist.

prijs als volume en daarmee de totale zorgkosten kunnen worden beheerst. Vanaf 1977 ging de overheid ook een raming voor de totale zorguitgaven opstellen, die in de vorm van een Financieel Overzicht Gezondheidszorg tegelijk met de Rijksbegroting werd gepresenteerd. Weldra kreeg dit Financieel Overzicht steeds meer het karakter van een taakstellende begroting.

Figuur 1. Zorguitgaven als percentage BBP*



* Reeksbreuken in 1972 en 1989 wegens definitiewijzigingen. De cijfers tot en met 2000 zijn afkomstig van de OECD; het aandeel in 2002 betreft een raming van een werkgroep van de ministeries van VWS en Financiën.

Bronnen: *OECD Health Data 1998 en 2002, VWS/Financiën 2003*

Het was echter wel een merkwaardige begroting. Zij had immers grotendeels betrekking op premiegelden die niet in de schatkist van de overheid zaten maar in de kassen van de zorgverzekeraars. Aanvankelijk had de overheid dan ook nauwelijks instrumenten om een overschrijding van de zorgbegroting tegen te gaan. De WTG werd uiteindelijk pas in 1981 ingevoerd en gaf de overheid alleen een indirect instrument – in de vorm van zogenaamde "aanwijzingen" – om de tarieven te bepalen. De WVG werd een jaar later aangenomen maar was veel te ambitieus, ingewikkeld en veelomvattend en verzandde in een experimenteel stadium.

Van de oorspronkelijke bedoeling dat de WZV moest leiden tot een (regionale) planning van ziekenhuisvoorzieningen kwam echter weinig terecht. In de praktijk werd de WZV gehanteerd om via bouwplafonds en vergunningen de capaciteitsontwikkeling van intramurale zorginstellingen af te remmen of om te buigen. Met de WTG konden weliswaar de tarieven worden gereguleerd maar omdat tariefsdalingen konden worden gecompenseerd in de volumesfeer was het als instrument voor kostenbeheersing betrekkelijk ineffectief. Om behalve op de prijs van zorg ook grip te krijgen op het volume, werd de WTG daarom in de loop van de tijd omgevormd van een pure prijzenwet tot een budgetteringswet. Al in 1983 werden ziekenhuizen gebonden aan een instellingsbudget, een jaar later gevolgd door de overige intramurale zorginstellingen. Na een decennium van vruchteloze pogingen om de inkomens van individuele specialisten te normeren (onder andere via een aan de WTG gekoppelde Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren) werden de medisch specialisten vanaf 1989 gebonden aan een afzonderlijk macrobudget. In 1992 kreeg de overheid door een wijziging van de WTG de mogelijkheid om voor alle vrijgevestigde medische beroepsbeoefenaren jaarlijks een apart macrobudget per beroepsgroep vast te stellen. Om onder de jaarlijkse tariefskortingen als gevolg van overschrijdingen van het macrobudget uit te komen, gingen de medisch specialisten in 1995 akkoord met een radicale wijziging van hun honoreringssysteem: het systeem van betaling per verrichting werd vervangen door een vast jaarlijks budget - de zogenaamde "lumpsum" - dat sinds de inwerking-treding van de zogenaamde Integratiewet in 2000 deel uitmaakt van het totale ziekenhuis-budget.

Budgettair keurslijf

Met het aantreden van het eerste Paarse kabinet in 1994 kreeg de zorgsector bovendien een strakker omlijnd macrobudget: het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Voortaan zouden de uitgaven voor verstrekkingen waarvan de overheid vindt dat zij voor iedereen toegankelijk moeten zijn, moeten passen binnen het jaarlijks vastgestelde BKZ. Het BKZ omvat niet alleen collectief gefinancierde maar ook het grootste deel van de particulier gefinancierde zorg. Overschrijdingen van het BKZ moesten in principe binnen de zorgsector worden gecompenseerd door een reductie van het aanbod, een verlaging van de prijs of een verhoging van de doelmatigheid.

Effecten van aanbod- en prijsregulering

Uit oogpunt van kostenbeheersing was het beleid succesvol. Zoals valt af te lezen uit figuur 1 nam het aandeel van de zorguitgaven in het BBP zelfs enigszins af na de invoering van de ziekenhuisbudgettering in 1983 en een algehele salariskorting voor het

verplegend personeel in 1984. Ook gedurende de eerste Paarse kabinetsperiode (1994-1998) nam het aandeel van de zorguitgaven in het BBP af. Per saldo bleef het aandeel van de zorguitgaven in het BBP van 1980 tot en met 2000 ongeveer constant, hetgeen in scherp contrast staat met de verdubbeling van het aandeel in de voorafgaande 20 jaar.

Tabel 1. Beoogde en werkelijke gemiddelde jaarlijkse volumegroei van de zorguitgaven¹ van 1990-2002

	Lubbers-III 1990-1994	Kok-I 1994-1998	Kok-II 1998-2002
Beoogde volumegroei conform regeerakkoord	1,0%	1,3%	2,3%
Werkelijke volumegroei	1,9%	2,0% ²	4,7%

¹ Het betreft de zorguitgaven die vallen onder de budgettaire verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS: tot 1995 de FOZ-uitgaven, vanaf 1995 de netto-BKZ uitgaven.

² Exclusief pakketverkleining bedraagt de gemiddelde volumegroei 2,4%.

Bron: Schut (2003)

Niettegenstaande de ogenschijnlijk succesvolle kostenbeheersing, zijn opeenvolgende kabinetten er niet in geslaagd de zorguitgaven binnen de afgesproken budgettaire kaders te houden (Tabel 1). De werkelijke volumegroei bleek voortdurend hoger dan de in de regeerakkoorden vastgelegde ruimte. De werkelijke groei kwam in de betreffende kabinetsperioden steeds ongeveer tweemaal zo hoog uit als aanvankelijk was begroot.

De keerzijde van kostenbeheersing

In weerwil van de stelselmatige overschrijding van de vastgestelde uitgavenplafonds, waren veel betrokkenen van mening dat het kostenbeheersingsbeleid van de overheid te ver was doorgeschoten. Ondanks de vergrijzing, de snelle medisch-technische ontwikkelingen, de forse uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelingsmethoden is het aandeel van de zorguitgaven in het BBP tussen 1980 en 2000 nagenoeg constant gebleven. Dit is des te opmerkelijker omdat de zorgsector nogal vatbaar is voor de zogenaamde kostenziekte van Baumol, waarschijnlijk de enige econoom die een ziekte op zijn naam heeft staan. Voor vormen van persoonlijke dienstverlening waarbij de hoeveelheid ingezette arbeid voor een belangrijk deel de kwaliteit van de dienstverlening bepaalt, zoals bijvoorbeeld in de thuiszorg, zijn de mogelijkheden voor een toename van de arbeidsproductiviteit meestal gering. Aangezien de lonen voor deze vormen van dienstverlening meestal de gemiddelde loonontwikkeling volgen, zullen zij relatief steeds duurder worden. Dat geldt voor de klusjesman, de onderwijzer en voor de wijkverpleegkundige. Wanneer men de kwaliteit en kwantiteit van deze vormen van

dienstverlening op peil wil houden, zal de samenleving dus een steeds groter deel van haar inkomen aan dergelijke diensten moeten besteden.³

De voortdurende overschrijding van het macrobudget wijst daarom niet zozeer op falende kostenbeheersing maar vooral op het feit dat het budgettaire keurslijf zorg stelselmatig te strak werd aangetrokken. Tot 1998 waren de budgettaire kaders zelfs nauwelijks voldoende om de verwachte circa 1% volumegroei ten gevolge van de demografische veranderingen op te vangen. De groeiende wachtlijsten leken te bevestigen dat hoeveelheidsrantsoenering te ver was doorgeschoten.

Door de eenzijdige aandacht voor het beperken van de collectieve lasten leek men vergeten dat een goede gezondheidszorg ook collectieve lusten met zich meebrengt. Van Waarden (2001) vraagt zich dan ook af: "Hoe komt het dat we groei van de gezondheidszorg vooral uit kosten oogpunt zien, en die van bierbrouwerijen als een bijdrage aan inkomen en werkgelegenheid?". Uit onderzoek blijkt dat de lusten in termen van een langere verwachte levensduur en een hogere kwaliteit van leven de afgelopen decennia aanzienlijk zijn geweest (Cutler en McClellan 2001). Bovendien kan een bezuiniging op de zorguitgaven elders extra kosten veroorzaken, bijvoorbeeld wanneer wachtlijsten leiden tot inkomens- en productieverlies en tot arbeidsongeschiktheid (SEO 2001). Het is dus zaak om niet alleen te letten wat de gezondheidszorg ons kost, maar ook op wat zij ons oplevert. Maar natuurlijk is het wel in het maatschappelijk belang dat de collectieve lasten niet hoger zijn dan noodzakelijk om de gewenste collectieve lusten te realiseren.

Vooral vanaf de tweede helft van de jaren '90 nam de kritiek op de lange en groeiende wachtlijsten toe. Vanaf 1997 besloot het kabinet extra middelen ter beschikking te stellen om de wachtlijsten weg te werken, maar dit leek weinig effect te sorteren en soms zelfs averechts te werken omdat zorginstellingen voor het hebben van wachtlijsten feitelijk werden beloond met een hoger budget.

Boter bij de vis

Onder druk van de publieke opinie heeft het tweede Paarse kabinet na bijna twintig jaar budgetteringsbeleid de uitgavenplafonds voor de zorginstellingen afgeschaft. In 2000 werd het "boter-bij-de-vis" principe ingevoerd: extra zorgverlening levert zorginstellingen extra middelen op. De groeiende wachtlijsten en de vershraling van de zorg werden in toenemende mate bekritiseerd als een anachronisme in een periode van economische voorspoed waarin er geld op zoek was naar zorg. De paarse coalitie lag onder vuur wegens het creëren van 'publieke armoede temidden van private voorspoed'.

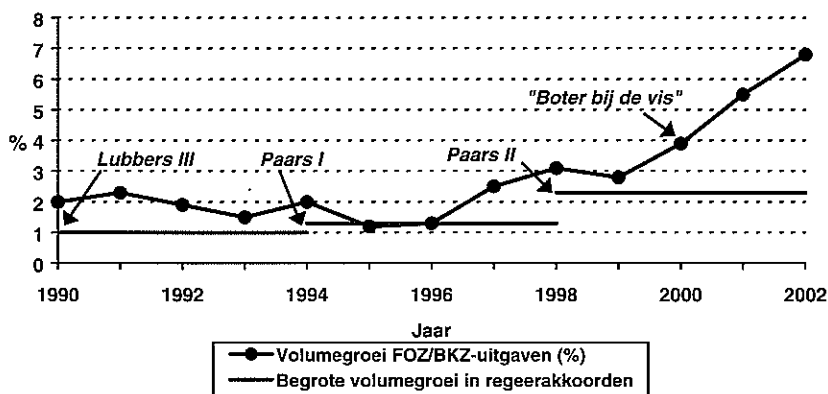
³ Om dit mogelijk te maken zouden de lonen in andere sectoren minder mochten stijgen dan de gemiddelde productiviteitsgroei. Baumol (1967) laat echter zien dat indien de vraag naar dergelijke persoonlijke diensten niet inelastisch is, de kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening in de loop der tijd zal dalen.

Maar ook de nationale en Europese rechters legden een bom onder het beleid van aanbodregulering. In 1999 oordeelde de nationale rechter dat de wettelijke aanspraken op zorg op grond van de sociale ziektekostenverzekeringen (AWBZ of ZFW) impliceren dat verzekerden recht hebben op tijdige zorgverlening en dat die zorgverlening hen niet om budgettaire redenen mocht worden onthouden. Medio 2001 oordeelde het Europees Hof van Justitie in de zaak Smits/Peerbooms dat ziekenfondsverzekerden recht hebben op zorg van niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieders wanneer de zorgverzekeraar niet kan zorgen voor uit medisch oogpunt tijdige en even effectieve zorgverlening. De ruimte voor hoeveelheidsrantsoenering is dus zowel door de nationale als de Europese rechter sterk beperkt.

In het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende wordt "het recht op zorg" zelfs nadrukkelijk verankerd als uitgangspunt voor het gezondheidszorgbeleid. De rechten van mensen op het (collectief) verzekerde pakket gelden het hele jaar, aldus het kabinet, "en natuurlijk hebben rijk en arm precies dezelfde rechten" (VWS 2002, p.8).

De herinvoering van het open einde in de financiering van de zorg heeft geleid tot een explosieve groei van de reële zorguitgaven, oplopend van 4% in 2000 tot bijna 7% in 2002 (Figuur 2).

Figuur 2. Gerealiseerde versus begrote volumegroei van de zorguitgaven, 1990-2002



Bron: Schut (2003)

De stijgende zorguitgaven steken schril af tegen een stagnerende economische groei, die in 2002 nog slechts een kwart procent bedroeg. Waar het aandeel van de zorguitgaven in het BBP twintig jaar lang schommelde rond de 8%, is het de afgelopen 2 jaar opgelopen

tot ruim 9% (Figuur 1). De grootste versnelling in de groei van de zorguitgaven komt voor rekening van de sectoren waarin het boter-bij-de-vis principe is ingevoerd: de ziekenhuizen, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg (VWS/Financiën 2003). Het geld dat op zoek was naar zorg, lijkt de zorg inmiddels te hebben gevonden. Bovendien geven ramingen van het Centraal Planbureau (2002) en van de overheid (VWS/Financiën 2003) aan dat de zorg in de komende kabinetsperiode zo'n 3 tot 5 miljard euro meer kost dan begroot door het kabinet Balkenende. Er moet meer boter bij de vis dan volgens de oude Zalm-norm verantwoord is.

De vis wordt duur betaald...

Het ongeclausuleerd opendraaien van de geldkraan lijkt - zeker op de langere termijn - een zeer ondoelmatige methode om de wachtlijsten en de tekorten aan zorgverleners op te lossen. Weliswaar is dankzij de extra geldstroom de productie toegenomen en lijkt er - althans in de curatieve sector - in 2002 voor het eerst sprake van een lichte kentering in de lengte van de wachtlijsten en de duur van de wachttijden, maar het is zeer de vraag of dit geld allemaal even doelmatig wordt besteed.

Want hoewel de wachtlijsten voor een belangrijk deel zijn ontstaan door het gevoerde kostenbeheersingsbeleid, lijken zij niet primair een gevolg van een gebrek aan middelen maar vooral van de aard van het gevoerde beleid. Het centraal opleggen van macrobudgetten en capaciteitsrestricties geeft geen goede en soms zelfs averechtse prikkels om de zorg op microniveau doelmatig te organiseren. De toenemende complexiteit en differentiatie in de zorgverlening maakt dat het steeds lastiger is om vanuit Den Haag de doelmatigheid van de zorgverlening op lokaal niveau effectief te bevorderen. Generieke maatregelen missen vaak hun doel omdat zij onvoldoende zijn toegesneden op de lokale situatie. Bovendien bestaat er een motivatieprobleem: de effecten van beleidsmaatregelen worden meestal niet getoetst en zo dat al gebeurt dan is vaak niet duidelijk wie verantwoordelijk is.

De oplossing van het conflict over de huisartsenhonoraria in 2001 vormt hiervan een treffende illustratie. Protesten van huisartsen over tekortschietende praktijkkostenvergoedingen en honoraria werden grotendeels afgekocht via uniforme tariefsopslagen. Vanwege de per huisartspraktijk sterk uiteenlopende praktijkkosten en zorgzwaarte van patiënten was deze generieke maatregel niet alleen onnodig duur, maar bestendigde zij bovendien de inkomensverschillen tussen huisartsen en daarmee samenhangende verschillen tussen aantrekkelijke en onaantrekkelijke vestigingsplaatsen. De lokale tekorten aan huisartsen werden er dus niet door opgelost. Evenmin gingen er stimulansen vanuit om door een efficiëntere praktijkorganisatie, taakdifferentiatie en het opzetten van een effectieve ondersteuningsstructuur de bestaande capaciteit doelmatiger te benutten. Van de door de Commissie Tabaksblat (2001) voorgestelde lokaal gedifferentieerde financieringsstructuur voor de huisartsenzorg is nog weinig terechtgekomen. De centrale

prijsregulering vormt een belangrijk obstakel voor samenwerken in groepspraktijken of gezondheidscentra en ontmoedigt innovatie. Zo kunnen innovatieve manieren van taakherschikking en coördinatie van zorgverlening en nieuwe behandelingsmethoden niet worden betaald zolang er voor die prestatie geen WTG-tarief is vastgesteld. Doelmatigheidsopslagen voor huisartsen die zich aan standaarden houden en doelmatig medicijnen voorschrijven zijn verboden als daarmee het WTG-tarief wordt overschreden.

Vooral in de ziekenhuissector zijn de informatieproblemen voor de overheid groot. De budgettering van ziekenhuizen en medisch specialisten prikkelde wel tot beperking van de productie, maar niet tot verhoging van de productiviteit. Het 'boter-bij-de-vis' principe prikkelt wél tot het opvoeren van de productie, maar evenmin tot grotere doelmatigheid. Volgens de directeur van het kwaliteitsinstituut CBO, Schellekens, maakt "veel geld pompen in een inefficiënt systeem, het systeem alleen maar inefficiënter" (Schellekens 2002). Uit tal van projecten blijkt dat door een betere organisatie en het navolgen van bekende "best practices" enorme productiviteitswinsten zijn te behalen (Ernst & Young 2000, SCP 2002). Wachtlijsten in ziekenhuizen blijken voor een belangrijk deel te wijten zijn aan een gebrekkige planning en logistiek. Zo toonde het CBO aan dat een betere planning van de OK in een groot ziekenhuis leidde tot een toename van het aantal heup- en knieoperaties met 40% en van het aantal oogoperaties met 35% (Schellekens 2002). Een dergelijke productietoename werd destijds echter budgettair afgestraft. Schellekens (2002) schat dat wanneer ziekenhuizen zich zouden conformeren aan de bekende voorbeeldpraktijken en richtlijnen de wachttijden met 25% tot 90% kunnen worden verkort en dat productiviteitswinst kan oplopen tot 15 à 30%.

Met de aanwezige middelen kan in de gezondheidszorg dus veel doelmatiger worden omgegaan. Maar de prikkels daartoe ontbreken. Zeker nu de opgelegde restricties aan het zorgaanbod voor een belangrijk deel zijn weggenomen, zal dat leiden tot onnodig hoge zorguitgaven. De vis wordt duur betaald.

Moet het budgettair keurslijf worden gehandhaafd?

Onnodig hoge zorguitgaven hebben belangrijke nadelige gevolgen voor de economie, en daarmee voor de mogelijkheid om in de toekomst voldoende gezondheidszorg te betalen. Niet alleen leiden hogere uitgaven tot een verlies aan koopkracht voor de burger, maar bovendien worden zij waarschijnlijk deels via werkgeversbijdragen aan de ziektekostenverzekering afgewenteld op de arbeidskosten. Hogere arbeidskosten kunnen de internationale concurrentiepositie aantasten, wat vooral voor een open economie als de Nederlandse schadelijk kan zijn. Moet het Budgettair Kader Zorg - of een plafond aan de collectieve zorguitgaven (de zogenaamde 'ijklijn zorg') - om die reden worden gehandhaafd? Nee, want een plafonnering van de collectieve zorguitgaven lijkt weinig

effectief wanneer de totale zorguitgaven niet langer worden beheerst. Omdat bijna iedereen verzekerd is voor ziektekosten maakt het uit het oogpunt van een beheersing van de arbeidskosten namelijk niet veel uit of de zorg collectief of particulier wordt gefinancierd. Want ruim 60 procent van de particulier verzekerden is verzekerd op grond van een door de werkgever afgesloten collectief contract, waaraan werkgevers doorgaans een forse, per CAO afgesproken, bijdrage betalen (Schut 2000). Het stellen van een uitgavenplafond aan de collectieve zorguitgaven is daarom uit macro-economisch oogpunt weinig zinvol als het niet leidt tot een kostenbesparing maar uitsluitend tot een verschuiving van collectieve naar particuliere financiering.

Het stellen van een uitgavenplafond aan de collectieve zorguitgaven verdraagt zich bovendien slecht met het uitgangspunt van "recht op zorg". In de woorden van ex-minister Bomhoff (2002: 132): "Als het recht op zorg serieus is, dan volgt daaruit dat het financiële kader niets meer is dan een eerlijke raming van de uitgaven. Als tegen het eind van het jaar blijkt dat er te weinig geld is, moet er dus alsnog geld bij, want anders is het recht op zorg niet echt een recht. Dus de status van de financiële cijfers verandert van een plafond, zoals vroeger, in een schatting, en die kan aan het eind van het jaar zowel te hoog als te laag zijn." De opvatting van Bomhoff dat het BKZ niet meer was dan een vrijblijvende raming, was echter in strijd met de begrotingsregels van het Strategisch Akkoord. Daarin is afgesproken dat het BKZ wordt gehandhaafd en in de jaren 2003 tot en met 2006 reëel met "slechts" 2,5% mag groeien. Gelet op de geraamde kostenstijging in de zorg is het onwaarschijnlijk dat de collectieve zorguitgaven onder dat plafond blijven. Wanneer wordt vastgehouden aan de handhaving van het uitgavenplafond zal dit moeten leiden tot een verschuiving van collectieve naar particuliere financiering: hetzij door een verkleining van het wettelijk verzekerde pakket, hetzij door een verhoging van de eigen betalingen. Bij een te krap geraamd BKZ dreigt het recht op zorg daarom op termijn te worden uitgehouden. Dit kan alleen worden voorkomen door voor midden- en hogere inkomensgroepen steeds hogere eigen betalingen in te voeren. Het recht op zorg impliceert dus een plicht tot herverdeling.

In plaats van de collectieve zorguitgaven te binden aan een *de facto* willekeurig gekozen uitgavenplafond, lijkt het beter om de inhoud van het begrip recht op zorg nauwkeuriger af te bakenen. Voor welke vormen van zorg en tot welk kwantitatief en kwalitatief niveau willen we als samenleving de toegang voor iedereen garanderen? Wanneer deze rechten via het collectief gefinancierde verstrekkingenpakket eenmaal zijn afgebakend, moeten de lasten zodanig worden (her)verdeeld dat iedere burger ook daadwerkelijk toegang heeft tot de betreffende zorgvoorzieningen. Stijgende zorguitgaven zullen bij gelijkblijvende aanspraken op zorg dus moeten leiden tot grotere solidariteitsoverdrachten. Het afzien van een collectief uitgavenplafond heeft als voordeel dat de overheid meer instrumenten heeft om de uit het recht op zorg voortvloeiende herverdeling gestalte te geven: niet alleen via inkomensgerelateerde eigen betalingen

maar ook via inkomensafhankelijke premies of zorgsubsidies. Wanneer midden- en hogere inkomensgroepen niet langer bereid zijn de noodzakelijk solidariteitsoverdrachten op te brengen om hetzelfde recht op zorg voor iedereen te handhaven en de overheid ze hiertoe niet kan of wil dwingen, zal expliciet moeten worden gekozen voor een reductie van het recht op zorg.

Hoe nu verder?

Afschaffing van het plafond aan de zorguitgaven is consistent met het loslaten van de aanbodregulering en het uitgangspunt van recht op zorg. Maar dit betekent geenszins dat de overheid zich niet zou moeten inspannen voor het beheersen van de zorguitgaven. Want bij een handhaving van de huidige open-eindfinanciering zonder effectieve tegenkrachten aan de vraagzijde van de markt zullen de zorguitgaven zo sterk stijgen dat het recht op zorg waarbij "rijk en arm precies dezelfde rechten hebben", steeds sterker onder druk zal komen te staan. Welke instrumenten resten de overheid om de zorguitgaven te beheersen?

Een ambtelijke werkgroep van de ministeries van VWS en Financiën die eind vorig jaar werd ingesteld om de mogelijkheden voor kostenbeheersing te inventariseren, noemt vier instrumenten: een verlaging van de loonkosten, een uitdunning van het collectief verzekerde pakket, een verhoging van de eigen betalingen en de invoering van meer prikkels voor doelmatigheid door een hervorming van het zorgstelsel (VWS/Financiën 2003). Hoe bruikbaar en effectief zijn de vier genoemde methoden?

Verlaging loonkosten

Ongeveer 60% van de kosten van gezondheidszorg bestaat uit loonkosten. Vanwege het arbeidsintensieve karakter van de zorgsector en de grote vatbaarheid voor de ziekte van Baumol, lijkt een verlaging van de loonkosten vanuit het oogpunt van kostenbeheersing een voor de hand liggende gedachte. Een algehele loonmatiging zal inderdaad gunstig zijn voor de kostenontwikkeling in de zorg. Maar het afdwingen van een specifieke loonkostenverlaging in de gezondheidszorg is van de vier genoemde maatregelen het minst haalbaar en effectief. Omdat de meeste zorgverleners niet in loondienst zijn van de overheid maar van private zorginstellingen, kan de overheid niet direct ingrijpen in de lonen. Op grond van de ILO-conventies mag de overheid namelijk niet ingrijpen in de tussen werkgevers en werknemers afgesloten CAO's (IBO 2002). Zelfs in de periode van aanbodregulering kon de overheid daarom slechts indirect invloed uitoefenen op de loonkosten door daar beperkte budgetruimte voor te reserveren: de zogenaamde "Overheidsbijdrage aan de Arbeidskosten" (OVA). De effectiviteit van de OVA is echter uiterst gering. De overheid heeft namelijk geen sancties als

zorginstellingen de OVA-ruimte overschrijden. Als gevolg van het groeiende personeelstekort, de druk om wachtlijsten te reduceren en de krappe arbeidsmarkt zijn de loonkosten van 1998 tot en met 2001 sterker gestegen dan de beschikbare budgetruimte (IBO 2002: 17-18). Bij gegeven instellingsbudgetten moesten hogere lonen ten koste gaan van de hoeveelheid geleverde zorg. Via extra middelen om de wachtlijsten weg te werken werden instellingen voor het overschrijden van de OVA echter achteraf alsnog (grotendeels) gecompenseerd (IBO 2002: 19-20).

Zelfs al zou het mogelijk zijn om de loonkosten in de zorgsector sterker te beperken dan in de marktsector, dan is het nog de vraag of dat wenselijk is. Afgezien van medisch specialisten en huisartsen zijn er voor verpleegkundigen en ander medisch personeel vaak voldoende mogelijkheden om elders op de arbeidsmarkt emploi te vinden. Een lagere dan marktconforme beloning leidt dan al gauw tot een personeelstekort, zoals de ervaring eind jaren negentig leerde. Cutler (2002: 891) constateert dat in OECD-landen met een sterk gereguleerd zorgsysteem de artseninkomens aanzienlijk lager liggen, maar dat besparingen op andere loonkosten in verhouding veel geringer zijn. In zijn algemeenheid geldt volgens Cutler (2002: 898) dat loon- en prijsreducties op lange termijn weinig effect sorteren. Volumeontwikkelingen zijn voor de kostenontwikkeling veel belangrijker.

Smaller verstrekkingenpakket

Een tweede maatregel is een reductie van het collectief gefinancierde verstrekkingenpakket. Dit vereist criteria op grond waarvan kan worden vastgesteld op welke verstrekkingen het recht op zorg van toepassing zou moeten zijn. Immers voor verstrekkingen die niet tot het collectief gefinancierde pakket worden toegelaten kan het recht op zorg niet voor iedereen, ongeacht inkomen of gezondheidstoestand, worden gegarandeerd.

Vanaf 1990 hebben achtereenvolgens de Commissie Dunning (1991), de WRR (1997) en de Gezondheidsraad (2003) dergelijke criteria ontwikkeld. Maar geen van de ontwikkelde criteria blijkt vooralsnog te operationaliseren omdat voor veel zorgvoorzieningen gegevens over werkzaamheid, kosteneffectiviteit en individuele ziektelast ontbreken.

Vooraf in de care sector speelt daarnaast de vraag hoe luxueus het niveau van de collectief gefinancierde verpleging en verzorging zou moeten zijn. Heeft iedere verpleeghuispatiënt recht op een eenpersoonskamer en elke gehandicapte recht op zoveel mogelijk begeleid zelfstandig wonen? Een antwoord op deze vraag vereist een nadere concretisering van het begrip recht op zorg. De vraag op welk niveau van zorg de burger recht heeft, speelt niet alleen bij de aanspraken in natura maar ook bij bepaling van de hoogte van het persoonsgebonden budget.

Duidelijk is dat verstrekkingen die niet effectief zijn of waarvoor goedkopere substituten van een gelijke of betere kwaliteit bestaan niet thuishoren in een collectief gefinancierd pakket. Het probleem is echter dat voor weinig verstrekkingen geldt dat zij

in geen enkel geval ineffectief zijn en dat de mate waarin verstrekkingen voor elkaar kunnen worden gesubstitueerd per patiënt kan verschillen. Zo vormen therapeutisch vergelijkbare geneesmiddelen voor bepaalde patiënten die voor sommige van deze middelen overgevoelig of resistent zijn geen effectieve substituten. Een bezwaar tegen het verwijderen van complete verstrekkingen uit het collectief gefinancierde pakket is dan ook het alles-of-niets karakter van een dergelijke beslissing. Veel verstrekkingen zijn voor sommige patiënten bij bepaalde indicaties effectief en doelmatig.

De Commissie-Dunning (1991) constateerde destijds al dat het probleem niet zozeer is dat bepaalde verstrekkingen als zodanig niet werkzaam of doelmatig zijn, maar de onterechte of overmatige toepassing van deze verstrekkingen. Een systematische beoordeling van de kosteneffectiviteit van zorg - zowel bij toelating tot het basispakket als bij toepassing in de praktijk - en een systematische verspreiding van praktijkrichtlijnen voor kosteneffectieve zorg komt tot dusver echter niet van de grond. Volgens Frans Rutten en Werner Brouwer (2002) ligt hier een belangrijke taak voor de overheid. Zij stellen dat het genereren en verspreiden van informatie over kosteneffectiviteit in hoge mate een publiek goed karakter heeft, vanwege het grote risico op free-rider gedrag bij individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarom bepleiten zij de oprichting van een Nederlandse variant van het Britse National Institute for Clinical Excellence (NICE), waar men breed gedragen richtlijnen maakt met systematische aandacht voor kosteneffectiviteit en implicaties voor de gezondheidszorg.

Een verwijdering van een verstrekking uit het basispakket is een uiterst bot middel om te voorkomen dat ongepast gebruik collectief wordt gefinancierd. Het dupeert burgers met een laag inkomen die van de betreffende verstrekking gepast gebruik maken. Bovendien is het de vraag of daarmee een ongepast gebruik van de verstrekking als zodanig wordt voorkomen, omdat in de basisverzekering wellicht sterkere prikkels voor een doelmatig gebruik van voorzieningen zullen bestaan dan in de aanvullende verzekering.

Een micro-economische reden voor een uitdunning van pakket zou gelegen kunnen liggen in het terugdringen van moreel risico: wanneer burgers zelf voor hun kosten moeten opdraaien - aannemende dat zij zich niet volledig aanvullend verzekeren - zullen zij een meer bewuste afweging maken van de kosten en baten van het gebruik van zorg. Maar om een doelmatig gebruik van voorzieningen te bevorderen, lijkt de invoering van eigen betalingen een beter alternatief. Niet alleen kan via eigen betalingen de sterkte van de prijsprikkel veel genuanceerder worden bepaald, maar bovendien kunnen ongewenste substitutie-effecten via de vormgeving van eigen betalingen worden voorkomen (of zelfs gewenste substitutie-effecten worden gestimuleerd).

In plaats van via pakketverkleining valt veel meer doelmatigheidswinst te behalen door het bevorderen van gepast gebruik via geëigende prikkels aan de vraag- en aanbodzijde, te weten via eigen betalingen en gereguleerde concurrentie.

Eigen betalingen

Uit diverse empirische studies, waaronder het gerenommeerde RAND-experiment, blijkt dat eigen betalingen een belangrijk remmende invloed kunnen hebben op het zorggebruik, zonder dat dit schadelijk hoeft te zijn voor de gezondheid van de verzekerden (Bakker 1997, Newhouse et al. 1993). Het wekt geen verwondering dat het remmend effect het grootst is bij zorggebruik op initiatief van de verzekerde. Verder blijkt het consumptieremmend effect niet evenredig op te lopen met het eigen risico. Zo blijkt uit onderzoek van René van Vliet (2000) op basis van gegevens van een grote particuliere ziektekostenverzekeraar dat, na correctie voor de leeftijd, het geslacht en de gezondheidstoestand van de verzekerden - een eigen risico van minder dan 90 euro per polis per jaar nauwelijks invloed heeft op de ziektekosten. Eigen risico's tussen 90 en 200 euro verminderen de ziektekosten daarentegen met circa 13%. Maar bij eigen risico's hoger dan 200 euro loopt het consumptieremmend effect nog maar zeer geleidelijk op, tot circa 15% van de kosten van het zorggebruik. Pas wanneer het eigen risico hoger wordt dan 900 euro neemt de besparing weer aanzienlijk toe, tot ruim 20%. Met een jaarlijks eigen risico aan de voet van 150 à 200 euro per huishouden zijn dus waarschijnlijk reeds belangrijke besparingen te realiseren. Bij dergelijke betrekkelijk lage bedragen hoeft de toegankelijkheid niet in het geding te komen, temeer omdat het grootste deel van het eigen risico kan worden terugverdiend door een premiekorting die mogelijk is door het relatief sterke consumptieremmende effect.⁴

Naast een verplicht eigen risico van 150 à 200 euro per jaar valt te overwegen om voor midden- en hogere-inkomensgroepen - boven een bepaalde inkomensdrempel - een vrijwillig hoog eigen risico in te voeren - bijvoorbeeld 800 euro per jaar - in ruil voor een gestandaardiseerde premiekorting.⁵ Hogere-inkomensgroepen kunnen zonder bezwaar een groter deel van de zorgkosten uit eigen zak financieren. Wanneer dat leidt tot een reductie van overbodig zorggebruik (moreel risico) zouden - afhankelijk van de hoogte van de premiekorting - eventueel ook de lagere-inkomensgroepen daarvan kunnen meeprofiten. Een tweede argument voor een hoog eigen risico voor hogere-inkomensgroepen volgt uit het feit dat het marginale nut van geld afneemt met een toename van het inkomen. Het consumptieremmend effect van een bepaald eigen risico zal daarom eveneens afnemen met een inkomensstijging, hetgeen pleit voor een hoger eigen risico voor hogere-inkomensgroepen. Ten derde zal een hoog eigen risico bij

⁴ Bakker (1997) berekent met behulp van simulaties op basis van de resultaten van het RAND-experiment (Newhouse et al. 1993) dat voor een gemiddelde burger (met een gemiddelde gezondheidstoestand, een gemiddeld inkomen en een gemiddelde mate van risico-aversie) de optimale hoogte van het eigen risico circa 180 euro (400 gulden) bedraagt met een 25 procent eigen bijdrage tot een maximum van 900 euro. Hij houdt hierbij overigens geen rekening met het bestaan van altruïstische voorkeuren en met mogelijke gedragsreacties bij de zorgaanbieders.

⁵ Voor de wijze van vaststelling van de premiekorting, zie iBMG (2002).

hogere-inkomensgroepen niet snel tot nadelige gezondheidseffecten leiden want zij zullen niet gauw uit financiële overwegingen een beroep op noodzakelijke zorg achterwege laten. Niet alleen omdat geld voor hen een minder grote rol speelt, maar ook omdat zij doorgaans beter zijn opgeleid. Uit het RAND-experiment bleek dat eigen risico's alleen bij de laagste-inkomensgroepen gepaard gingen met negatieve gezondheidseffecten (Newhouse et al. 1993). Door het hoge eigen risico vrijwillig te maken wordt voorkomen dat chronisch zieken de dupe worden en wordt bovendien de prikkel voor herverzekering van het eigen risico gereduceerd. Een laatste argument voor een hoog vrijwillig eigen risico boven een bepaalde inkomensdrempel is het voorkomen van *free-ridergedrag* onder lagere-inkomensgroepen. Aannemende dat niemand noodzakelijke medische zorg zal worden onthouden, zal de samenleving uiteindelijk toch voor de kosten opdraaien als zij als gevolg van een keuze voor een hoog eigen risico hun zorgkosten niet zelf kunnen betalen.

Gereguleerde concurrentie

Eigen betalingen zijn vooral effectief wanneer patiënten zelf invloed kunnen uitoefenen op de aard en omvang van het zorggebruik. Maar het grootste deel van de zorgverlening vindt plaats op voorschrift of na verwijzing van de arts. Bovendien hebben patiënten doorgaans weinig invloed op de doelmatigheid van de wijze van zorgverlening. Veruit de grootste doelmatigheidswinst is daarom te behalen door een scherpere indicatie van patiënten en een betere organisatie van de aanbodzijde van de zorgsector. Maar tegelijkertijd is het veel moeilijker om deze potentiële doelmatigheidswinst ook daadwerkelijk te realiseren. Want vanwege de omvangrijke marktimperfecties vormt het creëren van de juiste prikkels voor doelmatigheid in de zorgsector een uiterst weerbarstig probleem waar vele OECD-landen mee worstelen (Cutler 2002). In Nederland wordt sinds het advies van de Commissie Dekker uit 1987 al ruim 15 jaar met vallen en opstaan geprobeerd om een systeem van gereguleerde concurrentie in te voeren. In 2001 werd daar met de nota "*Vraag aan bod*" weer een stevige impuls aan gegeven (VWS 2001). In de media gaat de aandacht vooral uit naar de totstandkoming van een basisverzekering, die volgens de plannen van het kabinet Balkenende gestalte zou moeten krijgen in 2005. Hoewel een wezenlijk onderdeel, vormt de invoering van een basisverzekering echter begin- noch eindpunt van de invoering van gereguleerde concurrentie in het zorgstelsel.

Bij het systeem van gereguleerde concurrentie gaat het om het creëren van een effectief tegenwicht aan de vraagzijde. Daarbij krijgen de zorgverzekeraars een centrale rol als prijs- en kwaliteitsbewuste collectieve zorginkopers namens hun verzekerden. Zorgverzekeraars zijn vanwege hun omvang, financiële draagkracht en gegevensbestanden de meest natuurlijke onderhandelingspartners voor de zorgaanbieders als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg.

Het welslagen van een systeem van gereguleerde concurrentie vereist de realisatie van een aantal belangrijke randvoorwaarden, waaraan het Centraal Planbureau onlangs nog een uitgebreide studie heeft gewijd (CPB 2003). Cruciaal is dat zorgverzekeraars de juiste prikkels en instrumenten krijgen om doelmatige zorg in te kopen.

Om zorgverzekeraars aan te sporen tot doelmatige zorginkoop moeten verzekerden de prijs en kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg kunnen beoordelen en, ongeacht hun gezondheidstoestand, regelmatig van verzekeraar kunnen veranderen.

Bij een solidaire premiestelling is voorts een adequaat systeem van risicoverevening vereist om te voorkomen dat zorgverzekeraars er baat bij hebben om via inferieure zorginkoop hoge-risicogroepen buiten de deur te houden.

Om zorgverzekeraars effectief te kunnen laten onderhandelen over prijs, kwaliteit en het aanbod van zorgvoorzieningen is een grotere wettelijke speelruimte noodzakelijk. Dit vereist een deregulering van de WTG en de WZV. Daarnaast is het van cruciaal belang dat zorgverzekeraars meer inzicht kunnen verwerven in de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Belangrijke randvoorwaarden hiervoor zijn ontwikkeling van een gestandaardiseerd systeem van productclassificatie en prestatieindicatoren.

Het afgelopen decennium zijn, vooral in de ziekenfondssector, reeds een aantal basisvoorwaarden voor het beoogde stelsel gerealiseerd. Zo kunnen ziekenfondsen concurreren op de hoogte van de nominale premie en kunnen hun verzekerden jaarlijks vrij van ziekenfonds veranderen. Dankzij ruim tien jaar onderzoek door onder meer Wynand van de Ven, René van Vliet en Leida Lamers is het risicovereveningssysteem zodanig verbeterd dat het financieel risico van ziekenfondsen kon worden opgevoerd van 3% in 1995 tot circa 50% in 2003 (Van de Ven en Ellis 2000, Lamers et al. 2003). Verder zijn ziekenfondsen niet langer verplicht om met vrije beroepsbeoefenaren een (zelfde) contract te sluiten. Tenslotte is in de ziekenhuissector de afgelopen jaren een systeem van productieclassificatie op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) ontwikkeld. Inmiddels mogen zorgverzekeraars met de ziekenhuizen onderhandelen over de prijs van 105 DBC's. Hiermee lijkt een eerste stap gezet op weg naar integrale prijzen voor de verschillende ziekenhuisdiensten.

Transparantie

De belangrijkste slag die nog grotendeels gemaakt moet worden, is een goede informatievoorziening over prijs-prestatieverhouding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De basis voor de effectiviteit van de beoogde concurrentie is dat voldoende verzekerden een kritische en weloverwogen keuze maken voor een zorgverzekeraar. Zonder dreiging dat ontevreden verzekerden wegllopen, gaan zorgverzekeraars zich niet inspannen om de zorg zo goed en doelmatig mogelijk voor hen te regelen.

Van het huidige keuzegedrag van verzekerden gaat vooralsnog geen disciplinerende werking uit op het gedrag van zorgverzekeraars. Hoewel ziekenfondsverzekerden sinds 1997 jaarlijks mogen veranderen van ziekenfonds, blijken zij nauwelijks gevoelig zijn voor de vaak aanzienlijke verschillen in nominale premie (Schut en Hassink 2002, Schut et al. 2003). Uit een onderzoek samen met Trea Laske naar de verklaring voor het keuzegedrag van ziekenfondsverzekerden bleek dat in 2001 ongeveer 30% van de ziekenfondsverzekerden domweg niet op de hoogte was van de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen (Laske-Aldershof en Schut 2002). Veel verzekerden blijven gewoontegetrouw verzekerd bij het ziekenfonds waar zij altijd al verzekerd waren. De bereidheid om van ziekenfonds te veranderen blijkt vooral aanwezig onder de relatief gezonde en goed opgeleide ziekenfondsverzekerden. Nu is het voor effectieve concurrentie niet nodig dat iedere verzekerde goed op de hoogte is en reageert op premieverschillen. Zorgverzekeraars zouden al behoorlijk zenuwachtig worden als jaarlijks 5% van hun verzekerden dreigt weg te lopen. Maar bij het geringe aantal verzekerden dat thans stemt met de voeten, is het voor zorgverzekeraars niet lonend om de premie te verlagen. Overigens moet daarbij worden aangetekend dat dankzij de forse verhoging van de nominale premie in 2003 en de aandacht daarvoor in de verkiezingscampagne de geneigdheid om van ziekenfonds te veranderen lijkt te zijn toegenomen. Het zou echter onjuist zijn om hieruit de conclusie te trekken dat een verhoging van het nominale premiedeel als zodanig tot een grotere prijsgevoeligheid zal leiden.

In de discussie over hervorming van het zorgstelsel speelt de door sommige politieke partijen gewenste volledige nominalisering van de ziekenfondspremie een prominente rol. Dat is ten onrechte, want de achterliggende veronderstelling dat het voor het bevorderen van effectieve concurrentie noodzakelijk zou zijn om het nominale premiedeel te vergroten ten koste van de inkomensafhankelijke deel, is aantoonbaar onjuist. In de huidige ziekenfondsverzekering fungeert de gedeeltelijke nominale premie zelfs als een forse hefboom om kleine doelmatigheidsverschillen uit te vergroten. Het grootste gedeelte van hun inkomsten ontvangen ziekenfondsen namelijk in de vorm van normuitkeringen uit de met inkomensafhankelijke premies gevulde Algemene Kas. De hoogte van normuitkeringen zijn gebaseerd op de risicokenmerken van de ziekenfondsverzekerden en zijn in principe onafhankelijk van de werkelijke uitgaven van het ziekenfonds. Dit betekent dat als ziekenfondsen bovengemiddelde kosten willen compenseren zij dit volledig via de nominale premie op hun verzekerden moeten verhalen. Zo leidt een betrekkelijk klein verlies bij een lage nominale premie tot een relatief veel sterkere premiestijging dan bij een volledig nominale premie. Uit de economische psychologie is bekend dat consumenten zich niet alleen door absolute maar ook de relatieve prijsverschillen laten beïnvloeden. Zo vonden Tversky en Kahneman (1980) dat 68% van de ondervraagden bereid was om een reis van 20 minuten te maken

voor korting van 5 dollar op een rekenmachine van 15 dollar, terwijl voor exact dezelfde korting slechts 29% daartoe bereid was wanneer de rekenmachine 125 dollar kostte. Analooq hieraan bleek uit een door ons verricht onderzoek dat ondervraagden prijsgevoeliger waren bij een lage dan bij een hoge initiële nominale premie (Schut en Laske-Aldershof 2001). Hoewel een algehele verhoging van de nominale premie - zoals per 1 januari 2003 - tijdelijk een schokeffect kan veroorzaken, heeft een volledige nominalisering van de ziekenfondspremie op langere termijn waarschijnlijk een averechts effect op de prijsgevoeligheid van verzekerden. Gelet op de kostbare en bureaucratische herverdelingsoperatie die nodig is om de verdelingseffecten van een volledige nominalisering van de premie te compenseren, lijkt het dus weinig rationeel om aan een volledig nominale premie vast te blijven houden. Bovendien tonen Eddy van Doorslaer en Evertjan Jansen (2003) aan dat fiscale compensatiemaatregelen onvoldoende verfijnd zijn om de laagste inkomensgroepen voldoende te kunnen compenseren.

Verder bemoeilijkt het uitgangspunt van een volledig nominale premie ook de uit zorginhoudelijk en economisch oogpunt zeer wenselijke integratie van AWBZ-voorzieningen in de basisverzekering vanwege de forse extra herverdelingsoperatie die dan nodig is.

In de politiek is geloof echter vaak sterker dan de leer. Toen tijdens een debat in de Tweede Kamer een van de voorstanders van een volledig nominale premie werd geconfronteerd met de resultaten van ons onderzoek dat een hogere nominale premie de prijsgevoeligheid zou verlagen, luidde haar reactie: *"Als wij onze meningsvorming alleen moeten baseren op wetenschappelijke onderzoeken, zouden wij hier vlug klaar zijn. Ik vind het een mening."* (Handelingen Tweede Kamer, Vernieuwing zorgstelsel, TK 55-3370, 13 maart 2002).

In plaats van energie te stoppen in een contraproductieve en politiek riskante herziening van de premiestructuur zou een volgend kabinet zich beter kunnen richten op het daadwerkelijk transparant maken van de markt en het vereenvoudigen van de keuze voor een zorgverzekeraar. Omdat zorgverzekeraars een cruciale rol moeten gaan vervullen in het regelen van goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden, moeten verzekerden niet alleen over premie maar vooral ook over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars worden geïnformeerd. Het ontwikkelen van een onafhankelijke, betrouwbare en begrijpelijke consumenteninformatie vormt een belangrijke publieke taak. Ervaringen met de verspreiding van "health plan report cards" onder federale ambtenaren in de Verenigde Staten - met informatie over onder meer premie, verzekeringsdekking en subjectieve oordelen over tevredenheid en de kwaliteit van de zorg - wijzen uit dat hiervan een aanzienlijke invloed op het keuzegedrag van verzekerden kan uitgaan (Wedig en Tai-Seale 2002). Verzekerden bleken sterk te reageren op de verstrekte informatie over kwaliteit en prijs. In opdracht van VWS zijn

wij samen met de Consumentenbond inmiddels bezig met onderzoek en ontwikkeling van een betrouwbare "report card" voor Nederlandse zorgverzekeraars.

Prestatieindicatoren

Waar de meeste verzekerden onvoldoende op de hoogte te zijn van de bestaande prijsverschillen tussen zorgverzekeraars, hebben zorgverzekeraars op hun beurt nog volstrekt onvoldoende kennis van de prestatieverschillen tussen zorgaanbieders.

Bij de ontwikkeling van prestatieindicatoren en de wijze van informatievoorziening aan de consument kunnen zorgverzekeraars en de overheid gebruik maken van de ruime kennis en ervaring die hierover in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk reeds zijn opgedaan (Delnoij et al 2002). In het Verenigd Koninkrijk baseert bijvoorbeeld de grootste particuliere ziektekostenverzekeraar, BUPA, haar contracteerbeleid mede op gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten (SF-36) die routinematig worden afgenomen bij patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan, zowel bij opname in het ziekenhuis als drie maanden na ontslag (BUPA 2001). In de Verenigde Staten heeft de National Committee for Quality Assurance (NCQA) een uitgebreide set aan indicatoren ontwikkeld om de prestaties van ziektekostenverzekeraars en HMO's te beoordelen. Deze prestatieindicatoren zijn opgenomen in een nationale databank (HEDIS), waarin ruim 90% van de Amerikaanse "health plans" zijn opgenomen. In Californië nemen 6 "health plans" met ruim 8 miljoen verzekerden sinds 2002 deel aan de opzet van een breed gedragen "Pay for performance" initiatief, op grond waarvan zorgverleners op groepsniveau worden beloond op basis van geleverde prestaties (www.iha.org). De prestaties worden gemeten aan de hand van een aantal klinische indicatoren op het terrein van preventie en de behandeling van chronische aandoeningen, maatstaven voor de tevredenheid van patiënten en het gebruik van informatietechnologie ter ondersteuning van klinische beslissingen.

De meest radicale manier om de informatie-asymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders te reduceren is door beide te integreren in één organisatie, zoals in zogenaamde Health Maintenance Organizations (HMO's). Ervaringen in de Verenigde Staten met HMO's wijzen uit dat een dergelijke integratie kan leiden tot belangrijke doelmatigheidswinst (Schut 1986, Newhouse et al. 1993, Miller en Luft 2002), al wordt het potentieel van HMO's volgens Miller en Luft maar deels benut vanwege de gebrekkig functionerende verzekeringsmarkt en de gebrekkige prikkels voor doelmatigheid in de Amerikaanse gezondheidszorg.

In Nederland heeft de Consumentenbond in samenwerking met het NIVEL de aanzet gegeven voor de ontwikkeling van een ziekenhuisvergelijkingssysteem op basis van de tevredenheid van patiënten. In 2002 publiceerde de Consumentenbond een eerste overzichtsrapport, waarin 6 medisch specialismen in 37 ziekenhuizen werden beoordeeld op grond van een vragenlijst onder circa 40.000 patiënten (Consumentenbond 2002). In een

volgende fase wordt beoogd naast subjectieve ook objectieve parameters in het vergelijkingssysteem te betrekken. Een objectieve maatstaf is bijvoorbeeld het aantal postoperatieve wondinfecties in ziekenhuizen. Ziekenhuisinfecties veroorzaken niet alleen veel patiëntenleed maar gaan ook gepaard met aanzienlijke zorgkosten (Geubbels 2002). Uit onderzoek van het RIVM en het CBO blijkt dat, gecorrigeerd voor risicofactoren, de kans op dergelijke infecties per ziekenhuis sterk verschilt (RIVM 2002). Zo heeft u bij een heupoperatie in het ene ziekenhuis zeven procent kans op een infectie terwijl in een ander ziekenhuis de kans minder dan 1 procent bedraagt. Alleen weten u en ik niet om welk ziekenhuis gaat. Bovendien blijkt dat de aan het project deelnemende ziekenhuizen door adequate preventiemaatregelen de kans op postoperatieve wondinfecties aanzienlijk kunnen verkleinen (Geubbels 2002). Er zijn natuurlijk goede redenen voor de nodige terughoudendheid bij het publiceren van prestatieindicatoren. Uiteraard moet allereerst zorgvuldig worden bekeken of de verschillen niet te maken hebben met verschillen in zwaarte van de operaties of in de conditie van de patiënten. Een veelgenoemd argument voor terughoudendheid is voorts dat het openbaar maken van prestatieverschillen een sterke prikkel geeft om de benodigde informatie achter te houden of te manipuleren. Marc Berg pleit daarom voor een onderscheid in prestatieindicatoren voor intern en extern gebruik (Berg 2002, Berg en Schellekens 2002). Interne indicatoren zouden prestaties gedetailleerder en meer op individueel niveau moeten weergeven dan externe indicatoren. Een manier om negatieve effecten van publicatie van prestatieindicatoren te reduceren zou kunnen zijn om de indicatoren eerst intern te verspreiden om betrokkenen de kans te geven hun gedrag aan te passen, waarna de resultaten pas na een hernieuwde meting publiek worden gemaakt. Zo wordt onder druk van externe bekendmaking betrokkenen de gelegenheid geboden intern orde op zaken te stellen.

Mededingingsbeleid

Van groot belang is ook dat de ruimte voor concurrentie effectief wordt bewaakt. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft via een aantal besluiten de afgelopen jaren duidelijk gemaakt dat zij haar rol als waakhond in de curatieve zorgsector serieus neemt. In speciaal voor de zorgsector ontwikkelde richtsnoeren maakt de NMa (2002) duidelijk dat concurrentiebeperkende afspraken in principe niet toegelaten zijn. Noodzakelijke samenwerking ter bevordering van de kwaliteit of onderlinge waarneemafspraken zijn wel toegestaan. De NMa heeft ziekenhuizen en AWBZ-instellingen vooralsnog ongemoeid gelaten omdat zij van oordeel was dat concurrentie daar vooralsnog wettelijk vrijwel uitgesloten was. Maar nu ook ziekenhuizen steeds meer ruimte krijgen om te concurreren, lijkt het aannemelijk dat de NMa ook in deze sector niet langer afzijdig zal blijven. De komende tijd zal moeten blijken in hoeverre de waakhond ook daadwerkelijk haar tanden laat zien als blijkt dat zorgverzekeraars of zorgaanbieders de Mededingingswet overtreden.

Zorgvuldig dereguleren

Zelfs al wordt voldaan aan alle bovengenoemde randvoorwaarden dan zal de overheid niet op alle deelmarkten de inkoop van zorg kunnen overlaten aan de zorgverzekeraars. Voor bepaalde zorgvoorzieningen - bijvoorbeeld bij verslavingszorg en langdurige meervoudige geestelijke gezondheidszorg - is gereguleerde concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars niet gewenst omdat zorgvragers niet in staat zijn een weloverwogen keuze voor een zorgverzekeraar te maken waardoor de kans reëel is dat er een verschrping van de kwaliteit van zorg zal optreden. Ook kan het vanwege inherente marktonvolkomenheden of uit het oogpunt van het waarborgen van minimale beschikbaarheids- of kwaliteitseisen op bepaalde deelmarkten noodzakelijk zijn om de prijs, capaciteit en/of kwaliteit expliciet te blijven reguleren. Samen met collega's van het OCFEB hebben wij het afgelopen jaar in opdracht van het ministerie van VWS een analysekader ontwikkeld voor het vaststellen van de risico's op marktfalen in het beoogde zorgstelsel dat wij hebben toegepast op een aantal specifieke deelmarkten (Aalbers et al. 2003, Varkevisser et al. 2003). Sommige van deze deelmarkten - zoals die voor medische vervolgoopleidingen en spoedeisende hulp - vereisen specifieke regulering of blijvend directe prijs- en capaciteitsregulering door de overheid. Overigens blijkt dat over verschillende deelmarkten en hun onderlinge samenhang vaak nog te weinig harde gegevens bekend zijn om de kans op marktfalen goed te kunnen inschatten.

Wordt de zorg dan toch een markt?

Wordt de zorg dan toch een markt? Duidelijk is dat de zorg nooit een "normale" markt zal kunnen worden. Een vrije markt in de gezondheidszorg faalt vanwege onoverkomelijke informatieproblemen, de afhankelijke positie van de vrager en het ontbreken van een effectief prijsmechanisme. Terecht maakte mijn voorganger op deze leerstoel, Ruud Lapré (2002) zich in zijn afscheidsrede zorgen over het gemak waarmee vaak wordt geopteerd voor vergaande marktverhoudingen in de gezondheidszorg. Maar, zoals Lapré ook aangeeft, het volledig vervangen van de markt door centrale aanbod- en prijsregulering leidt in toenemende mate tot overheidsfalen vanwege de met de complexiteit van de zorg groeiende informatie- en motivatieproblemen.

De gulden middenweg van gereguleerde concurrentie, waarbij de overheid het speelveld van de markt zorgvuldig afbakt en scherp toeziet op naleving van de spelregels, is echter bezaaid met voetangels en klemmen. Niet alleen in economisch maar ook in beleidsmatig opzicht. Een verantwoorde invoering van marktwerking in de gezondheidszorg met behoud van solidariteit en waarborgen voor een voldoende kwaliteit en beschikbaarheid van zorg vereist dat voldaan is aan een aantal belangrijke

randvoorwaarden. Hoewel soms de indruk wordt gewekt alsof met de invoering van een basisverzekering het zorgstelsel in een klap zal veranderen, gaat het in feite om een lang en ingewikkeld institutioneel transitieproces, waarmee reeds eind jaren tachtig is begonnen en dat ook na de invoering van een basisverzekering zo - die al plaatsvindt - voorlopig nog niet is afgerond (Van der Grinten 2002, Helderman et al. 2003).

Voorwaarden en overgangsproblemen

Een overzicht van de reeds gerealiseerde en nog te realiseren randvoorwaarden geeft aan dat nog flinke hobbels genomen moeten worden voordat er sprake kan zijn van effectieve marktwerking in de gezondheidszorg. Overigens is de vervulling van een aantal van deze randvoorwaarden - te weten adequate productclassificatie, bekostigingssystemen en prestatieindicatoren - niet alleen noodzakelijk voor goede marktwerking maar ook voor goede overheidsregulering.

Voorwaarden voor effectieve marktwerking in de zorg en mate van realisatie

Voorwaarden	Realisatie
Adequate risicoverevening	vergevoerd stadium
Gestandaardiseerde productclassificatie	gevoerd stadium
Marktconforme bekostigingssystemen	beginstadium
Prestatie/kwaliteitsindicatoren	beginstadium
Consumenteninformatie	beginstadium
Deregulering capaciteit en prijzen	beginstadium
Mededingingstoezicht	gevoerd stadium

Een heikel probleem voor de overheid is het bepalen van de juiste volgorde waarin deze voorwaarden moeten worden gerealiseerd. Voor transitieprocessen van plan naar markt bestaan geen economische handboeken. Een verkeerde volgorde kent een groot politiek afbreukrisico, zoals destijds ook ex-staatssecretaris Simons heeft moeten ervaren. Duidelijk is wel dat verregaande deregulering zonder dat er sprake is van correcte marktprikkels tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten leidt. Alvorens te dereguleren zullen dus eerst redelijk goede prikkels moeten worden ingevoerd. Wegens de onderlinge verwevenheid van de verschillende deelmarkten in de zorgsector, zou men zich in eerste instantie moeten richten op de deelmarkt waar de prikkels voor doelmatigheid het meest "verstoord" zijn.

Het is echter niet nodig en zelfs onverstandig om met het inbouwen van meer vrijheden en verantwoordelijkheden voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgvragers te wachten totdat de incentivestructuur zo volmaakt mogelijk is. Het invoeren van imperfecte prikkels creëert namelijk een eigen dynamiek, die noodzakelijk is om de gewenste gedragsaanpassingen tot stand te brengen. Daarbij zullen partijen die van de

imperfecte prikkels het slachtoffer dreigen te worden aandrigen op verbeteringen en zullen zij daartoe de benodigde informatie willen verstrekken. Om grote brokken te voorkomen is het wel noodzakelijk om de vrijheden geleidelijk te verruimen. Het is dan ook de kunst om een verbetering van de doelmatigheidsprikkels gelijk op te laten gaan met een geleidelijke verruiming van de vrijheden inzake toetreding en prijsstelling.

Een mooi voorbeeld vormt de invoering van het risicovereveningssysteem in de ziekenfondsverzekering. Toen dit systeem in 1993 werd ingevoerd was de compensatie voor zorgverzekeraars zeer imperfect omdat alleen werd gecorrigeerd voor de risicoparameters leeftijd en geslacht. Om ziekenfondsen met een qua risico ongunstig verzekerdenbestand te beschermen, werden de verliezen die zij leden op hun normuitkeringen achteraf voor 97% vergoed. Ziekenfondsen konden dus niet al teveel verliezen, maar de ziekenfondsen die in de min zaten hadden wel een prikkel om actief mee te werken aan een verbetering van het systeem. Zo ontstond er druk van onderaf om het vereveningssysteem te verbeteren. Door, parallel aan een verbetering van het systeem, het financieel risico voor ziekenfondsen stapsgewijs op te voeren, bleef de druk om mee te werken aan een verbetering bestaan. Had men destijds gewacht met de invoering van risicoverevening tot het perfecte systeem zou zijn ontwikkeld dan was het daar waarschijnlijk nooit van gekomen, alleen al omdat de nodige informatie van onderaf dan niet zou zijn verzameld en aangeleverd.

Een analoge aanpak ligt in de rede bij de introductie van het DBC-systeem in de ziekenhuizen en bij de ontwikkeling van prestatieindicatoren. DBC's en prestatieindicatoren zullen in het begin verre van perfect zijn. Het is dan ook zaak om zorgaanbieders daar dan ook in eerste instantie slechts in beperkte mate op af te rekenen. Bij DBC's is men in 2003 reeds begonnen om de prijsstelling van ruim 100 DBC's vrij onderhandelbaar te maken. De betrokken partijen zijn in 2003 in een Gezamenlijk Plan van Aanpak overeengekomen om te streven naar een integrale invoering van de DBC-systematiek in 2004, waarbij "vangnetten" worden gecreëerd om de risico's die voortvloeien uit de omschakeling te beperken (Stuurgroep DBC 2003). Cruciaal voor het welslagen van de DBC-systematiek is dat de te vormen 500 tot 600 DBC-clusters op termijn voldoende (kosten)homogeen en transparant zijn. Zorgverzekeraars moeten voldoende inzicht hebben in de per DBC geleverde prestatie. Zonder dat een zorgverzekeraar weet welke activiteiten een ziekenhuis per DBC onderneemt, kan hij moeilijk nagaan of hij waar voor zijn geld krijgt. Omdat de uitkomsten van zorg vooralsnog vaak slecht te meten zijn, is voldoende inzicht in het proces van zorgverlening noodzakelijk om te voorkomen dat ziekenhuizen ongestraft kunnen beknibbelen op de geleverde zorg. Anders bestaat het risico dat patiënten "quicker and sicker" het ziekenhuis verlaten. Wegens de moeilijk te definiëren en te meten kwaliteit van zorg zullen contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars altijd tot op zekere hoogte incompleet blijven. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kennen echter lange-

termijnrelaties, waarin vertrouwen en reputatie een cruciale rol spelen. Om het reputatiemechanisme maximaal te laten functioneren is voldoende informatie over het proces en de uitkomst van zorg vereist, ook ten behoeve van consumenten en toezichthouders. Adequate informatie op verrichtingenniveau is ook essentieel voor het onderhoud van de DBC-systematiek. Als ziekenhuizen deze informatie niet willen prijsgeven moet de overheid dat afdwingen. Omdat het onwaarschijnlijk is dat de DBC-systematiek de komende jaren vlekkeloos zal functioneren, is het verstandig om de financiële risico's via de beoogde vangnetten te beperken. Ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars die van imperfecte DBC's nadeel ondervinden zullen argumenten en informatie aandragen om de classificatie te verbeteren. Tegelijk met een aldus gerealiseerde verbetering van de DBC's kunnen meer vrijheden worden ingebouwd door een geleidelijke liberalisering van de prijs- en capaciteitsregulering.

Ook bij het verstrekken van consumenteninformatie geldt dat zolang deze een onvolledig beeld geeft van prijzen en prestaties van zorgverzekeraars en zorgverleners, degenen die daarvan menen de dupe te zijn zullen aandringen op een verbetering van de aard en kwaliteit van de informatie. Zie de ervaringen met het meten van schoolprestaties in Nederland en het vergelijken van ziekenhuizen op grond van sterftecijfers in de VS. Daar collectieve leerprocessen doorgaans traag verlopen en keuzegedrag van zorgverzekerden wordt gekenmerkt door een sterke voorkeur voor de status-quo (Samuelson en Zeckhauser 1988), is het ook op dit vlak goed om niet te wachten tot de informatie uit methodologisch oogpunt zo perfect mogelijk is.

Onderzoek en onderwijs

In geen sector zijn de economische orderingsproblemen zo ingewikkeld als in de gezondheidszorg. Voor het laveren tussen de Scylla van marktfalen en de Charybdis van overheidsfalen is dan ook heel wat stuurmanskunst vereist.

De economische ordening van de zorgsector raakt de kern van mijn leerstoel die immers gaat over economie en beleid in de gezondheidszorg. Ik beschouw het als een groot voorrecht dat ik dankzij deze leerstoel de gelegenheid krijg mij verder te verdiepen in de intrigerende orderingsvraagstukken en zo hopelijk een bijdrage kan leveren aan een betere ordening van de gezondheidszorg. Zoals blijkt uit het overzicht van de nog niet gerealiseerde randvoorwaarden voor een solidaire en doelmatige organisatie van de gezondheidszorg valt er nog veel te onderzoeken. Zo is meer kennis nodig over het functioneren van diverse deelmarkten en hun onderlinge samenhang, over het keuzegedrag van verzekerden en patiënten, over de ontwikkeling van het benodigde toezicht(sinstrumentarium), over de ontwikkeling van betere bekostigings- en honoreringssystemen en over de ontwikkeling van prestatieindicatoren. Op een aantal van

deze onderwerpen heb ik samen met collega's in binnen- en buitenland reeds stappen gezet, maar er moet nog veel werk worden verzet.

Naast onderzoek beschouw ik ook onderwijs een belangrijk onderdeel van mijn leerstoel. Steeds vaker komen wij onze studenten immers later weer tegen op posities waar zij belangrijke beslissingen moeten nemen over de inrichting van het zorgstelsel. Bij dergelijke beslissingen is het goed om over de muur van het eigen gezondheidszorgsysteem heen te kijken, vooral nu de Europese Unie een steeds grotere invloed krijgt op de inrichting van de gezondheidszorgsystemen van haar lidstaten. Op onderzoeksgebied vindt er de afgelopen jaren reeds een toenemende uitwisseling van kennis plaats en schieten onderzoeksnetwerken als paddestoelen uit de grond. De Nederlandse kennis over de ordening van het zorgstelsel blijkt daarbij een belangrijk exportartikel. Het verheugt mij daarom zeer dat wij per 1 september 2003 in het onderwijs starten met een internationale masteropleiding *Health Economics, Policy and Law*, met daarbinnen de mogelijkheid tot specialisatie in *Health Economics*.

Dankwoord

Graag wil ik afsluiten met enkele woorden van dank.

Allereerst dank ik de Vereniging Trustfonds Erasmus Universiteit Rotterdam, het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit en de decaan van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van het Erasmus MC voor de vestiging van deze bijzondere leerstoel en voor het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde Lapré, beste Ruud. Ik vind het een grote eer om jou te mogen opvolgen als houder van de leerstoel gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg. Als een van de grondleggers van de gezondheidseconomie in Nederland heb je altijd een sterke link gelegd tussen het gezondheidszorgbeleid en de gezondheidseconomische theorie. Ik weet nog goed hoe ik als beginnend wetenschappelijk medewerker voor de studenten "de theorie" mocht uitleggen, waarop jij hen vervolgens uitlegde waarom de praktijk daar vaak niet aan voldeed. Ik heb het bijzonder gewaardeerd dat jij je er persoonlijk voor hebt ingezet om deze opvolging mogelijk te maken. Het is niet langer een gewone maar een bijzondere leerstoel geworden, wat het natuurlijk eigenlijk altijd al was.

Hooggeleerde Van de Ven, beste Wynand. Ook jou wil ik graag bedanken voor je inzet voor mijn benoeming. Als mijn promotor heb je als geen ander bijgedragen aan mijn (om)vorming tot gezondheidseconoom. Van de mathematische precisie waarmee je complexe ordeningsvraagstukken in het zorgstelsel weet te analyseren, heb ik veel

geleerd. Ik wil je graag bedanken voor de vele jaren van uitermate plezierige, vruchtbare en stimulerende samenwerking. Ik hoop dat er nog vele jaren volgen. Aan de problemen in het zorgstelsel zal het in elk geval niet liggen.

Hooggeleerde Rutten, beste Frans. Dank voor je bestuurlijke inspanningen, tezamen met Johan Legemaate en Marieke Veenstra, voor de vestiging van deze leerstoel. Dank ook voor de plezierige samenwerking op het gebied van het onderwijs in de gezondheidseconomie gedurende een reeks van jaren. Als meest tastbare product heeft dat geresulteerd in het samen met Ruud Lapré geredigeerde leerboek Algemene Economie van de Gezondheidszorg. Verder ben ik je natuurlijk erkentelijk voor je solidariteit als Wynand er in ons periodieke trainingskamp in de Ardennen weer eens vandoor fietste.

Dit brengt mij op de parallel tussen wielrenners en wetenschappers. Evenals een wielrenner is een wetenschapper namelijk nergens zonder een goede ploeg. Ik prijs mij dan ook gelukkig deel te mogen uitmaken van een zo'n goede ploeg. Allereerst de kernploeg, de sectie ziektekostenverzekering: Wynand, Trea, René, Piet, Femmeke, Marc en Francesco. Een prima groep met een goede moraal waarin ieder bereid is om af en toe kopwerk te verrichten. Dan de bredere ploeg, de gezondheidseconomen, waarbij ik vooral Xander wil bedanken voor zijn inzet en aanstekelijke enthousiasme voor het onderwijs dat wij samen verzorgen. In nog breder verband is het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg een uitstekende ploeg om in te werken. De aanwezige multidisciplinaire expertise vormt een onmisbare voedingsbodem voor goed gezondheidseconomisch onderzoek.

Een onontbeerlijk onderdeel van een goede ploeg is een goede ondersteuning. In het bijzonder wil ik Marlies bedanken voor de plezierige en accurate ondersteuning op het gebied van onderzoek, Bernadette voor de jarenlange perfecte support van de examencommissie, de enthousiaste ploeg van het Studie Service Centrum voor de ondersteuning op het gebied van het onderwijs en Leo en Jenny voor de kundige afhandeling van de financiën in een tijd waarin wij in toenemende mate afhankelijk zijn geworden van extern gefinancierd onderzoek.

Lieve ouders, heerlijk dat jullie er vandaag bij kunnen zijn. Dank voor de basis die jullie voor dit alles hebben gelegd.

Echt onmisbaar is natuurlijk de thuisploeg, al moeten we Iris helaas ook vandaag node missen. Lieve Margreet, het meest te danken heb ik aan jou. Karin en Inge, ik beloof dat ik volgende keer weer een leuker verhaal zal voorlezen.

Tenslotte wil ik u allen graag danken voor uw aandacht en uw aanwezigheid.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, S.A. van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser, 2003, *Zorgvuldig dereguleren. Een analysekader voor de curatieve zorg*, Studies in Economic Policy 8, OCFeB/IBMG, Rotterdam.
- Arrow, K.J., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53 (5): 941-973.
- Bakker, F., 1997, *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Baumol, W.J., 1967, Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis, *American Economic Review* 57, 415-426.
- Berg, M., 2002, *Kaf en koren van kennismanagement; Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals*, Inaugurele rede, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berg, M. en W. Schellekens, 2002, Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren, *Medisch Contact* 57 (34), 1203-1205.
- Bomhoff, E.J., 2002, *Blinde ambitie. Mijn 87 dagen met Zahn, Heinsbroek en Balkenende*, Balans, Amsterdam.
- BUPA, 2001, *Helping the NHS help patients*, BUPA House, London.
- Commissie Dekker, 1987, *Bereidheid tot verandering*, Advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Distributiecentrum Overheidspublicaties, den Haag.
- Commissie Dunning, 1991, *Kiezen en delen*, Advies van de Commissie Keuzen in de Zorg, Ministerie van WVC, Rijswijk.
- Commissie Tabaksblat, 2001, *Een gezonde spil in de zorg*, Rapport Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- CPB, 2002, *Economische verkenning 2004-2007*, Document No. 26, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2003, *Zorg voor concurrentie. Een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Document No. 28, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Consumentenbond, 2002, *Welk ziekenhuis kies ik? Informatie over circa 100 Nederlandse ziekenhuizen*, Consumentenbond, Den Haag.
- Cutler, D., 2002, Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform, *Journal of Economic Literature* 60, 881-906.
- Cutler, D. en M. McClellan, 2001, Is technological change in medicine worth it?, *Health Affairs* 20 (5), 11-29.
- Delnoij, D.M.J., A.H.A. ten Asbroek, O.A. Arah, T. Custers, N. Klazinga, 2002, *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*, Ministerie van VWS, Den Haag.
- Doorslaer, E. van en E. Jansen, 2003, Inkomensbeleid in het ziektekostenstelsel, *Economisch Statistische Berichten* 88, 33-35.

Ernst & Young, 2000, *Eindrapport project verkorting doorstroomtijden door De Ziekenhuisketen*, Ernst & Young Consulting, Utrecht.

Geubbels, E., 2002, PREZIES halveert risico op wondinfecties, *Infectieziekten Bulletin* 13 (11).

Gezondheidsraad, 2003, *Contouren van het basispakket*, Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

Grinten, T.E.D. van der, 2002, Hervorming van de gezondheidszorg. Zal het deze keer wel lukken?, *Beleid en Maatschappij* 29 (3), 172-176.

Helderman, J.-K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten en W.P.M.M. van de Ven, 2003, *Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands*, Erasmus University, Rotterdam.

iBMG, 2002, *Manifest. Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

IBO (Interdepartementaal Beleidsonderzoek), 2002, *Gepast betalen! Beheersing arbeidsvoorwaarden-ontwikkeling in de zorgsector*, Den Haag.

Kam, F. de en F. Nypels, 2001, *De zorg van Nederland. Waarom de gezondheidszorg tekortschiet*, Contact, Amsterdam.

Kant, A., 2002, Marktwerving maakt zorg duurder, *Economisch Statistische Berichten* 87 (4385), 283.

Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet, en W.P.M.M. van de Ven, 2003, Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands, *Health policy*, in press.

Lapr , R.M., 2002, *Persoonlijke bespiegelingen over vijftig jaar gezondheidszorg*, Afscheidsrede, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Laske-Aldershof, T. en F.T. Schut, 2002, *Switching behavior of consumers in Dutch social health insurance*, paper presented at the 4th European conference on health economics in Paris, Erasmus University Rotterdam.

Miller, R. en H. Luft, 2002, HMO Plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001, *Health Affairs* 21 (4): 63-86.

Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group, 1993, *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

NMa, 2002, *Richtsnoeren voor de zorgsector*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.

Pauly, M.V. en M.A. Satterthwaite, 1981, The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information, *Bell Journal of Economics* 12, 488-506.

RIVM, 2002, *PREZIES 1996-2001. Postoperatieve wondinfecties registreren en voorkomen*, RIVM, Bilthoven.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer, 2002, Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheidscriterium, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146 (47), 2254-2258.

Samuelson, W. en R. Zeckhauser, 1988, Status quo bias in decision-making, *Journal of Risk and Uncertainty* 1, 7-59.

Schellekens, W., 2002, Twee vliegen in één klap: betere zorg is leukere zorg, *Medisch Contact* 57 (24), 932-934.

Schut, F.T., 1986, *Health Maintenance Organizations. Een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem-Gent.

Schut, F.T., 2000, *Collectieve ziektekostenverzekering voor werknemers*. Een onderzoek in opdracht van de FNV, Stichting FNV Pers, Amsterdam.

Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof, 2001, Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, *Economisch Statistische Berichten* 86 (4333), 860-863.

Schut, F.T. en W.H.J. Hassink, 2002, Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance, *Journal of Health Economics* 21, 1009-1029.

Schut, F.T., 2003, Gezondheidszorg, in: C.A. De Kam en A.P. Ros (red.), *Jaarboek Overheidsfinanciën 2003*, SDU, Den Haag.

Schut, F.T., S. Gresz en J. Wasem, 2003, Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands, *International Journal of Health Care Finance and Economics* 3 (2), 117-139.

SCP, 2002, *Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

SEO, 2001, *Wachlijsten: een duur medicijn*, Stichting Economisch Onderzoek, Amsterdam.

Smith, A., 1776 (2000), *The wealth of nations*, The Modern Library, New York.

Stuurgroep DBC 2003, 2003, *Gezamenlijk Plan van Aanpak DBC-systematiek*, www.dbc2003.nl.

Tversky, A. en D. Kahneman, 1981, The framing of decisions and the psychology of choice, *Science* 211, 453-458.

Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut, E. Dijkgraaf, R.F.T. Aalbers, 2003, *Regulering in een vraaggestuurd zorgstelsel. De deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling*, OCFEB/iBMG, Rotterdam, te verschijnen.

Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, Amsterdam, 755-845.

Velden, H.F. van der, 1993, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland 1850-1941*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vliet, R.C.J.A. van, 2000, Effecten van eigen risico's in de particuliere ziektekostenverzekering: een empirische analyse, *Het Verkeers-Archief* 77, 45-53.

VWS, 2001, *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Tweede Kamer, 2000-2001, 27855, nrs. 1-2.

VWS, 2002, *Zorgnota 2003*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / SDU, Den Haag.

VWS/Financiën, 2003, *Financiële bouwstenen zorg. Rapportage voor de kabinetsformatie*, Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën, Den Haag.

Waarden, F. van, 2001, Grenzen aan privatisering: een nieuwe tragedie van de commons? in: J. Bussemaker en R. van der Ploeg (red.), *Leven na Paars? Linkse visies op de derde weg*, Prometheus, Amsterdam.

Wedig, G.J. en M. Tai-Seale, 2002, The effect of report cards on consumer choice in the health insurance market, *Journal of Health Economics* 21, 1031-1048.

WRR, 1997, *Volksgezondheidszorg*, Rapport nr. 52, SDU, Den Haag.