

Abonnementen

Beheer abonnementendienst

Lieve Lerno - tel. 03-220 47 21

Abonnementsprijzen 2000*

<i>België</i>	
Individueel abonnement	950 BEF (3 jaar: 2.499 BEF)
Institutioneel abonnement (bedrijven, instellingen, bibliotheken enz.)	1.500 BEF (3 jaar: 4.300 BEF)
Studentenabonnement	750 BEF (3 jaar: 2.000 BEF)
Wikingssenioren	900 BEF
<i>Nederland</i>	
Individueel abonnement	1.300 BEF
Institutioneel abonnement (verzendingkosten inbegrepen)	1.750 BEF
<i>Alle andere landen</i> (verzending- en bankkosten inbegrepen)	1.850 BEF
<i>Los nummer</i>	390 BEF

* Inclusief 6% BTW

Om administratieve redenen kan een besteld abonnement niet geannuleerd worden.

Themanummers en losse nummers

Van een aantal themanummers en ook van nummers uit oudere jaargangen zijn nog exemplaren verkrijgbaar. Voor informatie over de prijs en voor bestellingen kunt u contact opnemen met Lieve Lerno.

Rekeningnummers

KBC Bank 409-6521861-13
Postrekening Nederland 113 087
(t.n.v. UFSIA, 2000 Antwerpen)

Redactieadres

Economisch en Sociaal Tijdschrift
Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Tel. redactie 03-220 47 23
Tel. abonnementen en boekhouding 03-220 47 21

Verantwoordelijke uitgever

Bruno De Borger, Canadezenlaan 80, 2920 Heide-Kalmthout

Economisch en Sociaal Tijdschrift is regularly listed in the *International Current Awareness Services*. Selected material is indexed in the *International Bibliography of the Social Sciences*.

Diana De Graeve *

Marc Jegers **

Financiële verantwoordelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg

Trefwoorden: gezondheidseconomie; uitgaven voor gezondheidszorg; financieringsmechanismen

De uitgaven voor medische zorg zijn in België het afgelopen decennium jaarlijks met ongeveer 5% gestegen en nemen daardoor een steeds groter aandeel van het BNP voor hun rekening. Zo'n evolutie is een algemeen fenomeen en de positie van België is zeker niet slecht in vergelijking met andere (westerse) landen. Ondanks deze vaststelling rijst toch het probleem van de betaalbaarheid van de medische zorg: wie moet de steeds bijkomende uitgaven betalen en hoe moet men de verdere evolutie sturen?

Het artikel geeft een selectief overzicht van de belangrijkste gezondheidseconomische inzichten met betrekking tot de effecten van financiële verantwoordelijkheid in de gezondheidssector, geïllustreerd met enkele empirische resultaten. De financiële verantwoordelijkheid kan zowel bij de patiënt als bij de verstrekkers en bij de verzekeraar gelegd worden. In overeenstemming met theoretische verwachtingen hebben eigen betalingen van de patiënt een invloed op de medische consumptie. Het opvoeren van de financiële verantwoordelijkheid van de patiënt kan de totale uitgaven verminderen, maar verschuift de problematiek van collectieve naar individuele betaalbaarheid en weegt zwaar op een billijke verdeling van de uitgaven en van de consumptie. Het opvoeren van de financiële verantwoordelijkheid van de arts kan de efficiëntie verbeteren en de totale uitgaven verminderen, maar houdt ook het gevaar in van risicoselectie en onderverzorging. Dat is ook het geval wanneer de verzekeraar financieel verantwoordelijk gesteld wordt. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is aan de orde, maar tevens billijkheid in de financiering en de consumptie, efficiëntie in de productie, selectiviteit en kwaliteit. Voor de concrete invulling van de financiële verantwoordelijkheid zullen al deze elementen vanuit een economisch inzicht, maar ook uit maatschappelijk en politiek oogpunt bekeken moeten worden.

* UFSIA (Universiteit Antwerpen)

** Vrije Universiteit Brussel

Economisch en Sociaal Tijdschrift, 2000/2, blz. 139-164

Inleiding

De kosten van de gezondheidszorg en van de ziekteverzekering gaan voortdurend in stijgende lijn. Wij besteden met zijn allen een steeds groter aandeel van onze middelen aan medische verzorging. Zijn deze middelen allemaal goed besteed? Kunnen de uitgaven verder groeien of moeten we de groei afremmen? En op welke manier kan dat het best gebeuren? Vragen die niet gemakkelijk te beantwoorden zijn ...

Dit artikel verstrekt achtergrondinformatie, die het mogelijk moet maken om kritischer te reflecteren over het probleem. In een eerste paragraaf bekijken we de evolutie van de uitgaven voor medische zorg in België in een internationaal perspectief en wordt aandacht besteed aan de financieringsbronnen. Na deze beschrijving geven we in de tweede paragraaf weer welke inzichten in de gezondheidseconomische theorie tot stand gekomen zijn met betrekking tot de sturing en beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg. Hierin wordt veel aandacht besteed aan de financiële verantwoordelijkheid van de verschillende actoren – de patiënt, de ziekteverzekering en de verstrekkers. Dit aspect wordt verder uitgediept in de derde paragraaf.

1. De uitgaven voor medische zorg

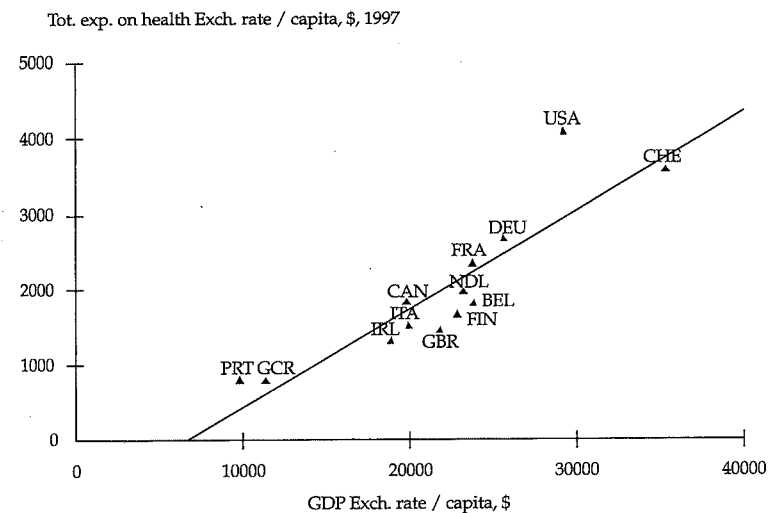
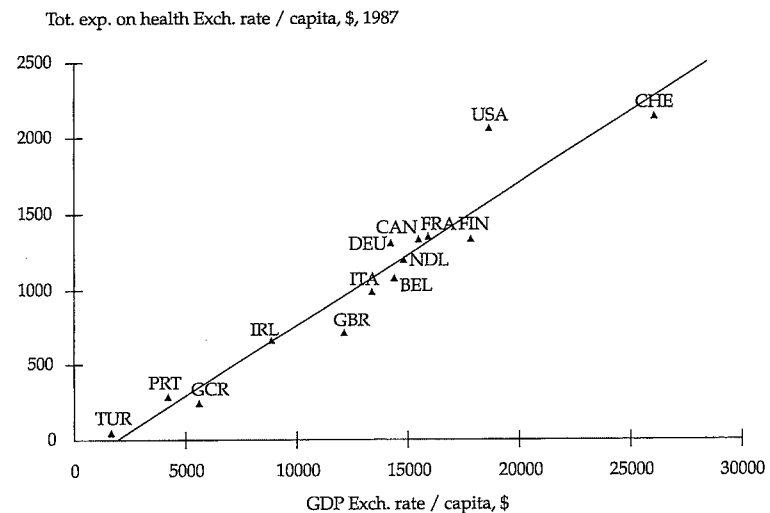
We bespreken in deze paragraaf achtereenvolgens de omvang van de uitgaven voor medische zorg en de financieringsbronnen.

A. De omvang van de uitgaven

België spendeert in 1997 ongeveer 660 miljard BEF aan gezondheidszorg. In 1987 was dit nog "slechts" 399 miljard BEF (OECD, 1998). Dit is een serieuze groei van gemiddeld 5,15% per jaar.¹ België vormt hier evenwel geen uitzondering: in de meeste landen stijgen de uitgaven voor medische zorg naarmate de rijkdom van het land toeneemt. Ook tussen landen vormt het BNP de belangrijkste verklarende factor voor uitgavenverschillen. Figuur 1, die het verband weergeeft tussen het BNP

¹ Het algemene prijspeil (BNP-index) steeg in de beschouwde periode slechts met gemiddeld 2,78% per jaar.

Figuur 1. Verband tussen de uitgaven voor medische zorg en het BNP per capita.



Bron: OECD, Health Data, 1998.

per capita en de uitgaven per capita voor medische zorg, voor meerdere OESO-landen en zowel voor 1987 als voor 1997, laat dit duidelijk zien.

Belangrijker nog is dat deze stijging van de totale uitgaven groter is dan de stijging van het BNP. Gezondheidszorg heeft daarmee ogenschijnlijk alle karakteristieken van een luxegoed, namelijk dat de vraag naar medische zorg een inkomenselasticiteit heeft die groter is dan één. Meerdere studies, zowel dwarsdoorsnedeanalyses van geïndustrialiseerde landen als tijdreeksanalyses van een land, hebben dit reeds bevestigd.² Het gevolg is dat het aandeel van de gezondheidsuitgaven in het BNP steeds groter wordt. In België bijvoorbeeld steeg dit aandeel van 3,4% in 1960 tot 7,6% in 1997 (OECD, 1998).

Meerdere factoren verklaren dit fenomeen. Ten eerste kan verondersteld worden dat de relatieve prijs van gezondheidszorg stijgt. Medische zorg is immers een relatief arbeidsintensief product, en de relatieve prijs van arbeidsintensieve goederen vertoont een stijgende tendens bij stijgend inkomen. Bij een prijsinelastische (geaggregeerde) vraag naar medische zorg – wat niet onrealistisch is – zal dat de totale uitgaven doen stijgen. Daarnaast zijn er toegenomen technische mogelijkheden, is er de veroudering van de bevolking, het ontstaan van nieuwe ziektes. Ook de dragingen van de patiënt, de verzekeringsmaatschappij en de verstrekker kunnen van belang zijn. We komen hierop terug in het laatste deel van deze bijdrage.

En wanneer we kijken naar koplopers als de USA en Zwitserland lijkt er bovendien geen einde te komen aan deze relatief sterkere toename. In de periode van 1990 tot 1997 liepen de aandelen van de gezondheidszorg-uitgaven in het BNP voor Zwitserland nog op van 8,3% tot 10,15% en in de Verenigde Staten van 12,6% tot 14% (OECD, 1998).

Meer en meer wordt dan ook een beheersing van de uitgaven gevraagd. De betaalbaarheid van de zorg op macro-economisch gebied lijkt dan ook aan de orde: in welke mate kan en wil de maatschappij steeds meer collectieve middelen vrijmaken voor medische zorg en is ze bereid de

2 Sommige auteurs (Blomqvist en Carter, 1997; Hansen en King, 1996) trekken weliswaar de bevindingen op basis van tijdreeksanalyses of paneldata in twijfel wegens non-stationariteit van de gegevens en de daarmee samenhangende schattingsproblemen. De discussie hierover is nog niet afgesloten (McCoskey en Selden, 1998).

gevolgen van een uitgavenbeperking op bijvoorbeeld toegankelijkheid van zorg en individuele betaalbaarheid te aanvaarden?

We gaan in de volgende alinea na over welke middelen het gaat.

B. De financieringsbronnen

Gezondheidszorg kan gefinancierd worden uit vier verschillende bronnen: belastingen, socialezekerheidsbijdragen, private verzekeringen en directe eigen betalingen (*out-of-pocket payments*). De rol en het relatieve belang van de diverse financieringsbronnen heeft belang voor de billijkheid van de financiering van medische zorg. Financiering volgens draagkracht, waarbij gezinnen of individuen met een hoger inkomen ook relatief meer financieren, kan over het algemeen beter gerealiseerd worden bij financiering uit belastingen en socialezekerheidsbijdragen. Private verzekering, daarentegen, is vrijwillig en zal daarom premies heffen op basis van risicofactoren zoals leeftijd en aanwezigheid van chronische ziekten. Ook eigen bijdragen zijn rechtstreeks gekoppeld aan de verbruikte zorg en houden dus geen rekening met de draagkracht.

Tabel 1 geeft een overzicht van de wijze waarop gezondheidszorg gefinancierd wordt in diverse Europese landen en de Verenigde Staten. In de meeste landen wordt minstens drie vierde van de totale uitgaven uit publieke middelen gefinancierd. De uitzonderingen hierop zijn Portugal, Zwitserland en de Verenigde Staten, waar respectievelijk slechts 61%, 36% en 49% van de uitgaven voor gezondheidszorg uit publieke middelen gefinancierd worden. Publieke financiering bestaat bij een aantal landen hoofdzakelijk uit belastinggelden, zoals in Denemarken, Finland, Ierland, Portugal, Spanje, Zweden, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Een tweede groep financiert voornamelijk via de sociale zekerheid: Frankrijk, Duitsland en Nederland. In Italië is de financiering uit sociale zekerheid en uit belastingen ongeveer even belangrijk. Onder private financiering moeten voornamelijk directe betalingen verstaan worden. Enkel in Nederland, de Verenigde Staten en Zwitserland is het aandeel van private verzekering relatief belangrijker dan de directe eigen betalingen.

Wagstaff et al. (1999) hebben voor de bovengeciteerde landen nagegaan in welke mate de totale financiering van de gezondheidszorg, alsook de afzonderlijke financieringsbronnen afwijken van proportionaliteit. Ze

Tabel 1. Financieringsbronnen voor medische zorg (laatst beschikbare jaar): procentueel aandeel.

	Directe belastingen	Indirecte belastingen	Totaal belastingen	Sociale zekerheid	Totaal publiek	Private verzekering	Directe beta-lingen	Totaal privaat	Algemeen totaal
Denemarken (1987)	72,5	12,2	84,7	0,0	84,7	1,5	13,8	15,3	100
Finland (1990)	51,0	24,0	75,0	11,0	86,0	0,0	14,0	14,0	100
Frankrijk (1989)				73,6	73,6	6,3	20,1	26,4	100
Duitsland (1989)	10,5	7,2	17,7	65,0	82,7	7,1	10,2	17,3	100
Ierland (1987)	28,5	39,3	67,8	7,3	75,1	10,0	14,9	24,9	100
Italië (1991)	21,0	17,2	38,2	39,2	77,4	1,8	20,9	22,6	100
Nederland (1992)	6,2	5,0	11,2	67,9	79,1	14,0	6,9	20,9	100
Portugal (1990)	20,7	34,5	55,2	6,0	61,2	1,4	37,4	38,8	100
Spanje (1990)	30,8	25,5	56,3	22,0	78,3	2,4	19,3	21,7	100
Zweden (1990)	63,5	8,4	71,9	17,8	89,7	0,0	10,3	10,3	100
Zwitserland (1992)	23,9	4,8	28,7	6,9	35,6	40,5	23,9	64,4	100
Verenigd Koninkrijk (1993)	29,0	35,0	64,0	20,0	84,0	7,0	9,0	16,0	100
Verenigde Staten (1987)	28,1	7,4	35,5	13,3	48,7	29,2	22,1	51,3	100

Bron: Wagstaff et al., 1999.

analyseren dit met behulp van Kakwani's progressiviteitsindex.³ Een positieve index wijst dan op een progressief financieringssysteem, een negatieve index op een regressief systeem. Tabel 2 bevat de Kakwani-indices voor de landen uit de studie. In het algemeen kan het volgende uit de tabel afgeleid worden. De drie landen met het grootste aandeel private financiering – de Verenigde Staten, Zwitserland en Portugal – hebben in totaliteit een regressief systeem. Dit is – met uitzondering van Frank-

³ Kakwani's index is gelijk aan (tweemaal) het verschil in oppervlakte tussen de Lorenz-curve van het inkomen vóór en na de betalingen van medische zorg.

Tabel 2. Progressiviteitsindices voor de financieringsbronnen van medische zorg.

	Directe belastingen	Indirecte belastingen	Totaal belastingen	Sociale zekerheid	Totaal publiek	Private verzekering	Directe beta-lingen	Totaal privaat	Algemeen totaal
Denemarken (1987)	0,0624	-0,1126	0,0372		0,0372	0,0313	-0,2654	-0,2363	-0,0047
Finland (1990)	0,1272	-0,0969	0,0555	0,0937	0,0604	0,0000	-0,2419	-0,2419	0,0181
Frankrijk (1989)				0,1112	0,1112	-0,1956	-0,3396	-0,3054	0,0012
Duitsland (1989)	0,2488	-0,0922	0,11	-0,0977	-0,0533	0,1219	-0,0963	-0,0067	-0,0452
Ierland (1987)	0,2666	N/A	N/A	0,1263	N/A	-0,021	-0,1472	-0,0965	N/A
Italië (1991)	0,1554	-0,1135	0,0343	0,1072	0,0712	0,1705	-0,0807	-0,0612	0,0413
Nederland (1992)	0,2003	-0,0885	0,0714	-0,1286	-0,1003	0,0833	-0,0377	0,0434	-0,0703
Portugal (1990)	0,218	-0,0347	0,0601	0,1845	0,0723	0,1371	-0,2424	-0,2287	-0,0445
Spanje (1990)	0,2125	-0,1533	0,0486	0,0615	0,0509	-0,0224	-0,1801	-0,1627	0,0004
Zweden (1990)	0,0529	-0,0827	0,0371	0,010	0,0100	0,0000	-0,2402	-0,2402	-0,0158
Zwitserland (1992)	0,2055	-0,0722	0,1590	0,0551	0,1389	-0,2548	-0,3619	-0,2945	-0,1402
Verenigd Koninkrijk (1993)	0,2843	-0,1522	0,0456	0,1867	0,0792	0,0766	-0,2229	-0,0919	0,0518
Verenigde Staten (1987)	0,2104	-0,0674	0,1487	0,0181	0,106	-0,2374	-0,3874	-0,3168	-0,1303

Bron: Wagstaff et al., 1999.

rijk – ook het geval voor de landen met een socialezekerheidssysteem. Het regressieve karakter van de sociale zekerheid kan verklaard worden doordat in Duitsland de hoge-inkomenstrekkingen uit het systeem kunnen stappen, en ze er in Nederland niet in opgenomen zijn. De landen waar gezondheidszorg hoofdzakelijk door belastingen gefinancierd wordt, hebben een licht progressief tot proportioneel systeem.

Doordat er onvoldoende gegevens zijn, ontbreekt België in deze tabel. Op basis van de resultaten van de andere landen en de kenmerken

van ons systeem, kan er evenwel op gespeculeerd worden dat ons systeem gematigd progressief is.

De belangrijkste financieringsbron voor gezondheidszorg in België is de ziekteverzekering. Die is verplicht, dekt in principe de totale bevolking en financiert een zeer ruim pakket van medische zorg. De fondsen van de ziekteverzekering bestaan voornamelijk uit bijdragen op het loon, zonder plafond of zonder uitsluiting van bepaalde hoge inkomens (betaald door de werkgevers en de werknemers) en uit overheidssubsidies (belastinggelden). Daarmee kan verwacht worden dat onze sociale zekerheid, net zoals in Frankrijk, een progressieve financiering heeft.

Daarnaast worden nog een aantal medische uitgaven rechtstreeks (met belastinggeld) gefinancierd door diverse overheidsorganismen. Preventieve zorg bijvoorbeeld wordt gefinancierd door de gemeenschappen (rechtstreeks), door instellingen zoals Kind en Gezin, alsook door de provincies en gemeenten. Het Ministerie van Landsverdediging financiert de medische zorg voor militairen, het Ministerie van Binnenlandse Zaken de medische zorg die verstrekt wordt aan gedetineerden, voor de diensten 100 enz. Ook deze financieringsbronnen hebben vermoedelijk een progressief karakter, zoals in de meeste andere landen.

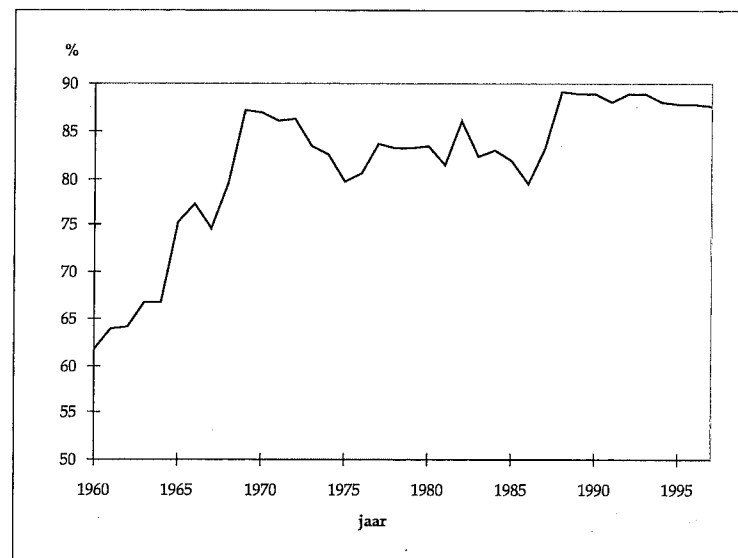
Private financiering in België bestaat hoofdzakelijk uit eigen bijdragen van de patiënt. Meestal betaalt de ziekteverzekering niet de totale prijs van de verzorging terug, maar zijn er remgelden en supplementen ten laste van de patiënt. De schattingen over het belang van de eigen bijdragen verschillen sterk van elkaar en zijn moeilijk verifieerbaar. De cijfers variëren van 17% (Closon, 1998, blz. 185) tot 25% (Socialistische Mutualiteiten, 1998, blz. 13) van de totale uitgaven binnen de ziekteverzekering. Dit zijn ontegensprekelijk aanzienlijke percentages. Dat blijkt ook uit het internationale overzicht dat door Saltman en Figueras (1997) werd opgesteld.

De private (= niet verplichte) verzekering speelt in ons land dan ook een belangrijke rol. Ze wordt afgesloten als aanvullende verzekering, voor terugbetaling van het gedeelte van de kosten dat de verplichte verzekering niet betaalt, alsook voor de betaling van een meer comfortabele accommodatie (bijvoorbeeld eenpersoonkamers in het ziekenhuis). In het begin van de jaren negentig zou de penetratie van de private ziekteverzekering in België zo'n 30% bedragen (Saltman en Figueras, 1997). Het percentage van de bevolking dat een vrijwillige verzekering afsluit zou groeien, maar veel cijfermateriaal is daarover niet beschikbaar.

Op basis van de OESO-gegevens kennen we wel het relatieve belang van publieke versus private financiering voor de totale gezondheidszorguit-

gaven. De publieke financiering bedroeg in 1997 ongeveer 88% en is in de jaren negentig nauwelijks gewijzigd (slechts van 88,9% in 1990 tot 87,6% in 1997). In het algemeen ging het publieke aandeel tussen 1960 en 1997 in stijgende lijn (zie figuur 2). België scoort hiermee veruit het hoogst van alle landen.⁴ Uit billijkheidsoogpunt is onze positie daarmee, in vergelijking met andere landen, niet ongunstig.

Figuur 2. Aandeel publieke financiering van gezondheidszorg in België.



Bron: OECD, *Health Data*, 1998.

4 We moeten er wel aan toevoegen dat de kwaliteit van de OESO-gegevens soms ter discussie wordt gesteld. Zeker voor België steunen de private bijdragen op schattingen.

2. Financieringsmechanismen in de gezondheidszorg: theoretische achtergrond

Bezorgdheid over de betaalbaarheid van de medische zorg op basis van cijfers wordt aangevuld met bezorgdheid omtrent efficiëntie vanuit de economische theorie. We bespreken dat in deze paragraaf.

In het eenvoudigste (en minst realistische) economische model van de markt voor gezondheidszorg zou men zeggen dat er een (afgeleide) vraag is naar gezondheidszorg, en een aanbod. In perfecte concurrentie worden prijs en verhandelde hoeveelheid dan bepaald door gelijkstelling van vraag en aanbod. De consument koopt een hoeveelheid gezondheidszorg, waarvoor de marginale betalingsbereidheid, die een weerspiegeling is van de waarde van de laatste eenheid zorg voor de consument (marginale nut), net gelijk is aan de prijs. Daarenboven is in perfecte concurrentie de prijs ook nog eens gelijk aan de productiekosten van de laatste eenheid (marginale kosten). Men zet middelen in voor gezondheidszorg in overeenstemming met de waarde die men ermee genereert.

Maar zo eenvoudig is de situatie niet.

Ten eerste kan de consumptie van medische zorg invloed hebben op anderen. Wanneer men zich laat vaccineren, bijvoorbeeld, vermindert men niet alleen het eigen besmettingsrisico maar ook dat van anderen. We hebben hier te maken met *externe effecten*. Externe baten (of kosten) worden door de individuele consument echter niet meegerekend bij het bepalen van de gevraagde hoeveelheid, en daardoor wordt een te geringe (grote) hoeveelheid zorg gevraagd. Door subsidiëring (taxatie) kan dat verholpen worden.

Een tweede belangrijke verfijning wordt bekomen door rekening te houden met *onzekerheid*. Geen enkel individu kan exact zijn behoefte aan zorg bepalen of voorspellen. In het beste geval heeft hij een idee wat zijn gemiddelde vraag zal zijn, en weet hij dat hij in de realiteit meer of minder dan dit gemiddelde zal moeten verbruiken. Het is niet onredelijk te veronderstellen dat hij niet houdt van een dergelijke *onzekerheid*: economen noemen hem dan *risico-avers*. Hij is bereid een premie te betalen om de financiële implicaties van deze onzekerheid te verminderen of weg te werken. Met zijn collega's risico-aversen brengt hij deze premies samen,

en zo ontstaat de ziekteverzekering. Dit leidt dan weer tot een nieuw probleem: ingeval de verzekering zodanig uitgewerkt is dat de verzekerde alle zorg gratis aangeboden krijgt, zal hij geneigd zijn meer zorg te verbruiken dan wanneer hij per verstrekking de prijs ervan zou moeten betalen (*moral hazard*). Hierbij kunnen twee effecten onderscheiden worden: de patiënt zal meer zorg verbruiken, en duurdere zorg (Cullis en West, 1979). Dit betekent dat de verzekerde in staat is de waarschijnlijkheid van het verzekerde risico – hier het leveren van een medische verstrekking – te beïnvloeden. Eigen bijdragen, die een prijsprikkel uitmaken en een mate van financiële onzekerheid impliceren, zijn dan geschikt om die invloed te temperen (Arrow, 1963).

De opgebouwde theorie is volledig gebaseerd op een welvaartseconomische logica: wanneer de medische zorg gratis aangeboden wordt, consumeert de patiënt eenheden van zorg die meer kosten dan de waarde die hij eraan hecht. In een dergelijke situatie (die door economen *allocatief inefficiënt* genoemd wordt) kan een hoger welvaartsniveau bereikt worden door deze overconsumptie te verhinderen en de aldus vrijgekomen middelen op een andere wijze te besteden.

De bovenstaande, neoklassieke redenering gaat uit van een aantal impliciete assumpties waarvan gesteld kan worden dat ze minder realistisch zijn voor de markt van gezondheidszorg. De meest fundamentele is dat er zoiets als een vraag bestaat (Mooney, 1994). De vraag kan gedefinieerd worden als de beschrijving van alle mogelijke combinaties van een prijs en de hoeveelheid diensten die de patiënten voor die prijs willen kopen. Dit impliceert dat elke patiënt in staat is voor zichzelf uit te maken wat de waarde is van een bepaalde verstrekking. In de limiet betekent dit dat de patiënt in staat moet worden geacht een accurate kennis te bezitten van de stand van de medische wetenschap, zonder die op zichzelf te kunnen toepassen. De realiteit is uiteraard anders: de gemiddelde kennis van de patiënt is vrij beperkt en oppervlakkig (Mooney, 1994).

In het verlengde hiervan kan opgeworpen worden dat de aanbieder van zorg, in casu de arts, wel geacht wordt over de vereiste medische kennis te beschikken. De kenniskloof die aldus ontstaat noemt men *informatie-asymmetrie*. Hierdoor is de patiënt niet in staat om inefficiënte zorgverstrekking te beïnvloeden, waardoor de verstrekkers vrij spel zouden kunnen hebben in het produceren van nutteloze diensten (aanbodsgeluideerde vraag of *supplier induced demand*). Als dit waar is, dan is het hele verhaal van eigen bijdragen die de vraag zouden afremmen op niets gestoeld, omdat de verstrekkers niet de passieve aanbieders zijn die men

van hen maakt in de zonet geschetste theoretische ontwikkelingen, maar actieve spelers (Saltman en Figueras, 1997). Zelfs Arrow (1963) had oog voor deze mogelijkheid, als hij stelde dat artsen soms een behandeling voorstellen, die "convenient for them or pleasing to their patients" is. Dit kan dan leiden tot de vraag of het niet zinvoller is de meest geïnformeerde partij (hier de aanbieders) te dwingen financieel verantwoordelijk te zijn voor de genomen beslissingen (Van de Ven, 1985; Rice, 1998).

Er is nog een ander probleem met de neoklassieke benadering die zonet geschetst werd. Die maakt abstractie van de verdeling van gezondheidszorguitgaven over de gehele bevolking. Nochtans is billijkheid een belangrijk concept bij de analyse van de organisatie van de gezondheidszorg. In de meeste landen verlangt men dat de financiering van gezondheidszorg gebeurt volgens draagkracht.

Bij de vraag naar de betaalbaarheid van medische zorg moeten al deze aspecten mee bekeken worden en moeten alle partijen betrokken worden. De verantwoordelijkheid ligt immers bij iedereen.

3. Financiële verantwoordelijkheid van de actoren

A. De patiënt

Remgelden worden in de ziekteverzekering geïntroduceerd om de consumptie af te remmen en de collectieve uitgaven betaalbaar te houden, waardoor ze ook als financieringsbron beschouwd kunnen worden. Niet alleen in theorie, maar ook in de realiteit heeft men kunnen vaststellen dat introductie of verhoging van remgelden aanleiding geeft tot verminderde consumptie en dus verminderde uitgaven.

De moeder aller studies in deze context is de zogenaamde Rand-studie, een gecontroleerde studie uit de Verenigde Staten, waarbij verschillende verzekeringsschema's met elk een specifiek mechanisme van eigen betalingen op toevallige wijze over 7706 personen werden verdeeld (Newhouse et al., 1993). Het uitgavenpatroon voor gezondheidszorg en de gezondheid zelf werden hierbij geregistreerd voor de periode einde 1974 - begin 1982. Uit deze studie kwam naar voren dat in het algemeen de uitgaven voor gezondheidszorg stijgen, naarmate de persoonlijke bijdrage afneemt. Men kon geen aantoonbare invloed op de gezondheid vaststel-

len, met uitzondering voor de allerlaagste inkomens. De resultaten werden nadien nog door andere studies bevestigd.

Een aantal bijkomende aspecten worden in deze benadering genegeerd: problemen wat betreft de toegankelijkheid en de billijke verdeling van de zorg, en problemen wat betreft de beïnvloedingsmogelijkheid van de patiënt. Beide kwamen ook reeds aan bod bij de bespreking van het theoretische paradigma.

Ten eerste zijn medische uitgaven zeer ongelijk verdeeld over de bevolking. Een zeer groot deel van de medische uitgaven valt ten laste van een relatief klein deel van de bevolking, namelijk de ernstig of chronisch zieken en gehandicapten. In België zou 10% van de bevolking ongeveer 50% van de remgelden betalen (Socialistische Mutualiteit, 1998). Vaak betreft het ook juist mensen met een relatief laag inkomen. In paragraaf 1.B hebben we al gezien dat financiering op basis van eigen directe betalingen of met private verzekering regressief is. Toename van remgelden druipt dan ook in tegen billijkheidsoverwegingen.

Dat de kosten van medische zorg hoog kunnen oplopen voor bijvoorbeeld chronisch zieke patiënten, kan onder meer op basis van een enquête, uitgevoerd door de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), aangetoond worden (Van Winckel, Versieck en Boly, 1997). In het voorjaar van 1996 heeft de LCM een groep van 1400 chronisch zieken in het hele land bevraagd. Men informeerde onder meer naar de kosten van geneesmiddelenverbruik, naar de afhankelijkheidskosten (zoals verzorgingsproducten, hulpmiddelen en medisch materiaal) en zocht op hoe groot de persoonlijke bijdragen waren voor de overige verzekerde zorg. De resultaten van de studie staan vermeld in tabel 3. Als we ons beperken tot de remgelden en persoonlijke bijdragen voor gezondheidszorg, dan lopen de gemiddelde totale kosten op jaarbasis op tot ongeveer 30.000 BEF voor Parkinson-patiënten en zelfs 57.000 BEF voor franchisepatiënten. Inclusief de zogenaamde afhankelijkheidskosten variëren de bedragen op jaarbasis van een minimum van 66.000 BEF voor Parkinson-patiënten tot een maximum van nagenoeg 93.000 BEF voor patiënten met een E-statuuat (zie tabel 3). In dezelfde groep heeft 40% een gezinsinkomen lager dan 40.000 BEF en 62% lager dan 50.000 BEF. Hieruit blijkt duidelijk dat eigen bijdragen niet enkel *moral hazard* verminderen, maar ook de billijkheid van de financiering in het gedrang brengen. Beide moeten tegenover elkaar afgewogen worden.

Tabel 3. Kosten voor de verzorging van chronisch zieken, gedragen door de zieken zelf; gemiddelde jaarlijkse kosten en percentages.

	Patiënten met E-statuut ⁱ		Nierdialysepatiënten		Parkinson-patiënten		Franchisepatiënten ⁱⁱ	
	in BEF	%	in BEF	%	in BEF	%	in BEF	%
Remgeld en persoonlijke bijdragen gezondheidszorg								
Geneesmiddelen (ambulant)	18 252	20	21 996	21	20 956	32	18 876	21
Huisarts + specialist	3 051	3	2 298	3	3 192	5	10 123	11
Kinesitherapie	8 079	9	809	1	2 401	4	9 614	11
Thuisverpleging	601	1	244	0	72	0	790	1
Ligdag/heelkunde/verloskunde	3 644	4	4 668	6	1 789	3	11 981	13
Rest	1 410	2	7 600	10	1 407	2	5 434	6
Subtotaal	35 037	38	37 615	50	29 817	49	56 818	68
Afrankelijkheidskosten								
Hulpverlening thuis	23 608	25	12 740	17	20 488	31	14 144	16
Verzorgingsmateriaal	12 948	14	7 800	10	7 384	11	8 372	9
Hulpmiddelen en medisch materiaal	8 617	9	2 339	3	3 920	6	4 154	5
Maaltijdbezorging	4 160	4	1 716	2	2 912	4	1 612	2
Vervoersdienst	1 882	2	11 606	15	1 092	2	1 804	2
Opvang buitenshuis	6 500	7	1 404	2	840	1	2 910	3
Subtotaal	57 715	62	37 605	50	36 636	55	33 404	37
TOTAAL	92 752	100	75 220	100	66 453	100	90 222	100

Bron: Van Winckel et al., 1997.

ⁱ Het betreft patiënten aan wie het zogenaamde E-statuut kinesitherapie is toegekend. Zij hebben het hele jaar door recht op twee sessies kinesitherapie per dag, tegen een verlaagd remgeld. Patiënten met dit statuut zijn vooral gekenmerkt door de volgende aandoeningen: aantasting van het bewegingsstelsel (verlamming, chronische gewrichtsontsteking, aantasting van het spierstelsel), ernstige aantasting van het ademhalingsstelsel (muco-coviscidose, invaliderende chronische bronchitis, ...) en gevolgen van brandwonden en zwaar verninkende ingrepen.

ⁱⁱ Het betreft personen waarvan het gezin zowel in 1994 als in 1995 in aanmerking kwam voor de sociale of fiscale franchise.

Daarom bestaan er in België reeds een aantal "corrigerende maatregelen", die ervoor zouden moeten zorgen dat de gezondheidszorg betaalbaar blijft voor iedereen.

De langst bestaande maatregel is die van het WIGW-statuuut. Reeds van bij het opstarten van onze ziekteverzekering werd binnen het algemeen stelsel een onderscheid gemaakt tussen "gewone verzekerden" en weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (de zogenaamde WIGW). Wanneer deze laatste groep een bruto belastbaar inkomen heeft beneden een gespecificeerde inkomensgrens, geniet ze een voorkeurregeling, die erin bestaat dat er minder remgelden betaald moeten worden. Recent (1 juli 1997) werd de WIGW-voorkeurregeling verruimd tot bestaansminimumtrekkers en de personen te hunnen laste, personen met een gewaarborgd inkomen voor bejaarden en de personen te hunnen laste, en gehandicapten met een tegemoetkoming en de personen te hunnen laste.

Ook nog een hele reeks andere maatregelen werd de laatste jaren uitgevaardigd om verhogingen van remgelden sociaal aanvaardbaar te maken. Vele maatregelen zijn relatief beperkt en zijn voor de buitenstaander nog maar moeilijk bij te houden. Denken we bijvoorbeeld aan de verlaging van de persoonlijke aandelen bij ziekenhuisopname voor langdurig werklozen, het verhogen van de toegang tot de ziekteverzekering, toekenning van een forfaitaire vergoeding bij hoge gezondheidskosten, voor hulp van derden aan invalide gezinshoofden, voor de kosten van incontinentiemateriaal, ... De belangrijkste maatregel is de invoering van de sociale en fiscale franchise, met ingang van 1 januari 1994. De totale remgelden per jaar worden hierbij beperkt tot een bepaald franchisebedrag. De sociale franchise bepaalt voor een aantal sociale categorieën een onmiddellijke terugbetaling van remgelden, zodra deze 15.000 BEF (per jaar en per gerechtigde) overschrijden. Bij de fiscale franchise wordt het franchisebedrag bepaald in functie van het belastbaar inkomen waardoor de remgelden pas na de bepaling van het belastbaar inkomen (aanslagbiljet) terugbetaald kunnen worden. Tabel 4 bevat enkele cijfers over deze maatregel. In 1995 konden ongeveer 155.000 gezinnen de fiscale franchise genieten. Gemiddeld werd een remgeld van 34.092 BEF betaald, waarvan 14.360 BEF werd terugbetaald. Aangezien het franchisebedrag inkomensgerelateerd is, neemt uiteraard het remgeld toe met het inkomen. Merkwaardig genoeg neemt ook het terugbetaalde bedrag toe met het inkomen. De situatie in 1994 is ongeveer gelijklopend met die van 1995. Bij de sociale franchise bedroeg het gemiddelde remgeld ongeveer 33.000 BEF, waarvan 18.000 BEF werd terugbetaald (gegevens voor

Tabel 4. Aantal gezinnen, remgelden en terugbetaalde bedragen voor de fiscale en sociale franchise.

Inkomensschijf (in BEF)	gegevens voor het jaar 1994			gegevens voor het jaar 1995		
	aantal gezinnen (% v.d. gezinnen)	remgeld	terugbetaald bedrag	aantal gezinnen (% v.d. gezinnen)	remgeld	terugbetaald bedrag
0 tot 538 000	79 568 (5,38%)	27 918	12 918	67 411 (5,25%)	28 263	13 263
538 000 tot 829 000	56 087 (4,90%)	33 503	13 503	66 667 (5,30%)	34 275	14 275
829 000 tot 1 120 000	11 438 (1,75%)	45 563	15 563	14 969 (2,08%)	46 632	16 632
1 120 000 tot 1 411 000	2 405 (0,60%)	58 618	18 618	3 505 (0,82%)	60 009	20 009
> 1 411 000	1 401 (0,24%)	71 410	21 410	2 523 (0,41%)	74 588	24 588
Totaal	150 899 (12,87%)	32 224	13 506	155 075 (13,86%)	34 092	14 360
Sociale franchise: aantal gezinnen, remgelden en terugbetaald bedrag voor de leden van LCM en NVSM per sociale categorie						
Sociale categorie	gegevens voor het jaar 1994			gegevens voor het jaar 1995		
	aantal gezinnen	remgeld	terugbetaald bedrag	aantal gezinnen	remgeld	terugbetaald bedrag
Bestaansminimum Gew. ink. + teg. geh. Volledig werklozen WIGW 100 Onbekend ⁱ Totaal	46 414	36 026	21 026	57 945	32 801	17 801

Bron: Tormans en Leus, 1997 en Socialistische Mutualiteit, 1998, alsook additionele gegevens verstrekt door LCM en NVSM.

ⁱ Het totaal is niet gelijk aan de som van alle individuele categorieën, omdat sommige personen tot meerdere sociale categorieën behoren.

1996). Wanneer we de afzonderlijke categorieën bekijken, valt het op dat de personen met een gewaarborgd inkomen of een tegemoetkoming voor gehandicapten en de voorkeurgerechtigde WIGW, de hoogste remgelden betalen (respectievelijk 44.000 BEF en 39.000 BEF). De groep van de volledig werklozen betaalt relatief het minst (24.000 BEF). Enkel voor de leden van de Socialistische en Christelijke Mutualiteiten bedraagt het aantal bereikte gezinnen nagenoeg 58.000. Dat is een aanzienlijke stijging t.o.v. een jaar voordien, maar dit zou artificieel zijn en te wijten aan verbeterde administratieve procedures.

Ten tweede heeft de patiënt weinig medische kennis (de voornoemde informatie-asymmetrie) en is hij daardoor niet in staat om inefficiënte zorgverstrekking te beïnvloeden. Het is de arts die bepaalt wanneer, hoeveel en welke zorg raadzaam is voor de patiënt. De patiënt heeft meestal onvoldoende informatie om een belangrijke rol te spelen in het beslissingsproces. Een recente studie in een huisartspraktijk (Vick en Scott, 1998) kwam trouwens tot de bevinding dat enkel vrouwen of personen met een hoge opleiding een stem in de beslissing waarderen. Oudere personen en mensen in relatief goede gezondheid geven er de voorkeur aan dat de arts de beslissing neemt.

Remgelden worden dan ook veelal niet aanbevolen als instrument tot verbetering van efficiëntie, maar in de praktijk hebben de meeste landen de eigen betalingen van de patiënt wél verhoogd. Het spreekt vanzelf dat hierbij ook loutere financieringsbehoeften een rol gespeeld kunnen hebben, onafhankelijk van potentieel beoogde effecten op het gedrag van de actoren.

B. De verzekeringsinstelling

De verplichte ziekteverzekering is opgericht om de financiële toegankelijkheid voor de patiënt te garanderen en zijn financieel risico te verminderen. Het is een sociale verzekering, die geen rekening houdt met risico's voor de premieheffing maar wel met het inkomen. Deze premies worden geïnd door de Rijksdienst Sociale Zekerheid, die ze doorstort aan het RIZIV. De uitvoering van de verzekering gebeurt door vijf verschillende sociale verzekeringsmaatschappijen met een statuut *sui generis* en een overheidskas (de "Hulpkas"). Hun werking wordt geregeld door de Wet van 6 augustus 1990. Zij krijgen hun middelen van het RIZIV, op basis van de uitgaven van hun leden. Maar zoals boven uit-

eengezetz, geeft de introductie van een verzekering aanleiding tot *moral hazard*. Deze moral hazard werd er aanvankelijk bijna op de koop toe bijgenomen. De ziekenfondsen hadden er dan ook zelf weinig belang bij om de kosten in toom te houden; hogere kosten gaven immers aanleiding tot een hogere vergoeding. Daarnaast zullen individuele verzekeraars ook vanwege vrijbuitersgedrag door anderen weinig gemotiveerd zijn om in te werken op het gedrag van verstrekkers en consumenten. Immers, wanneer zij succesvol zijn, profiteren de andere maatschappijen daar automatisch mee van. Ten slotte is er door de afwezigheid van een contractuele band tussen verzekering en verstrekker en door de volledige keuzevrijheid van verstrekker door de patiënt, ook maar een beperkte invloed mogelijk. Met de sterk stijgende uitgaven, de toegenomen complexiteit en de stijgende financiële last voor de patiënt, wordt het echter meer dan ooit noodzakelijk om ook de ziekteverzekeraars verantwoordelijk te maken voor de uitgaven. Uiteindelijk is men ook in België in 1995 van start gegaan met een langzame introductie van normfinanciering en van individuele en collectieve financiële verantwoordelijkheid.

Normfinanciering heeft betrekking op de verdeling van de collectieve middelen over de verschillende ziekenfondsen. Middelen zullen niet langer uitsluitend verdeeld worden op basis van de reële uitgaven van de leden, maar ook voor een (toenemend) deel op basis van het risicoprofiel van de leden. De elementen die in rekening worden gebracht bij het bepalen van het risicoprofiel van de leden zijn de leeftijd, het geslacht, de verstedelijkingsgraad, de mortaliteitsgraad, de werkloosheidsgraad, het inkomen en de samenstelling van het gezin. Op basis van deze verklarende variabelen trachten onderzoekers van verschillende Belgische universiteiten een bedrag van "normale" uitgaven (de norm) te berekenen (Schokkaert en Kestens, 1996). Dit bedrag houdt dus in principe rekening met de specifieke configuratie van risicoprofielen van de leden van de respectieve ziekenfondsen. Vanaf het jaar 2001 zou 40% van de middelen verdeeld moeten worden volgens het risicoprofiel, op basis van een meer verfijnde normformule weliswaar.

Dit systeem leidt tot de invoering van financiële verantwoordelijkheid in hoofde van verzekeraars. Een verzekeringsmaatschappij die meer uitgaven heeft dan inkomsten, zal die voor een (toenemend) gedeelte zelf ten laste moeten nemen, bijvoorbeeld door verhoging van de ledenbijdragen. Anderzijds kan een (toenemend) gedeelte van een mogelijk overschot ook zelf behouden worden. De financiële verantwoordelijkheid neemt toe van 10% in 1995 tot 25% in 1999. De uiteindelijke bedoeling is

om te komen tot een doelmatiger zorgverlening, met zorg op maat en beheersing van de schadelast.

Bij de introductie van het systeem werd het modewoord "Managed care" geregeld naar voren geschoven, naar analogie van hetgeen in het buitenland (voornamelijk de Verenigde Staten) gebeurt. Dit gebruik is o.i. onterecht, omdat de systemen die in het buitenland "Managed care" genoemd worden in een volledig andere institutionele context operationeel zijn. In de meeste gevallen betreft het bijvoorbeeld systemen die niet collectief tot stand komen maar op een vrije markt, en is de relatie tussen verzekeraars en verstrekkers van een andere aard dan bij ons: de invloed van de verzekeraars op de voorschrijvers is over het algemeen groter. Dit neemt niet weg dat de ervaringen uit het buitenland ook voor ons leerzaam kunnen zijn, omdat men ook daar met eenzelfde soort ingrepen vat tracht te krijgen op de gezondheidszorguitgaven.

De Verenigde Staten zijn het land waar reeds het langst met dergelijke systemen gewerkt wordt. Ook daar bestond oorspronkelijk enkel een kosten-gebaseerde ziekteverzekering. De sterk toenemende kosten van medische zorg maakten de kopers (voornamelijk de werkgevers) veel prijsbewuster en maakte het voor de verzekeraars lonender om het medisch verbruik onder controle te houden. Aanvullend werd vanaf 1982 geleidelijk in meer en meer staten selectieve contractering met verstrekkers toegelaten. Health Maintenance Organisations (HMO's) ontstonden en groeiden bijna onafgebroken. HMO's worden niet alleen gekenmerkt door financiële verantwoordelijkheid, maar ook door de integratie van verzekeraar en verstrekker. In een HMO worden premies geheven in functie van het risicoprofiel van de verzekerde. De HMO verbindt er zich dan toe om in ruil kosteloos alle medische zorg te verstrekken. De HMO's hebben daarvoor een multidisciplinair team van artsen en paramedici in dienst. Soms zijn ze zelfs eigenaar van ziekenhuizen; in het andere geval zullen ze contracten afsluiten met ziekenhuizen voor verzorging van hun leden. Verstrekkers delen meestal in financiële overschotten of tekorten. De patiënt heeft geen vrije keuze van verstrekker meer, maar is verplicht zich te wenden tot de HMO-artsen. Specialistische verzorging of ziekenhuisopname kan enkel na verwijzing. De organisatie is, m.a.w., sterk verschillend van het Belgische systeem. We vatten enkele ervaringen samen.

Het is in de literatuur veelvuldig aangetoond dat HMO's lagere kosten hebben (voor een overzicht: zie Luft, 1981). Gemiddeld bedragen de totale uitgaven voor medische zorg (d.i. de eigen bijdragen van de patiënt

+ de uitgaven van de verzekering) zo'n 10% tot 30% minder. De belangrijkste reden hiervoor is de lagere hospitalisatiegraad. Leden van een HMO worden minder frequent gehospitaliseerd. Hospitalisatiekosten zijn dan ook dé belangrijkste kostenpost; wie financieel verantwoordelijk is voor de totale kosten probeert die post zoveel mogelijk te vermijden. Nochtans suggereren sommigen dat de gunstige cijfers vertekend kunnen zijn. Men wijt de lagere kosten niet aan het efficiënter werken van de HMO's, maar wel aan "cream skimming". HMO's zouden voornamelijk de gunstige risico's selecteren, een bewering die ook in enkele studies hard gemaakt kon worden (Hill en Brown, 1990). De resultaten van het Rand-verzekeringsexperiment bewijzen echter dat wel degelijk lagere kosten gegenereerd werden in HMO's (Manning et al., 1984). In vergelijking met deelnemers met een volledige verzekeringsdekking die gebruikmaakten van de traditionele betaling-per-prestatie, lagen de kosten bij de HMO's 28% lager. Er waren ongeveer 40% minder ziekenhuisopnames en -verpleegdagen. Ook in een overzicht van de recentere literatuur (Miller en Luft, 1994) worden de lagere kosten bevestigd, voornamelijk door een verminderd ziekenhuisgebruik en door een lagere consumptie van dure tests. Anderzijds werden door de leden meer artsconsultaties en meer preventief onderzoek geconsumeerd. De kwaliteit van de verstrekte zorg werd minstens even hoog ingeschat als die van de andere verzekeringsvormen.

Of dergelijke gunstige resultaten ook in een Europese context gegenereerd kunnen worden, is echter twijfelachtig. Het Amerikaanse systeem is immers ontzettend veel duurder dan het Europese. Voldoende aandacht moet ook besteed worden aan de gevaren die verbonden zijn aan het systeem. Er is, ten eerste, het gevaar voor gunstige risicoselectie. Men moet er zorg voor dragen dat de vergoedingsstructuur in voldoende mate het risicoprofiel van de verzekerden weerspiegelt. De consumptie van medische zorg is immers zeer ongelijk verdeeld over de bevolking. In zo'n situatie kan het voor een verzekeringsmaatschappij zeer snel aantrekkelijk zijn om ongunstige risico's te weren. Ook bij het bestaan van een acceptatieplicht kan dit toch nog op een subtiele manier geprobeerd worden, bijv. door selectieve marketing (bij jonge gezinnen en zeker niet in bejaardentehuizen). Het tweede gevaar bestaat erin dat de kwaliteit van de zorg verminderd wordt. Kwaliteitscontrole of -monitoring is daarom essentieel. Het is echter niet altijd even gemakkelijk om de kwaliteit te bewaken en zeker kost dit ook geld. Introductie van financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraar houdt een afruil in tussen, enerzijds, betere efficiëntie en betaalbaarheid en, anderzijds, selectie en kwaliteit. Ten slotte moet erop gewezen worden dat de stap van

financiële verantwoordelijkheid naar sturing en management van de zorg slechts mogelijk is indien er instrumenten ter beschikking staan van de verzekeringsmaatschappijen. In de Verenigde Staten is dat in belangrijke mate de selectieve contractering, bij ons zijn die mogelijkheden duidelijk veel beperkter.

C. De verstrekker

De arts is de belangrijkste sleutel die bepaalt wat en hoe er geproduceerd gaat worden in de gezondheidssector. Het vergoedingssysteem voor de verstrekkers zal dan ook ongetwijfeld een impact hebben op de zorgverstrekking. De financiering in België was en is nog steeds voor een groot gedeelte per prestatie en retrospectief op kosten gebaseerd. De gevolgen van een dergelijk systeem zijn genoegzaam bekend: multiplicatie van verstrekkingen (want hoe meer prestaties de arts uitvoert, hoe hoger zijn inkomen) en weinig aandacht voor preventie en zelfzorg. Daar staat tegenover dat de verstrekkers in belangrijke mate een therapeutische vrijheid hebben, dat ze risicopatiënten niet zullen trachten af te schuiven naar andere zorgverstrekkers of -vormen, en ook dat ze aandacht zullen besteden aan de (terechte maar ook onterechte) wensen van hun patiënten van wie ze afhankelijk zijn voor hun inkomen. Innovativiteit wordt niet afgeremd.

Tegen de achtergrond van steeds stijgende uitgaven wordt de multiplicatie van verstrekkingen een sterk gevisieerd nadeel. Men gaat op zoek naar alternatieve financieringsvormen: meer in de richting van een prospectieve, forfaitaire financiering, binnen een gesloten budget. Een zuiver prospectieve en forfaitaire financiering is zeker evenmin zaligmakend. De voordelen van het per-prestatiesysteem worden te mijden nadelen: onderverzorging van patiënten met hoge ziekte-ernst tot zelfs vermijden van deze patiënten, snelle doorverwijzing, afremmen van innovativiteit.

Het is niet eenvoudig om na te gaan of deze verwachte effecten zich ook werkelijk voordoen. Zelden kunnen de financieringssystemen in gecontroleerde omstandigheden vergeleken worden. Daarnaast kunnen specifieke kenmerken van het gezondheidszorgsysteem bepalend zijn voor de resultaten (bijv. de omvang van het aanbod, de beschikbare gezondheidsbudgetten, de relatie tussen eerste en tweede lijn). Nagenoeg alle studies hebben betrekking op de VS. Vandaar slechts enkele suggestieve bevindingen ...

Kahn en collega's (Kahn et al., 1990a, 1990b, 1990c; Draper et al., 1990; Keeler et al., 1990; Kosecoff et al., 1990; Rogers et al., 1990; Rubenstein et al., 1990) voerden in de Verenigde Staten een grootschalige evaluatie uit over de effecten van de op "Diagnosis Related Grouping" (DRG) gebaseerde prospectieve financiering (PPS) op de kwaliteit van zorgen voor gehospitaliseerde Medicare-patiënten. De studie vergeleek de situatie vóór (periode 1981-1982) en na (periode 1984 en 1985) de introductie van PPS, waarbij ziekenhuizen een forfaitaire vergoeding kregen voor elk van de ongeveer 470 DRG's.

De studie vond heel geruststellende effecten met betrekking tot de kwaliteit van de verstrekte zorg onder PPS. Gegevens over het verzorgingsproces en de 30-dagen- en 180-dagen-overleving, suggereren veeleer dat er kwaliteitsverbetering optrad. Het aantal heropnames bleef onveranderd. Anderzijds was er wel een verhoging (van 15% naar 18%) van het aantal patiënten dat in onstabiele toestand uit het ziekenhuis ontslagen werd, alsook een stijging van het aantal patiënten dat doorverwezen werd naar verzorgingstehuizen. Dit komt overeen met de resultaten van Sager et al. (1989), die vaststelden dat er een verschuiving was van terminaal zieke patiënten uit het ziekenhuis naar een verpleegtehuis, en daarmee samenhangend een verschuiving in de plaats van overlijden. De studies suggereren, m.a.w., dat de kwaliteit van de verzorging niet aangetast werd door de veranderde financiering, maar dat de verzorging wel enigszins verschoven wordt naar andere verstrekkers. Hoewel de schaal van de studie erg groot is en de analyse methodologisch verantwoord, kunnen de bevindingen niet exclusief verklaard worden door de invoering van PPS. Het betreft immers een vergelijking vóór en na introductie van PPS; andere factoren kunnen in de betreffende tijdsspanne eveneens veranderd zijn en de relatie verstoren. Een tweede bedenking heeft betrekking op de financiële druk die uitgaat van het forfaitaire bedrag. Die was in de beginperiode nog beperkt, maar is nadien veel verstrengd.

Effecten in de eerstelijnszorg zijn nog minder bestudeerd, maar gaan in dezelfde richting. In Kopenhagen bijvoorbeeld leidde de introductie van een gemengd financieringssysteem in een experimentele groep t.o.v. forfaitaire financiering in de controlegroep, tot meer contacten en minder doorverwijzingen (Krasnik et al., 1990).

Heel wat auteurs achten het daarom wenselijk om een gemengde financiering te introduceren (Kesteloot, 1998; Ellis, 1998). Deze kan samengaan met een zekere kwaliteitscontrole. Men mag echter niet alles over-

laten aan de kwaliteitscontrole. Zoals Newhouse (1996) stelt kan deze controle selectiviteit in de hand werken: naar patiënten en activiteiten waarvan men verwacht dat ze goed zullen scoren. De financiële verantwoordelijkheid van de verstrekkers beïnvloedt de afruil tussen selectie en kwaliteit en efficiëntie in productie en betaalbaarheid.

Besluit

In België is er, net als in de andere landen, een continue stijging van de gezondheidszorguitgaven. Het aandeel van ons BNP dat gebruikt wordt om medische zorg te financieren neemt steeds toe. In 1997 spenderen we al 7,6% van het BNP of 660 miljard BEF aan medische zorg. Ingrepen in het financieringsmechanisme worden naar voren geschoven om de betaalbaarheid te behouden.

Bij de financiering van medische zorg worden evenwel meerdere doelstellingen nagestreefd: efficiëntie, kwaliteit, billijkheid. De beste van alle werelden is daarbij duidelijk niet bereikbaar en zorgvuldige afwegingen moeten gemaakt worden. Daarvoor wordt het best de financiële verantwoordelijkheid van eenieder aangesproken. Empirisch is vastgesteld dat eigen bijdragen van de consument de beslissing om medische zorg te consumeren beïnvloeden. Weliswaar kunnen de kosten ervan voor sommige patiënten zwaar doorwegen. *Cost-sharing* aan de zijde van de vraag houdt een afruil in tussen risico-aversie en billijkheid aan de ene kant en *moral hazard* en betaalbaarheid aan de andere kant. Eveneens is vastgesteld dat financiële verantwoordelijkheid bij de aanbieders (verzekeraars en verstrekkers) de intensiteit en de kosten van de medische behandeling beïnvloedt, maar gevaren inhoudt voor selectiviteit en kwaliteit. De mate van *cost-sharing* aan de zijde van het aanbod houdt een afruil in van verstrekkers en verzekeraars tussen selectie en kwaliteit enerzijds en efficiëntie in productie en betaalbaarheid anderzijds. Zoals Newhouse (1996) stelt is het optimaliseren van beide *trade-offs* erg belangrijk. Het is dan ook onvermijdelijk dat op maatschappelijk niveau keuzes gemaakt zullen moeten worden. Deze overstijgen echter de economische analyse, om hun plaats te vinden op het terrein van ideologie en politiek. De economische analyse is hierbij dan een toetssteen om de haalbaarheid van de verschillende alternatieven in te schatten, maar kan onmogelijk uitmonden in een ondubbelzinnige keuze voor een welbepaald organisatie-model van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Onze

bijdrage bestaat erin, zo hopen wij althans, de belangrijkste elementen en redeneringen van een dergelijke economische analyse voorgesteld en besproken te hebben.

Bibliografie

- ARROW, K.J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, jg. 53, nr. 5.
- BLOMQUIST, A.G. en R.A.L. CARTER (1997), "Is health care really a luxury?", *Journal of Health Economics*, jg. 16, blz. 207-229.
- CLOSON, M.-C. (1998), *Financiering van de gezondheidszorg in België*, in: L. ANNE-MANS en R. CROTT, eds.
- CULLIS, J.G. en P.A. WEST (1979), *The economics of health: an introduction*, Aldershot, Gregg Revivals.
- DRAPER, D., K. KAHN, E. REINISCH et al. (1990), "Studying the Effects of the DRG-based Prospective Payment System on Quality of Care: Design, sampling and fieldwork", *Journal of the American Medical Association*, 294(15), blz. 1956-1961.
- ELLIS, R. (1998), "Creaming, Skimping and Dumping: provider competition on the intensive and extensive margins", *Journal of Health Economics*, 17(5), blz. 537-555.
- HANSEN, P. en A. KING (1996), "The determinants of health care expenditures: A cointegration approach", *Journal of Health Economics*, jg. 15, blz. 127-137.
- HILL, J. en R. BROWN (1990), *Biased Selection in the TEFRA HMO/CMP Program*, Princeton, Mathematica Policy Research.
- KAHN, K., L. RUBENSTEIN, D. DRAPER, J. KOSECOFF, W. ROGERS, E. KEELER en R. BROOK (1990), "The effects of the DRG-based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients: An introduction to the series", *Journal of the American Medical Association*, 294(15), blz. 1953-1955.
- KAHN, K., W. ROGERS, L. RUBENSTEIN et al., "Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-based Prospective Payment System", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1969-1973.
- KAHN, K., E. KEELER, M. SHERWOOD et al. (1990), "Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG-based Prospective Payment System", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1984-1988.
- KEELER, E., K. KAHN, D. DRAPER et al. (1990), "Changes in Sickness at Admission Following the Introduction of the Prospective Payment System", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1962-1968.
- KESTELOOT, K. (1998), "Nieuwe financieringsvormen voor ziekenhuisactiviteiten", *Acta Hospitalia*, 38(2), blz. 83-88.
- KOSECOFF, J., K. KAHN, W. ROGERS et al. (1990), "Prospective Payment System and Impairment at Discharge: The 'Quicker-and-Sicker' Story Revisited", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1980-1983.
- KRASNIK, A., P.P. GROENEWEGEN, P.A. PEDERSEN, P. VAN SCHOLTEN, G. MOONEY, A. GROTTSCHAU, H.A. FLIERMAN en M.T. DAMSGAARD (1990), "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice", *British Medical Journal* 300, blz. 1698-1701.
- LUFT, H.S. (1981), *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, New York, John Wiley & Sons.
- MCCOSKEY, S.K. en T.M. SELDEN (1998), "Health care expenditures and GDP: panel data unit root test results", *Journal of Health Economics*, jg. 17, blz. 369-376.
- MANNING, W.G., A. LEIBOWITZ, G.A. GOLDBERG, W.H. ROGERS, J.P. NEWHOUSE (1984), "A controlled trial", *New England Journal of Medicine*, 7, 310(23), blz. 1505-1510.
- MILLER, R. en H. LUFT (1994), "Managed care plan performance since 1980: a literature analysis", *Journal of the American Medical Association*, 271, blz. 1512-1519.
- MOONEY, G. (1994), *Key issues in health economics*, New York, Harvester Wheatsheaf.
- NEWHOUSE, J.P. en de Insurance Experiment Group (1993), *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, Harvard University Press.
- NEWHOUSE, J. (1996), "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection", *Journal of Economic Literature*, jg. 34, blz. 1236-1263.
- OECD, *Health Data 1998: A Comparative Analysis of 29 Countries*.
- RICE, T. (1998), *The economics of health reconsidered*, Chicago, Health Administration Press.
- ROGERS, W., D. DRAPER, K. KAHN et al. (1990), "Quality of Care Before and After Implementation of the DRG-based Prospective Payment System: A summary of effects", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1989-1994.
- RUBENSTEIN, L., K. KAHN, E. REINISCH et al. (1990), "Changes in Quality of Care for Five Diseases Measured by Implicit Review, 1981 to 1986", *Journal of the American Medical Association*, 264(15), blz. 1974-1979.
- SAGER, M., D. EASTERLING, D. KINDIG en O. ANDERSON (1989), "Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System: A national study", *The New England Journal of Medicine*, 320(7), blz. 433-444.
- SALTMAN, R. en J. FIGUERAS (1997), *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*, WHO Regional Publications, European Series, nr. 72.
- SCHOKKAERT, E. en P. KESTENS (1996), *Normuitgaven voor de Belgische Ziekenfondsen: de eerste fase*, Openbare Uitgaven - Stichting Instituut Onderzoek Overheidsuitgaven, 28 (4), blz. 195-204.
- Socialistische Mutualiteit (1998), *Strijden voor een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg*.
- TORMANS, G. en I. LEUS (1997), *De sociale franchise bij de leden van de Christelijke Mutualiteiten: Een stand van zaken op 1 november 1997*, LCM, 41 blz.
- VAN DE VEN W.P. (1985), "De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidsvoorzieningen", *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, jg. 63, nr. 1.
- VAN WINCKEL, H., K. VERSIECK en J. BOLY (1997), "Welk prijskaartje voor de verzorging van chronisch zieken?", *M-informatie*, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, nr. 178, blz. 2-12.

VICK S. en A. SCOTT (1998), "Agency in health care: Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship", *Journal of Health Economics*, 17 (5), blz. 587-605.

WAGSTAFF, A., E. VAN DOORSLAER, H. VAN DER BURG, S. CALONGE, T. CHRISTIANSEN et al. (1999), "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics*, 18(3), blz. 263-394.

Abstract

Affordable Health Care and Financial Responsibility

In Belgium, just as in most other Western countries, there is a continuous growth of health care expenditures. The share of GDP spent on health care increases almost yearly. In 1997 we already spent about 660 billion BEF, or 7.6% of our GDP on health care. Although our position is still reasonable in comparison with other Western countries, this evolution asks for interventions: how will further increases be financed and how will we get them under control? The article offers a selective review of the most important economic insights with respect to the effects of financial responsibility in the health care sector, illustrated with some empirical findings.

There is empirical evidence that patient copayments influence the patient's decision to consume health care. However, uncertainty and the highly skewed distribution of illness can contribute to a situation where high copayments are unaffordable for some patients. Cost-sharing on the side of the patient implies a trade-off between risk aversion and equity on the one hand and moral hazard and overall affordability on the other hand. There is evidence as well that financial responsibility on the side of the provider or insurer influences efficiency, intensity and cost of medical treatment, but also endangers universal access and quality. The degree of cost sharing by suppliers implies a trade-off between selectivity and quality, on the one hand, and efficiency in production and overall affordability, on the other hand. The optimisation of both trade-offs is very important. Economic insight, in addition to social acceptability and political feasibility should guide concrete measures.

Ludo Cuyvers *

Publieke exportkredietverzekering in België: een eerste analyse van regionale en sectorale verschillen

Trefwoorden: buitenlandse handel; kredietverzekering; regionalisering

De Nationale Delcrederedienst (NDD) verzekert Belgische exporteurs tegen het politieke en commerciële risico van hun exporttransacties. Het is een van de weinige instellingen voor de exportbevordering in België die niet werden geregionaliseerd. Omdat er in de pers of elders geregeld oproepen opduiken tot verdere regionalisering, ook van deze instelling, analyseert dit artikel of er daarvoor redenen zijn. Met het oog op die analyse wordt de regionale en sectorale verdeling van de kredietverzekering door de NDD onder de loep genomen op basis van 1018 verzekerde exporttransactiedossiers uit de periode 1995-1997. Deze verdelingen worden getoetst op significante afwijkingen van de regionale en sectorale verdeling van de Belgische export. Ook wordt getoetst of de grootte van de betrokken ondernemingen significant tussen de Belgische regio's afwijkt.

* Universiteit Antwerpen (RUCA), Faculteit Toegepaste Economische Wetenschappen. Wij zijn dank verschuldigd aan Jan-Bart Verlinden en Michel Dumont voor hulp bij de gegevensverzameling en -verwerking. Tevens danken wij Geert Mareels en twee anonieme referenten voor commentaar op een vroegere versie.