

CONCURRENTIE EN PRIVATISERING IN DE ZIEKTEVERZEKERING: VOORBIJ DE CLICHES

***Erik Schokkaert
Carine Van de Voorde***

Inleiding

Enkele “representatieve” uitspraken:

- “België heeft het beste gezondheidszorgsysteem ter wereld. De kwaliteit van de zorgverlening is hoog, de toegankelijkheid en de solidariteit zijn tot nu toe gegarandeerd en de uitgaven zijn niet hoger dan elders. Deze verworvenheden worden echter bedreigd door een tendens tot privatisering en managed care. De introductie van concurrentie zal ons in Amerikaanse toestanden doen belanden.”
- “België kampt met een groot probleem in de overheidsfinanciën. De belasting op arbeid moet dringend naar beneden. Daarvoor moeten ook de uitgaven beter onder controle worden gebracht. Tegen deze achtergrond is de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg onhoudbaar, zeker omdat we kunnen voorspellen dat die in de volgende decennia nog zal versnellen. Er bestaan duidelijke indicaties van inefficiënties in het systeem. Om de overheid te ontlasten en de efficiëntie te verhogen, is een gedeeltelijke privatisering onvermijdelijk en wenselijk.”

Het debat hierrond is ideologisch zwaar geladen en vaak zeer verward. Enkele inleidende opmerkingen om verwarring te verminderen:

- Wat wordt er verstaan onder markt en concurrentie? Ondanks het gering belang van prijsconcurrentie, is er ook nu reeds veel concurrentie aanwezig in het systeem:
 - Patiënten zijn zeer vrij in de keuze van verstrekkers. Verstrekkers zijn zeer vrij in de keuze van behandeling. Uitgesproken kwaliteitsconcurrentie. Maar wat is kwaliteit?
 - Ziekenfondsen concurreren zeer zeker om hun ledenbestand te verhogen. Ideologische bindingen brokkelen af en kwaliteit van dienstverlening wordt belangrijker.

- Wat wordt er verstaan onder *privatisering*?
 - Afbouw van de eerste pijler (verplichte ziekteverzekering) en toename van het belang van aanvullende verzekeringen (wellicht met premies gedifferentieerd op basis van ex ante risico)?
 - Verscherping van de prijsconcurrentie op de markt van gezondheidszorg (tussen geneesheren en ziekenhuizen)?
 - Verhoging van eigen bijdragen van de zieke patiënten (via remgelden en supplementen)?

Uitgangspunten en beperkingen van deze tekst:

- De scherpe stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg is inderdaad een probleem.
- De financiële responsabilisering van de patiënten gaat in België reeds tamelijk ver, en kan niet verder opgedreven worden.
- Bij de uitgavencontrole draait alles rond de responsabilisering van de verstrekkers (geneesheren, ziekenhuizen, farmaceutische sector).

KERNVRAAG: Focus op ziekteverzekering. Wat is de relatie tussen de structuur van het systeem van ziekteverzekering en de responsabilisering van verstrekkers?

CONCLUSIE. Door de concentratie op extreme, eenzijdige en ideologisch gekleurde visies op “markt” en “concurrentie” wordt aan interessante tussenvormen te weinig aandacht besteed. Individuele ziekenfondsen zouden in de verplichte ziekteverzekering complementair aan de overheidstussenkomst een meer actieve rol moeten spelen. Als de aanvullende verzekeringsmarkten verder worden uitgebouwd, moet dit gepaard gaan met intelligente vormen van regulering.

Keuzes zullen mede bepaald worden door ethische uitgangspunten. Ook voor economen is het niet verboden om die in de analyse te betrekken.

Ethische uitgangspunten

De kenmerken/consequenties van verschillende organisatievormen moeten zo nauwkeurig mogelijk worden geanalyseerd, maar uiteindelijk gaat het toch om ethische keuzen:

- VOOR WIE: hoe belangrijk vinden we de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen, onafhankelijk van inkomen/sociale klasse/morbiditeit?
- DOOR WIE: hoe belangrijk vinden we de keuzevrijheid van patiënten en verstrekkers?
- HOEVEEL: hoe belangrijk vinden we gezondheid(szorg) in vergelijking met andere maatschappelijke doelstellingen? (Noteer: sociale ongelijkheden in gezondheid hebben waarschijnlijk niet in de eerste plaats met verschillen in gezondheidszorg te maken.)

Het is onmogelijk uitspraken te doen over de wenselijke financieringstechnieken zonder expliciet *ethische keuzes* te maken. Wij vertrekken van volgende uitgangspunten:

- Om de gelijke toegang te waarborgen, zouden er geen verschillen mogen zijn in de eigen betalingen voor gezondheidszorg tussen mensen die enkel verschillen in kenmerken waarvoor ze zelf niet verantwoordelijk kunnen gesteld worden. Premiedifferentiatie op basis van morbiditeitskenmerken moet dus vermeden worden.
- Om de gelijke toegang te waarborgen, moeten de prikkels voor risicoselectie in het systeem van gezondheidszorg worden geminimaliseerd. Er mag geen verschillende behandeling zijn voor mensen die enkel verschillen voor kenmerken waarvoor ze zelf niet verantwoordelijk kunnen gesteld worden.
- Om deze egalitaire visie te kunnen realiseren, moet er vanzelfsprekend ook gestreefd worden naar efficiëntie. Actoren die op een meer efficiënte wijze gezondheidszorg van dezelfde kwaliteit aanbieden, moeten daarvoor worden beloond.
- Bovendien speelt verantwoordelijkheid een grote rol in ons denkkader. Verschillende ethische benaderingen kunnen op een nuttige wijze van elkaar onderscheiden worden door de verschillende inhoud die ze geven aan het begrip verantwoordelijkheid:
 - Voorbeeld 1: skivakanties en verschillen in levensstijl;
 - Voorbeeld 2: shopping bij verschillende verstrekkers.

Essentieel onderscheid tussen twee manieren om “verantwoordelijkheid” in te voeren. Men kan differentiëren op het moment van behandeling: skiërs (rokers?) zouden dan grotere eigen bijdragen moeten betalen als ze ziek worden. Men kan echter ook differentiëren in de premies: skiërs (rokers?) zouden dan een hogere verzekeringspremie moeten betalen. De tweede aanpak is veel beter te verdedigen dan de eerste.

Drie referentiemodellen

een volledig concurrentiële private verzekeringsmarkt

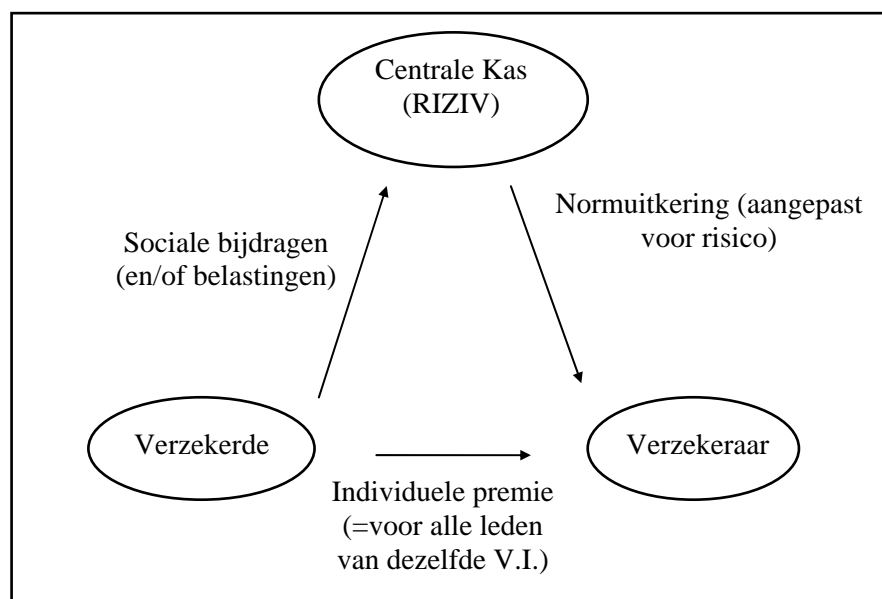
- enkel zwakke solidariteit mogelijk (aanpassing premie aan risico).
- probleem van negatieve selectie.
- meer keuzemogelijkheden voor verzekerden.
- prikkels voor verzekeraars om uitgaven en zorgkwaliteit te controleren - afhankelijk van gedrag/informatie verzekerden.

een volledig gecentraliseerd systeem (type NHS)

- mogelijkheid tot subsidiërende én inkomenssolidariteit.
- geen probleem van negatieve selectie.
- beperkte keuzevrijheid wat betreft verzekering.
- uitgaven- en kwaliteitscontrole door overheid.

de theoretische blauwdruk van gereguleerde concurrentie

- prikkels voor efficiëntie en uitgavencontrole door concurrentie.
- inkomenssolidariteit via centrale kas.
- vermijden risicoselectie door verdeling middelen.



Belangrijke opmerkingen:

- geen enkele van deze systemen komt in de realiteit voor in zijn zuivere vorm.
- de relatie tussen “financiers” (overheid of verzekeraars) en verstrekkers kan verschillende vormen aannemen, variërend tussen twee extremen:
 - integratie van verstrekking en financiering (NHS, HMO’s)
 - verstrekkers gescheiden van financiers.

Dit laatste is het “Belgische” model en we zullen dat verder in deze tekst niet in vraag stellen.

België: een hybride tussenvorm

a) Een hybride en verrassende tussenvorm:

- universele en verplichte ziekteverzekering met een zeer brede dekking, gefinancierd op een inkomenssolidaire wijze;
- uitvoering toch toevertrouwd aan een beperkt aantal mutualiteiten, die grotendeels als een kartel optreden;
- zeer liberaal systeem op de markt van verstrekkingen: grote therapeutische vrijheid voor verstrekkers, grotendeels per prestatie betaald;
- grote vrijheid voor de verzekerden bij de keuze van verstrekker.

b) Concurrentie in de verplichte verzekering?

- voor 1995: *de facto* werden alle uitgaven van de ziekenfondsen terugbetaald: weinig of geen incentieven voor uitgavencontrole en/of risicoselectie;
- vanaf 1995: geleidelijke invoering financiële verantwoordelijkheid. Analoog aan model gereguleerde concurrentie, maar met (i) zeer lage individuele premies; (ii) geen instrumenten voor uitgavencontrole door individuele ziekenfondsen.
- concurrentie op basis van kwaliteit dienstverlening?

c) Concurrentie in de aanvullende verzekeringen (speciaal geval: vrije verzekering voor kleine risico's zelfstandigen)?

- in principe ja- maar verschillende behandeling van private verzekeraars.

d) Resultaten

- niveau van uitgaven: gemiddeld; gezondheidsresultaten: gemiddeld;
- tevredenheid van de bevolking zeer groot.

e) Hoe is dat mogelijk?

- overletraditie en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid (akkoorden artsen/ziekenfondsen);
- “ethische” factoren (historische achtergrond mutualiteiten).

Recente evoluties: voorbij de clichés naar concrete vragen

1) Sterke stijging van de uitgaven – reacties van de bevolking?

- Zoals overal is de uitgavenstijging in de eerste plaats gedreven door de technologische vooruitgang (in interactie met vergrijzing).
- Belgische uitgaven sterker gestegen dan in andere landen, zeker gedurende de laatste jaren.
- Opvallend: bevolking heeft daartegen NIET geprotesteerd. De “populariteit” van het systeem van ziekteverzekering blijft groot.

Hoe vertalen we deze bereidheid tot betalen in een economisch verantwoorde organisatie?

2) Sluipende privatisering

- De ontwikkeling van een systeem van gezondheidszorg met twee snelheden is bezig.
- Toename van de remgelden in het laatste decennium (gedeeltelijk opgevangen door MAF). Recent: sterke stijging van de supplementen (die vanzelfsprekend niet door de sociale correctiemechanismen gedekt worden).
- Een grotere rol voor aanvullende (bv. hospitalisatie)verzekeringen. Op dit ogenblik is lidmaatschap van de private aanvullende verzekeringen sterk gerelateerd met socio-economische status.

Hoe moeten deze tendenzen tot privatisering op een ethisch verantwoorde wijze worden gekanaliseerd? Wat is de aangewezen rol voor private verzekeraars?

3) Tendens naar managed care

- Om de stijging van de uitgaven in het verplichte systeem op te vangen is er een tendens tot introductie van technieken van “managed care”. In het verplichte systeem gebeurt dit door de overheid, in de aanvullende verzekeringen door ziekenfondsen en private verzekeraars:
 - Verschuivingen in de richting van prospectieve financiering van verstrekkers en ziekenhuizen.
 - Inkrimping van de “keuzevrijheid”:
 - Introductie van medische guidelines
 - Analyse voorschrijfgedrag en (morele) sancties
 - Globaal medisch dossier en verlaging remgelden
 - Stimuleren generische geneesmiddelen
 - Invoering van meer financiële prikkels
 - Selectieve contractering (in aanvullende verzekering)

- Verdere evolutie in deze richting lijkt onafwendbaar. De echte vraag is niet “voor of tegen managed care”, de echte vraag is:

Wie moet er een actieve rol spelen in de verdere uitbouw van “managed care”?

4) *Toenemende ambiguïteit van de rol van de ziekenfondsen*

- Het belang van de financiële verantwoordelijkheid is doorheen de tijd steeds toegenomen. De ziekenfondsen hebben belang bij een zo hoog mogelijk jaarlijks budget.
- Paradox van de Belgische situatie: wél incentieven voor risicoselectie (mogelijk via aanvullende verzekeringen), nauwelijks individuele instrumenten voor uitgavenbeheersing.
- Toenemende creativiteit en concurrentie in de aanvullende verzekeringen. Groeiende aanwijzingen voor risicoselectie.
- Toename van de kartelvorming in de verplichte ziekteverzekering.

Welke rol moeten de ziekenfondsen spelen in de regulering van de uitgaven?

Naar een meerpilarsysteem?

Volgens de gewone stereotypes wordt er gesproken over een eerste overheidsgestuurde pijler zonder concurrentie en een tweede geprivatiseerde pijler die werkt volgens marktprincipes. In de realiteit is er een continuüm van mogelijkheden. Hierin liggen mogelijkheden voor een meer flexibele organisatie.

EEN GROTERE REGULERENDE ROL VOOR DE ZIEKENFONDSEN IN DE EERSTE PIJLER

- Op dit ogenblik gebeurt de regulering van de uitgaven door de overheid en via relatief ingewikkelde overlegprocedures. Indien deze regulering in de toekomst niet op een meer efficiënte wijze kan gebeuren, zal de sluipende privatisering zich waarschijnlijk doorzetten. Dit is volgens ons een doemscenario.
- De ziekenfondsen beschikken over de beste informatie en staan dicht bij de verschillende actoren in het veld. Ziekenfondsen zijn goed geplaatst om een creatieve bijdrage te leveren bij de beheersing van de uitgaven. Nu gebruiken ze hun creativiteit vooral om te concurreren in de aanvullende verzekeringen, waar die ook zou kunnen worden aangewend in de verplichte verzekering. Dit impliceert dat individuele ziekenfondsen meer instrumenten moeten krijgen voor uitgavenbeheersing:
 - Informatie met daaraan gekoppeld incentieven voor verstrekkers.
 - Selectieve contractering? Verschillende polissen afhankelijk van de aanvaarding door de patiënten van keuzebeperking?
- Dit vereist wellicht ook dat het relatieve belang van de individuele premie in de financiering stijgt.
- Private verzekeraars toelaten indien ze de spelregels aanvaarden? Voorzichtigheid aangewezen. Het belang van de ideologische achtergrond van de ziekenfondsen moet niet lichtvaardig worden weggewuifd. Het concurrentiediscours zal in België niet werken.
- Waar begint de solidariteit en eindigt de individuele verantwoordelijkheid? Waar de gemeenschap oordeelt dat mensen zelf verantwoordelijk zijn, zou er kunnen gedacht worden aan gedifferentieerde polissen (risicogedrag, medical shopping). Kan dat in de eerste pijler?

WAAROM EEN TWEDE PIJLER? OF: MOET HET BASISPAKKET IN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING WORDEN VERMINDERD?

- Zal een verschuiving van de eerste naar de tweede pijler inderdaad leiden tot een vermindering van de arbeidskost? Het meest populaire argument, maar wellicht niet het meest overtuigende.

- In de tweede pijler wordt ruimte gecreëerd voor meer flexibiliteit en voor meer keuzevrijheid van de verzekerden.
- De aanvullende verzekeringen kunnen ook fungeren als “proeftuin” voor de verplichte verzekering.
- Subsidiërende en inkomenssolidariteit zullen in de tweede pijler onder druk staan of onmogelijk worden. Een grotere tweede pijler creëert ook bijkomende mogelijkheden voor risicoselectie – met implicaties voor de eerste pijler.
- Gevaar van uitholling van het politieke draagvlak voor het systeem van universele ziekteverzekering?

MEER REGULERING IN DE TWEEDE PIJLER?

In de tweede pijler kunnen elementen van “gereguleerde concurrentie” worden ingebouwd:

- Verplichte verzekering om negatieve selectie te vermijden.
- Beperking van de mogelijkheden tot premiedifferentiatie. Noodzaak van “risk adjustment”?
- Beperking van de mogelijkheden tot polisdifferentiatie.
- Invoering van pooling-systemen voor moeilijk verzekerbare risico’s.

GRENZEN VAN DE EERSTE PIJLER

- Verschillende invullingen van het concept verantwoordelijkheid zullen tot verschillende opvattingen leiden over de afbakening van het pakket in het verplichte overheidssysteem (wensgeneeskunde). Overigens is ook “verantwoordelijkheid” geen wit-zwart-onderscheid.
- De grenzen van de eerste pijler zullen mede bepaald worden door de mate van regulering van de tweede pijler en vice versa. In onze rechtvaardigheidsopvatting zal een ongereguleerde tweede pijler noodzakelijkerwijze beperkt moeten blijven. Het wordt dan des te belangrijker om in de eerste pijler de uitgaven onder controle te houden. Een meer gereguleerde tweede pijler kan omvangrijker zijn en kan bijkomende dynamiek in het systeem brengen.

En de defederalisering dan?

- Het vraagstuk van de defederalisering van de gezondheidszorg duikt steeds weer op in elke discussie over de financiering.
- ZWAKKE ARGUMENTEN:
 1. *regionale uitgavenverschillen*. Regionale verschillen in praktijkvoering komen voor in alle landen. Wanneer op een verstandige wijze incentieven voor efficiëntie in het systeem worden ingevoerd, zal potentiële overconsumptie automatisch worden afgestraft.
 2. *homogene bevoegdheidspakketten*. Homogeniteit kan ook bereikt worden door sommige bevoegdheden opnieuw te centraliseren.
- Wat met *regionale verschillen in opvattingen over concrete beleidsmaatregelen*? Enerzijds is het precies de bedoeling van het politieke systeem om compromissen te bereiken wanneer er in een samenleving verschillende opvattingen leven. Anderzijds echter is er een reëel probleem wanneer in verschillende regio's fundamenteel verschillende opvattingen leven over de basisstructuur van het systeem, omdat dan het besluitvormingsproces wordt geblokkeerd en noodzakelijke hervormingen worden uitgesteld. Dit lijkt nu ten dele het geval te zijn. Als deze blokkering niet wordt doorbroken, is splitsing op langere termijn onvermijdelijk.
- MAAR:
 - De discussie over de splitsing kan onmogelijk los gezien worden van de discussie over de algemene structuur van het systeem van gezondheidszorg. Aan beide zijden van de taalgrens wordt nog steeds hoofdzakelijk gedacht in termen van een "sterkere" overheid. Indien evolutie naar meer instrumenten voor de ziekenfondsen: probleem van marktmacht?
 - Het is in onze opvatting essentieel om de solidariteit in de financiering te bewaren. Een mogelijk model zou dan kunnen zijn (meer details in Schokkaert en Van de Voorde, 1998):

