

Erasmus



DR. W.P.M.M. VAN DE VEN

**SOCIALE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
en
DOELMATIGHEID**

Rotterdam, oktober 1987

**SOCIALE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
en
DOELMATIGHEID**

REDE

uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder
hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, vanwege de Vereniging van
Nederlandse Ziekenfondsen, in de Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam
op donderdag 15 oktober 1987 door

door

dr. W.P.M.M. van de Ven

Rotterdam, oktober 1987

Mijnheer de Rector Magnificus,
 Zeer gewaardeerde toehoorders,

INLEIDING¹

Op 26 maart jongstleden heeft de door de Regering ingestelde Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg haar eindrapport uitgebracht, getiteld „Bereidheid tot verandering”². Deze commissie, die onder voorzitterschap stond van prof. dr. W. Dekker, was gevraagd te adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling in de gezondheidszorg, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en tot deregulering. In het rapport worden een aantal revolutionaire voorstellen tot veranderingen in de gezondheidszorg gedaan. De commissie zelf beschouwt een ingrijpende herziening van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen als de kern van haar advies (pag. 11). Het zal u daarom niet verbazen dat ik in deze rede, waarbij ik het ambt van bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aanvaard, aandacht zal besteden aan de voorstellen van de genoemde Commissie-Dekker.

Alvorens dit te doen, wil ik echter een aantal essentiële aspecten betreffende ziektekostenverzekeringendeconsequen-

ties hiervan met u bespreken. Uitgangspunt bij mijn betoog is dat ziektekostenverzekering op tenminste drie belangrijke punten verschilt van andere vormen van schadeverzekeringen, zoals auto-, brand- en diefstalverzekering. Deze verschillen blijken vergaande consequenties te hebben.

Allereerst is het zo dat het bij ziektekostenverzekeringen vrijwel onmogelijk is een relatie te leggen tussen de te betalen premie en de preventieve activiteiten die een verzekerde kan ondernemen om de kans te verminderen dat een beroep op de verzekering wordt gedaan. Bij andere vormen van verzekeringen is het niet ongebruikelijk om premiekorting te verlenen indien de verzekerde maatregelen heeft genomen op het terrein van bijvoorbeeld brand- en inbraakpreventie. Voor ziektekostenverzekeraars is het in het algemeen echter moeilijk te controleren of preventieve activiteiten met betrekking tot de gezondheid al dan niet plaatsvinden.

Een tweede belangrijk verschil tussen ziektekostenverzekering en andere vormen van schadeverzekeringen is de grondslag op basis waarvan uitkeringen aan de verzekerden worden gedaan. Vanwege de onzekerheid bij het stellen van een diagnose in geval van ziekte en vanwege het sterk stochastische karakter van de

1. Met dank aan Ida Tangelder, A.F. Casparie, H. Kemna, R.M. Lapré, F.T. Schut en M.M. Veering voor hun waardevolle opmerkingen en Diana Mooy en de afdeling tekstverwerking van de VNZ voor het snelle en kundige uittypen van de tekst. Uiteraard is geen van hen verantwoordelijk voor de inhoud van deze rede. Het schrijven van de hier afgedrukte rede, die gedeeltelijk is gebaseerd op Van de Ven (1987), is afgesloten op 1 oktober 1987.
2. Bereidheid tot verandering, advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

totale kosten van medische behandeling is het voor ziektekostenverzekeraars in het algemeen moeilijk – om in termen van verzekeraars te spreken – „de schade te taxeren”. Uitkering door ziektekostenverzekeraars vindt derhalve in het algemeen niet plaats, zoals gebruikelijk bij brand- en inbraakverzekeringen, op basis van de getaxeerde schade en ongeacht of de „schade al dan niet wordt hersteld”, maar op basis van de werkelijk gemaakte kosten van medische behandeling. De omvang van de uitkering door de verzekeraar hangt derhalve in belangrijke mate af van de gezamenlijke beslissingen van de consument en de producent van medische diensten.

Een derde belangrijk verschil is dat ziektekostenverzekering een terrein betreft waar de Overheid vanwege het grondrecht inzake de volksgezondheid bijzondere verplichtingen heeft. Artikel 1.22 van de Grondwet luidt: „De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”. Dit brengt met zich mee dat ziektekostenverzekering in belangrijke mate gezien wordt als een onderdeel van het sociale zekerheidssysteem en dat ten aanzien van de markt voor ziektekostenverzekeringen bijzondere vormen van regulering nodig zijn, welke niet gelden voor andere vormen van schadeverzekeringen.

De twee eerst genoemde verschillen leiden ertoe dat in geval van ziektekostenverzekering de kans op zogenaamde „moral hazard” groter is dan bij andere vormen van schadeverzekeringen. *Moral hazard* kan, in de context van ziektekostenverzekeringen, worden omschreven als het „gebruik maken of verschaffen van extra veel of extra dure medische diensten, veroorzaakt door het feit dat de verzekering (een gedeelte van) de kosten vergoedt”. Gevoegd bij het feit dat ziektekostenverzekering in belangrijke mate het karakter van een sociale verzekering heeft en de premies uit collectieve middelen worden gefinancierd, noopt dit tot extra alertheid om verspillingen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk tegen te gaan.

In deze rede zal ik enkele beschouwingen wijden aan bovengenoemde aspecten van ziektekostenverzekering. Allereerst zal ik met u nagaan hoe de wijze waarop aan ziektekostenverzekering vorm wordt gegeven, kan bijdragen aan doelmatig handelen in de gezondheidszorg³ en zodoende kan bijdragen aan het reduceren of voorkomen van moral hazard. Verder zal ik ingaan op de vraag welke regulering er nodig is alvorens van een „sociale ziektekostenverzekering” kan worden gesproken.

3. Onder doelmatig handelen in de gezondheidszorg versta ik het verkrijgen van een bepaalde kwaliteit gezondheidszorg tegen zo laag mogelijke kosten. Het tegengaan van verspillingen en onnodige uitgaven vergroot derhalve de doelmatigheid.

MORAL HAZARD

De bijdrage die vanuit de ziektekostenverzekering kan worden geleverd aan het reduceren van moral hazard bestaat uit het beperken van het recht op volledige vergoeding van ziektekosten. Met andere woorden, in bepaalde gevallen moet de verzekerde zelf (bij)betalen. „Volledig verzekerd zijn tegen ziektekosten” omvat in het algemeen twee belangrijke aspecten, namelijk „volledige vergoeding van alle ziektekosten” en „vrije keuze van zorgverlener”. Deze twee aspecten leiden tot twee verschillende strategieën om vanuit de ziektekostenverzekering moral hazard te reduceren, te weten betalingen door de verzekerden die gekoppeld zijn aan bepaalde *verstrekkingen* of betalingen die gekoppeld zijn aan bepaalde *zorgverleners*⁴. In het eerste geval is sprake van „*eigen betalingen*”. De verzekerde moet dan zelf een gedeelte van bepaalde onder de verzekeringsdekking vallende verstrekkingen betalen, bijvoorbeeld f 2,50 eigen bijdrage per voorschift medicijnen of f 25,— per verwijskaart naar de specialist. In het tweede geval zou ik willen spreken van „*zorgverlener-gebonden polisissen*”. Hierbij worden de verzekerden via de polisvoorwaarden gestimuleerd van bepaalde, door de verzekeraar gecontracteerde zorg-

verleners gebruik te maken. Beide strategieën zullen worden besproken en vervolgens met elkaar worden vergeleken.

Eigen betalingen

In 1969 constateerde de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad dat over het effect van eigen betalingen op dat ogenblik niets met enige zekerheid was te zeggen, aangezien voldoende ervaring en de benodigde gegevens in binnen- en buitenland ontbraken⁵. Sindsdien is onze kennis hieromtrent aanzienlijk toegenomen. Niettemin is het antwoord op een aantal beleidsrelevante vragen nog onbekend. De meest gedegen en ook de meest gezaghebbende studie naar de effecten van eigen betalingen is het ziektekostenverzekering experiment, dat gedurende de periode 1974-1982 door de RAND-Corporation, een onafhankelijk en particulier onderzoeksinstituut, in de Verenigde Staten is uitgevoerd. Aan dit grootschalige sociaal experiment hebben ca. 7700 personen jonger dan 62 jaar deelgenomen: 70% voor de duur van 3 jaar en 30% gedurende 5 jaar⁶.

Een eerste belangrijke conclusie op basis van het RAND-ziektekostenverzekering experiment is dat de totale ziektekosten in geval van een inkomensafhankelijk hoog eigen risico⁷ *ceteris paribus*⁸ 31%

4. Onder zorgverleners wordt hier ook zorgverlenende instellingen verstaan.
5. Rapport van de Commissie Verstrekkingen inzake eigen risico's in de ziekenfondsverzekering: uitgave van de Ziekenfondsraad, 1969, nr.7 (pag. 12).
6. Voor een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen en opzet van het experiment zie Newhouse (1974) en Van de Ven (1982).
7. Met een maximum van 1000 dollar per gezin per jaar.
8. Dat wil zeggen: onder gelijkhouding van de overige relevante factoren.

lager waren dan in geval van een volledige verzekering (Newhouse et al, 1981). Het effect van de aan het inkomen gerelateerde eigen betalingen was voor verschillende inkomensgroepen gelijk. De onderzoekers verbinden hieraan de conclusie dat eigen betalingen, die niet aan het inkomen gerelateerd zijn, bij de lagere inkomens een grotere consumptie reducerend effect zouden hebben gehad dan bij de hogere inkomens.

Een tweede belangrijke conclusie is dat de bevindingen van het experiment een duidelijke aanwijzing zijn, dat het introduceren van eigen betalingen voor niet-klinische hulp bij verzekerden die voorheen volledig verzekerd waren, – althans in de Amerikaanse context – kan leiden tot zowel minder niet-klinische als minder klinische hulp, en derhalve ook tot minder totale ziektekosten.

Een derde belangrijke conclusie uit het RAND experiment is dat het verminderde gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen als gevolg van de eigen betalingen, geen significant effect heeft gehad op de meeste in het onderzoek gehanteerde indicatoren van de gezondheidstoestand van de consument. Voor de gemiddelde deelnemer, voor diverse inkomensgroepen en voor groepen die verschilden wat betreft de gezondheidstoestand in de beginsituatie werden geen significante effecten waargenomen op acht van de tien indicatoren van gezondheid (Brook e.a. 1983)⁹.

De onderzoekers concluderen dat gratis medische hulp – in vergelijking met de polissen mét eigen betalingen – geen effect heeft gehad op gezondheidsgedrag geassocieerd met het krijgen van kanker en hart- en vaatziekten (roken, overgewicht en cholesterolgehalte). Ook is geen effect van gratis medische hulp waargenomen op vijf indicatoren van de perceptie van de gezondheidstoestand. De onderzoekers stellen dat de gezondheidswinst bij kleine groepen als gevolg van gratis medische zorg op een meer kosten-effectieve wijze zou kunnen worden bereikt door gerichte programma's, zoals hoge bloeddruk-controle en screeningsprogramma's, dan door gratis medische zorg aan te bieden.

Behalve het RAND-ziektekostenverzekering experiment zijn een groot aantal andere studies verricht naar het effect van eigen betalingen. Op basis van deze studies mag eveneens worden geconcludeerd dat een stijging van de directe prijs die de consument voor medische hulp moet betalen („eigen betaling”) ceteris paribus leidt tot een vermindering van het gebruik van de betreffende vorm van medische hulp¹⁰. Er zijn veel aanwijzingen dat dit effect groter is naarmate het inkomen lager is, en naarmate de medische hulp minder urgent is.

Met betrekking tot de *beleidsrelevantie* van bovengenoemde bevindingen is het

9. Voor slechtzienden en voor personen uit de lage inkomensgroepen met hoge bloeddruk heeft gratis hulp wel een gunstig effect gehad.
10. Voor een overzicht van deze studies zie bijv. Newhouse (1978) en Van de Ven (1980).

van belang een aantal zaken niet uit het oog te verliezen¹¹. Een eerste aandachtspunt is het onderscheid tussen het *partiele* effect en het *totale* effect. Het *partiele* effect is het effect onder gelijkhouding van alle overige relevante factoren („*ceteris paribus*”), zoals bijvoorbeeld in het RAND-ziektekostenverzekeringexperiment. Een belangrijke vraag is echter: Blijft na invoering van eigen betalingen in een niet-experimentele situatie al het overige wel gelijk? Hoe zullen de aanbidders van zorg reageren indien hun inkomen daalt door een verminderde medische consumptie als gevolg van de eigen betalingen?¹² Met andere woorden: in hoeverre zijn experimentele resultaten richtinggevend voor de gevolgen van het invoeren van eigen betalingen op grote schaal in niet-experimentele situaties?

Een tweede aandachtspunt bij de interpretatie van bovenvermelde onderzoeksresultaten is dat eigen betalingen leiden tot een reductie van de *betreffende* vorm van medische hulp. Het effect van eigen betalingen op de *totale* kosten van gezondheidszorg kan echter ongunstig worden beïnvloed door het optreden van *ongewenste substitutie*: goedkope, niet-verzekerde hulp wordt vervangen door dure, wel-verzekerde hulp. Iemand die bijvoorbeeld niet is verzekerd voor huisartsenhulp, maar wel voor specialistenhulp, heeft er belang bij om zodra hij medische hulp nodig heeft, door de specialist in plaats van door de huisarts te

worden behandeld. Een ander voorbeeld is taxi-vervoer dat niet (volledig) is verzekerd en ambulancevervoer, waarvoor dit wel geldt.

Een derde aandachtspunt bij de interpretatie van effecten van eigen betalingen is de mogelijkheid van zogenaamde *interactie-effecten*, dat wil zeggen dat het effect van eigen betalingen afhankelijk is van de „overige omstandigheden” (bijvoorbeeld, de structuur en organisatie van de gezondheidszorg, van de honoringswijze van artsen, of van de mate waarin protocollaire geneeswijzen worden beoefend).

Tot slot is het goed erop te wijzen dat tot nu toe alleen is gesproken over de effecten van eigen betalingen. Niet is ingegaan op de wenselijkheid van eigen betalingen; en ook niet op de effectiviteit van eigen betalingen ten opzichte van andere methoden tot kostenbeheersing. Op dit laatste zal ik nog terugkomen.

Zorgverlener-gebonden polissen

De tweede strategie om vanuit de ziektekostenverzekering een bijdrage te leveren aan het reduceren van moral hazard heb ik kortweg aangeduid met de term „zorgverlener-gebonden polissen”. De verzekeraars stellen zich hierbij namens hun verzekerden actief op als kostenbewuste kopers van gezondheidszorg. Verzekeraars trachten voor hun verzekerden zo goed mogelijke contracten te sluiten

11. Voor een discussie omtrent de beperkte mogelijkheden voor het gebruik van eigen betalingen, zie bijvoorbeeld Barer, Evans en Stoddart (1979) en Enthoven (1980, pag. 32-37).
12. Voor een overzicht van de literatuur met betrekking tot aanbod-geïnduceerde vraag zie Sloan and Feldman (1978).

met de aanbieders van zorg. De verzekerden worden vervolgens gestimuleerd om gebruik te maken van de zorgverleners met wie de verzekeraars een contract hebben gesloten, bijvoorbeeld doordat de kosten voor hulp verleend door de gecontracteerde zorgverleners volledig worden vergoed, terwijl voor hulp verleend door anderen geen of slechts een beperkte vergoeding wordt gegeven. Verzekeraars kunnen in de onderhandelingen met de aanbieders van zorg letten op bijvoorbeeld de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg, de dienstverlening en de prijs van de zorg. Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg kunnen de verzekeraars zich zeer kritisch opstellen en bijvoorbeeld alleen contracten sluiten met zorgverleners die aan nader te specificeren kwaliteitseisen voldoen. Hierbij kan gedacht worden aan zaken zoals intercollegiale toetsing, nascholing, toetsing aangewende middelen, protocollaire geneeswijzen en functionele samenwerking in multidisciplinair groepsverband. Met betrekking tot de prijs van zorg zou onderhandeld kunnen worden over de honoreringsstructuur (betaling per verrichting, abonnement, loondienst, e.d.) en over de hoogte van de vergoeding. Een bonus-regeling gekoppeld aan de totale ziektekosten van de betreffende groep verzekerden, zou het kostenbewustzijn van de aanbieders van zorg kunnen stimuleren. De door de verzekerden te betalen premie reflecteert uiteindelijk het kosten-

genererende gedrag van de betreffende zorgverleners en zal voor zorgverlener-gebonden polissen in het algemeen lager zijn dan voor vergelijkbare traditionele polissen met volledige vrijheid van keuze van zorgverleners¹³. Aldus wordt in een situatie, waarin de verzekerde naast de traditionele polissen ook kan kiezen tussen diverse zorgverlener-gebonden polissen, *de verzekerde beloond om doelmatige zorgverleners te kiezen en worden de aanbieders van zorg beloond voor doelmatig en doeltreffend medisch handelen*. Een belangrijk verschil tussen de eerder besproken strategie van eigen betalingen en de zorgverlener-gebonden polissen is gelegen in de opstelling van de verzekeraars. Bij eigen betalingen stelt de verzekeraar zich voornamelijk op als pure schadeverzekeraar, die zich nauwelijks bemoeit met het proces van zorgverlening. Bij zorgverlener-gebonden polissen is de verzekeraar veeleer te beschouwen als een actief intermediair die zich namens zijn verzekerden opstelt als een kostenbewuste koper van gezondheidszorg, die een zo goed mogelijke prijs-kwaliteit verhouding nastreeft.

Samenvattend blijken er tenminste drie essentiële aspecten betreffende de boven geschetste zorgverlener-gebonden polissen te zijn, te weten:

1. De vergoeding door de verzekeraar aan de verzekerden voor hulp verleend door de gecontracteerde zorgverleners is hoger dan voor hulp ver-

13. Dat wil zeggen volledige vrijheid van keuze van zorgverleners voorzover zij voldoen aan de gebruikelijke vereisten ten aanzien van bevoegdheid en registratie (bijvoorbeeld huisartsen en medische specialisten).

leend door anderen. Indien dit niet zo zou zijn, zouden de verzekerden geen stimulans hebben om gebruik te maken van doelmatige zorgverleners.

2. De verzekerden hebben een keuze tussen een of meer zorgverlener-gebonden polissen en eventueel traditionele polissen met volledige vrijheid van keuze van zorgverlener. Indien de verzekerden geen keuze zou hebben, zou de aanbieder van zorg geen stimulans hebben om zo doelmatig mogelijk te handelen en zo veel mogelijk tegemoet te komen aan de preferenties van de consument.
3. De verzekeraars moeten ten aanzien van de zorgverlener-gebonden polissen de vrijheid hebben te onderhandelen over de inhoud van de contracten (onder andere kwaliteit, dienstverlening en prijs) en al dan niet een contract te sluiten. Veelal zal slechts een deel van de in een regio werkzame zorgverleners voor een bepaalde zorgverlener-gebonden polis worden gecontracteerd.

Voorzover mij bekend bestaan dergelijke zorgverlener-gebonden polissen op dit moment in Nederland niet¹⁴. Voor ervaringen met zorgverlener-gebonden polissen moeten wij daarom over onze landsgrenzen heen kijken.

14. Weliswaar sluiten de Nederlandse ziekenfondsen contracten met zorgverleners in het eigen werkgebied en vergoeden zij in het algemeen slechts de door hen verleende zorg, maar geen van de drie bovengenoemde aspecten is op de ziekenfondsverzekering van toepassing. Voor particuliere ziektekostenverzekeringen in Nederland gelden wel de twee eerstgenoemde aspecten, maar is het derde aspect niet van toepassing. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) beperken de onderhandelingsruimte tussen particuliere verzekeraars en aanbieders van zorg zeer aanzienlijk.

In de Verenigde Staten (V.S.) kent men de zogenaamde Health Maintenance Organizations en de Preferred Provider Organizations. Zoals de meesten onder u wellicht weten, is een *Health Maintenance Organization (HMO)* een organisatie waarbij de rol van verzekeraar en verstrekker van zorg in belangrijke mate samenvallen. HMO-verzekerden betalen een vaste periodieke premie waarvoor zij, zonder dat hiervoor noemenswaardige eigen betalingen vereist zijn, aanspraak kunnen maken op een uitgebreid pakket verstrekkingen. De HMO-verzekerden accepteren een beperkte vrijheid van keuze van zorgverlener. Alleen indien de HMO de benodigde hulp niet zelf kan verlenen, betaalt de HMO de kosten van de door niet-HMO medewerkers verleende hulp. De premie-inkomsten vormen voor de HMO het beschikbare budget. Ten einde kosten-effectief handelen te bevorderen, vormt een stelsel van bonussen, die afhankelijk zijn van het bedrijfsresultaat van de HMO, meestal een onderdeel van de honorering van de HMO-hulpverleners. HMO's moeten concurreren met traditionele ziektekostenverzekeraars voor de werving en het behoud van verzekerden. De verspreiding van de functies van verstrekker en verzekeraar impliceert derhalve dat zowel een goede medische reputatie (goede kwaliteit medische zorg) als lage kosten (ho-

ge efficiëncy) van wezenlijk belang zijn voor de overlevingskansen van een HMO. De tevredenheid bij de consument over de HMO's moge blijken uit de zeer sterke groei van het aantal HMO-verzekerden: in de periode 1970-1986 steeg het aantal HMO-verzekerden van 3 tot 26 miljoen (Enthoven, 1987). De groei van het aantal HMO-verzekerden bedroeg in de afgelopen jaren ruim 20% per jaar.

Een *Preferred Provider Organization (PPO)* is een groep van een beperkt aantal zorgverleners (waaronder artsen en ziekenhuizen) die afspraken maken met verzekeraars of werkgevers over kortingen op hun tarieven. In ruil hiervoor worden de betrokken verzekerden of werknemers aangemoedigd van deze „voorkeur-zorgverleners” gebruik te maken. Dit geschiedt meestal door voor de diensten van deze zorgverleners géén of in verhouding geringe eigen betalingen te vragen. De eerste PPO's zijn opgericht in het begin van de jaren '80. Recentere schattingen (december 1986) spreken van 28 à 30 miljoen PPO-verzekerden (Enthoven, 1987). Hoewel het aantal HMO- en PPO-verzekerden tezamen thans minder dan een kwart van de Amerikaanse bevolking vormt, moet er, gezien de zeer sterke groei, rekening mee worden gehouden dat in het midden van de jaren '90 een ruime meerderheid van de Amerikaanse bevolking bij dergelijke organisaties zal zijn aangesloten.

Bij het bespreken van de Amerikaanse bevindingen met betrekking tot zorgverlener-gebonden polissen zal ik mij hier beperken tot de zogenaamde *Prepaid Group Practices*, de meest voorkomende HMO-vorm¹⁵. De belangrijkste resultaten ten aanzien van dit HMO-type in vergelijking tot de traditionele Amerikaanse gezondheidszorg zijn als volgt:¹⁶

- 10 tot 40% lagere totale ziektekosten per persoon;
- 25 tot 45% minder ziekenhuisverpleegdagen per persoon;
- ongeveer evenveel arts-consulten per persoon;
- tenminste een gelijke kwaliteit van zorg.

Het beschikbare onderzoek wijst op een overeenkomstig gezondheidsrisico tussen beide groepen, zodat de lagere kosten bij HMO's *niet* verklaard kunnen worden uit verschillen in samenstelling van de verzekerden populatie. Als mogelijke verklaringen voor het sterk verlaagde kostenniveau zonder verlies van kwaliteit kunnen worden genoemd: de honoringswijze van artsen, de sluisfunctie van de eerstelijns-artsen, intercollegiale toetsing (dat wil zeggen: overleg over praktijkprofielen), protocollen, het functioneel samenwerken in multidisciplinair groepsverband, de selectie van kostenbewuste artsen en de toetsing aangevende middelen (met name een bewust opname- en ontslagbeleid). Het gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de

15. Voor Nederlandstalige literatuur met betrekking tot PPO's en voor verdere literatuurverwijzingen, zie Schut (1987).

16. Wolinsky (1980), Cunningham en Williamson (1980), Luft (1981), Manning et. al. (1984) en Ware et. al. (1986).

integrale zorgverlening, gegeven een beperkt budget en gegeven de concurrerende omgeving, vormt een belangrijke drijfveer voor het tot stand komen van dergelijk zaken¹⁷.

Een opvallende bevinding bij HMO's is dat voor HMO-verzekerden – anders dan bij de traditionele ziektekostenverzekeringen in de V.S. – vrijwel geen eigen betalingen gelden. Gegeven de eerdere bevindingen met eigen betalingen roept dit de vraag op waarom er ook in HMO's niet is gekozen voor het op grote schaal invoeren van eigen betalingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat eigen betalingen in de HMO-context géén verdere daling van de totale kosten per verzekerde tot gevolg heeft. Een andere mogelijke verklaring is dat eigen betalingen ook in de HMO-context weliswaar tot lagere totale kosten zouden kunnen leiden, maar tevens gepaard zouden gaan met duidelijke negatieve gezondheidseffecten (beide in tegstelling tot in de context van het traditionele gezondheidszorg systeem in de V.S.). Hoewel de verklaringen hypothetisch van karakter zijn, kunnen zij een indicatie vormen dat het effect van eigen betalingen afhankelijk is van de „overige omstandigheden” („interactie-effecten”, zie boven). Op basis van de HMO-bevindingen mag geconcludeerd worden dat de binnen HMO's ontwikkelde mechanismen blijkbaar een effectiever instrument zijn om moral hazard tegen te gaan dan eigen

betalingen. Immers, louter op basis van het feit dat HMO-verzekerden géén eigen betalingen kennen terwijl bij traditionele ziektekostenverzekeringen in de V.S. zeer hoge eigen betalingen gebruikelijk zijn, zou men bij HMO's *hogere* kosten verwachten dan het traditionele systeem in de V.S. In werkelijkheid zijn de kosten per verzekerde bij HMO's ongeveer een kwart lager. Blijkbaar wordt het kostenverhogende effect van het ontbreken van eigen betalingen meer dan gecompenseerd door de binnen HMO's ontwikkelde mechanismen om moral hazard te reduceren. Deze bevindingen suggereren dat kostenbeheersing via de aanbodzijde veel effectiever kan zijn dan kostenbeheersing via de vraagzijde in de vorm van eigen betalingen.

Deze laatste conclusie moet echter niet verkeerd geïnterpreteerd worden in de zin dat kostenbeheersing *uitsluitend* via de aanbodzijde zou dienen plaats te vinden, bijvoorbeeld via de bovengenoemde mechanismen, terwijl de consument „volledig verzekerd” is. Door de in de inleiding van deze paragraaf genoemde twee aspecten van „volledig verzekerd” zijn, te weten „volledige vergoeding van alle kosten” en „vrije keuze van zorgverlener”, kunnen de op het aanbod gerichte mechanismen om moral hazard te reduceren worden ondermijnd. Immers, het is dan rationeel gedrag van de consument om de in zijn ogen „beste”, en dus veelal meest gespecialiseerde en dure medische

17. Voor Nederlandstalige literatuur met betrekking tot de achtergronden van de goede kwaliteit zorg en lage kosten bij HMO's en voor verdere literatuurverwijzingen, zie Schut (1986), Schut en Van de Ven (1985) en Schut en Casparie (1987).

hulp in te roepen, het duurste onderzoek te „eisen” en in geval van ziekenhuisopname die instelling te kiezen die in de hotel-sfeer de meeste luxe biedt. Kortom, in een dergelijke situatie maakt de consument geen enkele afweging tussen kosten en hetgeen hiervoor wordt geboden. Zorgverleners die in een dergelijke situatie de meest doelmatige zorg trachten te verlenen of voor te schrijven, maken een grote kans hiervoor gestraft te worden doordat de patiënten wegllopen naar een andere zorgverlener, die wel aan de „wensen” van de consument tegemoet komt. Dit voorbeeld illustreert dat het een illusie is om van artsen „economisch denken en handelen” te verwachten, indien dit ook niet van de verzekerde wordt verwacht.

REGULERING VAN DE MARKT VOOR ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN

Bij het begin van mijn betoog heb ik drie essentiële verschillen genoemd tussen ziektekostenverzekering en andere vormen van schadeverzekeringen. De twee eerstgenoemde verschillen – het niet kunnen controleren van preventieve activiteiten en het niet kunnen taxeren van de schade door de verzekeraar – leiden ertoe dat in geval van ziektekostenverzekering de kans op moral hazard groter is dan bijvoorbeeld bij auto- en brandverzekeringen. Vervolgens heb ik twee strategieën besproken hoe door de

wijze waarop aan ziektekostenverzekering wordt vorm gegeven, kan worden bijgedragen aan het reduceren van moral hazard, te weten eigen betalingen en zorgverlener-gebonden polissen.

Dan kom ik nu toe aan het derde genoemde verschil. Vanwege het grondrecht inzake volksgezondheid is voor de markt voor ziektekostenverzekeringen specifieke regelgeving vereist welke niet hoeft te gelden voor andere vormen schadeverzekeringen. Een volledig niet-gereguleerde markt voor ziektekostenverzekeringen zou tot een aantal ongewenste zaken leiden, zoals bijvoorbeeld onvoldoende financiële toegankelijkheid voor bepaalde groepen tot ziektekostenverzekering en derhalve ook tot gezondheidszorg. Alvorens na te gaan welke regulering er nodig is om te kunnen spreken van een „sociale ziektekostenverzekering”, is het goed te analyseren hoe een vrije verzekeringsmarkt zou functioneren en tot welke consequenties dit zou kunnen leiden. Vervolgens kan de vraag worden gesteld welke van deze gevolgen als ongewenst worden beschouwd en hoe deze kunnen worden tegengegaan.

Vrije verzekeringsmarkt

Vanwege een aantal evident ongewenste effecten is het niet interessant om lang stil te staan bij een *echt volledig* vrije markt voor ziektekostenverzekeringen. In de verdere beschouwingen zal daarom worden uitgegaan van bepaalde vormen van overheidsregulering met betrekking

tot de liquiditeit en solvabiliteit van verzekeraars teneinde de consument te beschermen (zoals bijvoorbeeld in Nederland het toezicht door de Verzekeringkamer op grond van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf). Voorts zal worden uitgegaan van de in Nederland gangbare vormen van zelfregulering betreffende (in principe) de onopzegbaarheid van een ziektekostenverzekering door de verzekeraar en betreffende de acceptatie bij geboorte. Met inachtneming van deze beperkte vormen van regulering zal ik spreken van een „nagenoeg-vrije” verzekeringsmarkt. In zo'n markt is de consument volledig vrij in keuze om zich al dan niet te verzekeren, voor welke vormen van ziektekosten en bij welke verzekeraar dan ook; en is de verzekeraar vrij in het aanbieden van diverse polissen en in het voeren van een eigen premie-, acquisitie- en acceptatiebeleid.

Een eerste kenmerk van zo'n nagenoeg-vrije verzekeringsmarkt is dat sommige

mensen zich, om welke reden dan ook, in het geheel niet zullen verzekeren.

Een tweede kenmerk is dat bepaalde ziektekosten-risico's voor iedereen of voor bepaalde groepen onverzekerbaar blijken te zijn, dat wil zeggen dat geen verzekeraar het hem ter verzekering aangeboden risico wenst te accepteren.¹⁸ Voor veel verstrekkingen die in Nederland onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen geldt dat zij onverzekerbaar zijn, omdat er sprake is van een grote mate van voorspelbaarheid van toekomstige ziektekosten en omdat de gemiddelde ziektekosten per gebeurtenis zeer hoog zijn, zoals bijvoorbeeld zwakzinnigenhulp, gezinsvervangende tehuizen en (onbeperkte) verpleeghuishulp voor somatisch zieken en voor geestelijk gestoorde bejaarden. Onbeperkte verpleging in (psychiatrische) ziekenhuizen is onverzekerbaar vanwege de „onbegrenstheid” van het risico.

Een derde kenmerk van een nagenoeg-vrije verzekeringsmarkt is dat er altijd

18. De hier gehanteerde omschrijving van „onverzekerbaar” is wat Berliner (1982) „objectief onverzekerbaar” noemt. Berliner definieert de begrippen verzekeraar en onverzekerbaar als volgt: Een risico is subjectief (niet) verzekeraar indien een verzekeraar het hem ter verzekering aangeboden risico (niet) accepteert. Indien een bepaald risico voor alle relevante verzekeraars subjectief (on)verzekerbaar is, is het betreffende risico objectief (on)verzekerbaar. Tussen objectief verzekeraar en objectief onverzekerbaar zit derhalve een grijs gebied van risico's die voor de ene verzekeraar subjectief verzekeraar zijn en voor een andere verzekeraar subjectief onverzekerbaar zijn.

NB: bovenstaande definitie zou kunnen suggereren dat het alleen de verzekeraar is die bepaalt of een risico al dan niet verzekeraar is. In werkelijkheid zal een verzekeraar echter zeer sterk rekening houden met de *bereidheid* van de consument om de benodigde premie (verwachte schade plus administratiekosten, verkoopkosten, winst e.d.) te betalen. In het extreme geval van een „brandend huis” zal geen consument bereid zijn de benodigde premie te betalen. Uiteindelijk is het dus de confrontatie van vraag en aanbod die bepalend is voor het al dan niet verzekeraar zijn van een bepaald risico.

een zeer sterke tendens bestaat in de richting van een premiestructuur gebaseerd op het *equivalentiebeginsel*. Dat wil zeggen een premiestructuur waarbij zoveel mogelijk sprake is van een gelijkwaardigheid (equivalentie) tussen premie en het ingebrachte risico. Dit kan aannemelijk worden gemaakt door na te gaan wat er zou gebeuren bij een premiestructuur gebaseerd op het *solidariteitsbeginsel*, dat wil zeggen een premiestructuur waarbij de premie niet gerelateerd is aan het ingebrachte risico. Stel bijvoorbeeld dat de premie niet afhankelijk zou zijn van leeftijd (een zogenaamde „doorsnee-premie”). In zo'n situatie is sprake van een subsidie van de jongeren aan de ouderen: op de verzekering van de jongeren wordt winst gemaakt om het verlies op de verzekering van de ouderen te compenseren. Zodra echter één verzekeraar aan jongeren een polis aanbiedt met een enigszins lagere premie, dan zal dit een aanzuigende werking hebben op jongeren en blijven de andere verzekeraars zitten met relatief (te) veel verliesgevende ouderen. Bij gevolg moesten deze verzekeraars hun (doorsnee-)premie verhogen, waardoor hun concurrentiepositie nog verder achteruit gaat. Het is duidelijk dat deze verzekeraars zullen reageren door eveneens de premie voor jongeren te verlagen en bijgevolg die voor ouderen te verhogen (immers de subsidie is verminderd). Zodra een volgende verzekeraar de premie voor jongeren weer iets verlaagt, in een poging relatief veel jonge verzekerden in zijn bestand te krijgen, herhaalt hetzelfde

proces zich weer. Zo ontstaat een haasje-over-springen, dat uiteindelijk zal resulteren in een premie per leeftijdsgroep die zeer sterk gerelateerd is aan de gemiddelde kosten in de betreffende leeftijdsgroep. Dezelfde redenering geldt uiteraard ook ten aanzien van andere, voor de verzekeraar waarneembare risicofactoren, zoals bijvoorbeeld regio, gezinsgrootte en ziektekosten in het verleden.

Samenvattend kunnen de volgende kenmerken van een nagenoeg-vrije ziektekostenverzekeringsmarkt worden genoemd:

1. Sommige mensen zullen zich, om welke reden dan ook, in het geheel niet verzekeren.
2. Bepaalde ziektekosten-risico's zijn onverzekerbaar.
3. De premiestructuur voor de verzekerbare risico's is in hoge mate gebaseerd op het equivalentiebeginsel.

Indien dergelijke consequenties van een nagenoeg-vrije verzekeringsmarkt ongewenst zijn, lijkt overheidsregulering noodzakelijk.

Met betrekking tot deze regulering zal ik allereerst enkele motieven aangeven die een belangrijke rol kunnen spelen bij de keuze om bepaalde vormen van ziektekostenverzekering verplicht te stellen. Daarna zal ik mogelijke vormen van regulering bespreken betreffende allereerst de *onverzekerbare* ziektekostenrisico's en vervolgens de *verzekerbare* risico's. Hierbij zal tevens een onderscheid worden

gemaakt tussen *vrijwillig* en *verplicht* te verzekeren risico's. In Figuur 1 zijn voor elk type risico een aantal voorbeelden gegeven. Ondanks het enigszins diffuse karakter¹⁹ biedt deze indeling in vier typen risico's een goed uitgangspunt voor de bespreking van de regulering van de markt voor ziektekostenverzekeringen.

worden hun eigen belang bij de betrokken voorzieningen (nog) niet voldoende te onderkennen. Met betrekking tot ziektekostenverzekering kan dit betekenen dat een consument die zich gezond voelt, de toekomstige risico's te laag inschat. Een dergelijke „bijziendheid” kan ertoe leiden, dat men een verkeerde afweging maakt tussen zekere, directe baten (geen

Figuur 1: Indeling in vier typen risico's

	Verplicht te verzekeren	Vrijwillig te verzekeren
Onverzekeraar	bijv.: zwakzinnigenhulp, langdurige verpleeghuishulp, langdurige ziekenhuisverpleging	bijv.: diensten verleend door niet-erkende zorgverleners
Verzekeraar	bijv.: kortdurende ziekenhuisverpleging, specialistische hulp	bijv.: eerste of tweede klas ziekenhuisverpleging.

Motieven voor verplichte ziektekostenverzekering

Motieven die een belangrijke rol kunnen spelen bij de keuze voor een verplichte ziektekostenverzekering²⁰ zijn het zogenaamde *bemoeigoed*-motief („*mcrit-good*”) en het tegengaan van *lifters-gedrag* („*free-rider*”).

Er is sprake van het „*bemoeigoed*”-motief wanneer de overheid de bestedingen voor bepaalde goederen of diensten tracht te bevorderen omdat de burgers gacht

premie) en onzekere, toekomstige kosten. Het ogenblikkelijke en concrete voordeel van geen premie nu kan later leiden tot grote, niet of nauwelijks op te brengen kosten.

Een tweede motief voor het verplicht stellen van bepaalde vormen van ziektekostenverzekering is gelegen in het tegengaan van *lifters-gedrag*. Ten aanzien van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen bestaat in het algemeen een grote bereidheid om mee te betalen aan de ziektekosten van anderen, die hier-

19. Het diffuse karakter van het onderscheid verzekeraar-onverzekeraar moge blijken uit het feit dat een aantal op zich onverzekerbare risico's *tezamen* een verzekeraar risico kunnen vormen, en omgekeerd, een onderdeel van een verzekeraar pakket risico's op zich weer onverzekeraar kan zijn.

20. Hier wordt voorbijgegaan aan het subtiele onderscheid tussen het verplicht stellen van het betalen van de premie en van het aangaan van de verzekering, zoals dat onder andere in de Ziekenfondswet wordt gemaakt.

toe zelf niet in staat zijn. Degenen die bereid zijn mee te betalen aan de ziektekosten van anderen, zullen daar echter wel de voorwaarden aan verbinden dat die anderen ook zelf naar vermogen zullen bijdragen en dat er geen mogelijkheid bestaat dat van hun bereidheid misbruik wordt gemaakt. Zonder een verplichte ziektekostenverzekering zou de mogelijkheid van „lifters”-gedrag bestaan, dat wil zeggen dat mensen zich met opzet in het geheel niet verzekeren tegen financiële risico's die zij zelf niet kunnen dragen, omdat ze ervan uitgaan dat op het moment van ernstige ziekte hen de noodzakelijke medische behandeling om financiële redenen niet zal worden onthouden. De vraag voor welke vormen van ziektekosten nu op basis van bovengenoemde overwegingen een verplichte verzekering mocht worden opgelegd, en aan wie, is een duidelijk *politieke* vraagstelling en zal hier niet beantwoord worden.

Onverzekerbare risico's

Ten aanzien van de regulering betreffende de onverzekerbare risico's zal ik vrij kort zijn. Zoals gezegd is er sprake van een onverzekerbaar risico indien de verzekeraars het hen ter verzekering aangeboden risico niet accepteren. De politieke keuze dat voor bepaalde *onverzekerbare* risico's voor de gehele bevolking een verplichting tot verzekering geldt, impli-

ceert dat het verzekeren van dergelijke risico's per definitie niet aan de in de markt opererende verzekeraars kan worden overgelaten. Hier lijkt een volksverzekering in de klassieke betekenis van het woord (vergelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) een goede oplossing. Uit praktische overwegingen zou de uitvoering hiervan wel kunnen geschieden door de in markt opererende verzekeraars (vergelijk de uitvoeringsorganen en verbindingkantoren van de AWBZ, met volledige verevening achteraf van alle kosten²¹). De politieke keuze dat bepaalde *onverzekerbare* risico's niet verplicht verzekerd behoeven te worden betekent per definitie dat men de kosten van dergelijke risico's in principe zelf moet betalen.

Verzekerbare risico's

Bij de regulering betreffende de verzekerbare risico's zal ik langer stilstaan. Allereerst zal ik ingaan op de *verzekerbare, verplicht te verzekeren* risico's. Zoals reeds betoogd is een van de kenmerken van een „nagenoeg-vrije verzekeringsmarkt”, ook al geldt voor iedereen een verzekeringsplicht, dat het de verzekeraars vrij staat bepaalde, reeds bestaande ziektebeelden van de verzekeringsdekking uit te sluiten of te weigeren met bepaalde personen een verzekeringsovereenkomst aan te gaan. Voorts zal de premie-

21. Ook zou gedacht kunnen worden aan het gedeeltelijk verevenen vooraf op basis van normatieve bedragen (zie onder: bij verzekerbare risico's) en het gedeeltelijk verevenen achteraf op basis van diagnostische informatie (zie Enthoven, 1987).

structuur in zo'n situatie in hoge mate gebaseerd zijn op het equivalentiebeginsel, hetgeen impliceert dat de premie voor ziektekostenverzekering voor een 80-jarige ca. 10 maal zo hoog is als voor een 20-jarige, en dat per leeftijdsgroep de premie voor chronisch zieken vele malen hoger is dan voor gezonden. In een dergelijke situatie kan niet worden gesproken van een *sociale ziektekostenverzekering*. Als essentieel kenmerk hiervan beschouw ik: de verplichting alsmede de toegankelijkheid tot een verzekering met een breed basispakket van ziektekosten-risico's tegen een premie die onafhankelijk is van het individuele gezondheidsrisico. De regulering om dit doel te bereiken heeft tenminste betrekking op een acceptatieplicht, het vaststellen van het basispakket te verzekeren risico's en de premiestelling. De acceptatieplicht houdt in dat elke ziektekostenverzekeraar elk jaar gedurende een bepaalde periode verplicht is elke ingezetene in zijn werkgebied die zich als verzekerde aanmeldt, zonder uitsluitingen te accepteren voor het nader omschreven basispakket ziektekosten-risico's en onder nader te stellen regels aan de premiestelling. Deze acceptatieplicht geldt voor zowel polissen met een vrije keuze van zorgverleners als voor zorgverlenergebonden polissen.²² De regelgeving ten aanzien van de premiestelling zou kunnen inhouden dat de door de verzekerde aan de verzekeraar te betalen premie onaf-

hankelijk is van het individuele gezondheidsrisico. Een dergelijke premiereregulering verschaft de verzekeraars echter een zeer sterke stimulans om zoveel mogelijk jonge verzekerden en zo weinig mogelijk oude verzekerden te selecteren. Een belangrijk nadeel hiervan is dat het voor een verzekeraar in de onderlinge concurrentie veel aantrekkelijker is om energie en geld te steken in het „aantrekken van jonge verzekerden” dan om inspanningen te verrichten om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te bevorderen. Een dergelijke vorm van concurrentie leidt eerder tot maatschappelijke verspillingen dan tot maatschappelijk nut. Een van de belangrijkste voordelen van concurrentie, nl. vergroting van doelmatigheid gaat zodoende verloren. Het verschijnsel dat verzekeraars in geval van premiereregulering geneigd zijn om, gegeven een bepaalde premiestructuur, een voor hen zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand te selecteren, zal ik verder aanduiden als „*gunstige selectie*”. Ondanks de acceptatieplicht, die het selectief weigeren van oudere en ongezonde verzekerden tegengaat, zijn er diverse instrumenten voor gunstige selectie. Een eerste instrument is selectieve reclame. Hierbij valt te denken aan het adverteren in op de doelgroep gerichte media (bijvoorbeeld sportkrantjes, felicitatiepakket bij huwelijk en geboorte, „Ouders van nu”, Intermediair, Carriere, e.d.) en aan het huis aan huis verspreiden van

22. Indien het aantal verzekerden van een zorgverlener-gebonden polis aan een maximum is gebonden vanwege een beperkte capaciteit van de gecontracteerde voorzieningen en zorgverleners, wordt via loting bepaald welke nieuwe verzekerden tot de betreffende polis worden toegelaten.

reclamefolders in woonwijken waar de doelgroep woont. Bejaardenhuizen en verpleeghuizen worden hierbij systematisch overgeslagen. Een wellicht nog effectievere manier voor de verzekeraar om de doelgroep binnen te halen is zich structureel onaantrekkelijk te maken voor bejaarden en aantrekkelijk voor jongeren. Dit zou kunnen door de samenstelling van aanvullende verzekeringen voor niet-verplicht te verzekeren risico's, bijvoorbeeld een slechte verzekeringsdekking voor kunst- en hulpmiddelen, geriatrie-sche hulp of medicijnen en een goede verzekeringsdekking voor sportkeuringen, wintersportverzekering, uitgebreide medische controles en check-ups, anticonceptiemiddelen, tandheelkundige hulp, buitenlanddekking, kraamhulp, bevalling en gezinsverzorging. Indien de verzekeraars zorgverlenergebonden polissen aanbieden, nemen de mogelijkheden om een gunstig verzekerdenbestand te selecteren sterk toe. De verzekeraars zouden zich dan structureel onaantrekkelijk kunnen maken voor ouderen en aantrekkelijk voor jongeren door zorgverleners te contracteren in een jonge wijk; locatie van de voorzieningen goed bereikbaar voor jongeren (bijvoorbeeld per auto) en slecht bereikbaar voor ouderen en invaliden (bijvoorbeeld een paar treden); entourage aantrekkelijk

voor jongeren en zodanig dat ouderen zich er niet thuis voelen; jonge artsen, gespecialiseerd in kindergeneeskunde; etc. Ook zouden bepaalde verzekerden, die een „slecht risico” blijken te zijn, aangespoord kunnen worden van verzekeraar/polis te veranderen. Gesteld kan worden dat met risico-onafhankelijke premie-ontvangsten voor de verzekeraar in feite de kat op het spek wordt gebonden. De inventiviteit van de verzekeraars met betrekking tot de selectie van goede risico's acht ik zéér groot.

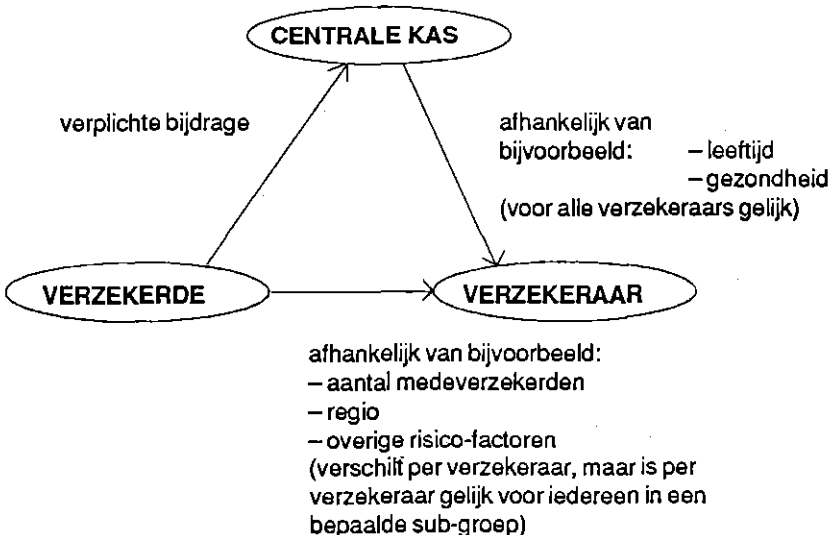
Op welke wijze is het mogelijk gunstige selectie bij een sociale ziektekostenverzekering tegen te gaan? Hiervoor zijn tenminste twee strategieën denkbaar. De eerste bestaat uit het weghalen van de oorzaak van gunstige selectie, dat wil zeggen maak de premie-inkomsten voor de verzekeraar risico-afhankelijk (bijvoorbeeld afhankelijk van leeftijd en gezondheid). De tweede strategie bestaat uit het niet meer laten kiezen door de verzekerden tussen diverse verzekeraars en tussen diverse zorgverlenergebonden polissen. De eerste strategie, waarbij de verzekerde deze keuze wel heeft, zal ik aanduiden als het „meerkeuze model”; de tweede strategie als het „geenkeuze model”. Ik zal u de hoofdlijnen van beide modellen schetsen en deze vervolgens met elkaar vergelijken.

Meerkeuze model

Allereerst het meerkeuze model. Indien men het gewent acht dat het uitgangspunt is, dat

1. de door de verzekerde te betalen premie niet afhankelijk mag zijn van bepaalde risicofactoren (bijvoorbeeld leeftijd en gezondheid);
2. dat de premie-inkomsten voor de verzekeraar zoveel mogelijk risico-onafhankelijk moeten zijn;
3. dat de consument prijsgevoelig moet zijn ten aanzien van de premiehoogte;
4. dat de efficiency-winsten bij een verzekeraar niet mogen worden afgeroomd, dan kan een dergelijke situatie worden gerealiseerd door de invoering van een *Centrale Kassystematiek* (Van de Ven, 1983). Tussen de verzekerden en de verzekeraars wordt als het ware een Centrale Kas geplaatst (zie Figuur 2).

Figuur 2: Centrale kas-systematiek



De inkomsten voor de verzekeraar bestaan gedeeltelijk uit een door de verzekerden te betalen premie en gedeeltelijk uit een bijdrage per verzekerde uit een nieuw op te richten Centrale Kas. Deze Centrale Kas wordt gevoed door middel van bijdragen, die voor iedereen verplicht zijn, niet gerelateerd zijn aan het gezondheidsrisico en bijvoorbeeld door de fiscus worden geïnd. De door de verzekerde direct aan de door hem gekozen verzekeraar te betalen premie mag niet afhankelijk zijn van leeftijd en gezondheid. Deze premie verschilt per verzekeraar, maar is per verzekeraar gelijk voor iedereen in een bepaalde subgroep, gebaseerd op bijvoorbeeld het aantal medeverzekerden, de regio en andere nader te bepalen risicofactoren.²³ Teneinde de inkomsten van de verzekeraar een afspiegeling te laten zijn van het gezondheidsrisico van zijn verzekerden, is het bedrag dat de verzekeraar per verzekerde uit de Centrale Kas ontvangt *wel* afhankelijk van de leeftijd en gezondheid van de verzekerde. Dit bedrag is gebaseerd op de (voor leeftijd en gezondheid) gecorrigeerde gemiddelde kosten per persoon en is per leeftijd-gezondheids-klasse voor alle verzekeraars landelijk gelijk. De direct door de verzekerde aan zijn verzekeraar te betalen premie verschilt per verzekeraar en reflecteert de doelmatigheid van

de verzekeraar en van de door hem ten behoeve van zijn verzekerden gecontracteerde zorg. Het belang van de Centrale Kas-systematiek is dat solidariteit (geldstromen via Centrale Kas) en doelmatigheid (premie van verzekerde aan verzekeraar) worden gecombineerd.

Een probleem dat zich in de praktijk echter zal voordoen, is dat gezondheid niet goed meetbaar is en dat derhalve volstaan zal moeten worden met leeftijd en een beperkt aantal gezondheidsindicatoren.²⁴ Door gebruik te maken van deze factoren is het gevaar van gunstige selectie echter aanzienlijk gereduceerd. Immers hoe verfijnder de indeling in groepen op basis waarvan de bijdrage uit de Centrale Kas wordt vastgelegd, des te moeilijker en kostbaarder het voor een verzekeraar is om binnen een bepaalde groep de „goede risico's“ te selecteren, en des te lager zijn ook de opbrengsten van een eventuele gunstige selectie. Mocht blijken dat de indeling in groepen nog niet voldoende verfijnd is en nog ruimte laat voor gunstige selectie, dan kan op basis van de praktische ervaringen getracht worden de indeling verder bij te stellen. Ook kan de uitkering uit de Centrale Kas aan de verzekeraar gedeeltelijk bestaan uit genormeerde bedragen vooraf en gedeeltelijk uit bedragen achteraf (op basis van de gerealiseerde medi-

23. De hier gekozen indeling in risico-factoren, waarvan de bijdrage uit de Centrale Kas en de direct aan de verzekeraar te betalen premie van afhangen, is slechts bedoeld als een voorbeeld. Indien gekozen zou worden voor regio-solidariteit, dan zou de factor regio moeten worden toegevoegd aan leeftijd en gezondheid.
24. In de Verenigde Staten is sinds het begin van de 80-er jaren veel onderzoek op dit terrein gestart, waar wij in Nederland ons voordeel mee kunnen doen (zie bijvoorbeeld Scheffler en Rossiter (1985), Luft (1986) and Newhouse (1986)).

sche consumptie of op basis van diagnostische informatie; zie Newhouse (1986) en Enthoven (1987)). Evencens kan gedacht worden aan hoge sancties in de vorm van strafkortingen op de uitkeringen uit de Centrale Kas in geval van aantoonbare gunstige selectie door een verzekeraar.

Andere maatregelen om gunstige selectie tegen te gaan zijn:

1. het onderbrengen van goed voorspelbare ziektekosten en van zeer dure verstrekkingen (bijvoorbeeld bepaalde dure medicijnen) bij de volksverzekering voor onverzekerbare risico's;
2. het verbieden en tegengaan van selectief adverteren;
3. het houden van enquetes onder verzekerden die van verzekeraar/polis ver-

anderen, waarbij gevraagd wordt naar de reden van de verandering, en het verplicht stellen van bepaalde procedures met betrekking tot klachten (teneinde te voorkomen dat bepaalde „slechte risico's" aangespoord worden van verzekeraar/polis te veranderen);²⁵

4. het stellen van minimum eisen ten aanzien van de beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, met name in geval van zorgverlenergebonden polissen;
5. het reguleren van de aanvullende verzekering voor vrijwillig te verzekeren risico's.

Op het laatstgenoemde punt zal ik wat dieper ingaan.

-
25. Newhouse (1982) noemt als voorbeeld een moeder met een asmatisch kind dat door onvriendelijk gedrag van de zorgverlener als het ware wordt „weggepest". Als tegenkracht tegen dit soort handelen kan genoemd worden de slechte reputatie die de verzekeringsorganisatie c.q. de aanbieder van zorg hierdoor krijgt en het verlies aan verzekerden/patiënten als gevolg hiervan. Consumentenorganisaties zullen de ontwikkelingen nauwlettend volgen en aan ongewenste situaties ruime publiciteit geven. Ook zullen de collega-verzekeraars/zorgverleners die de „slechte risico's" krijgen, ruime ruchtbaarheid geven aan kwalijke praktijken.

Met betrekking tot het door Newhouse genoemde voorbeeld kan voorts worden gewezen op de financiële prikkels die thans de huisartsen in Nederland hebben ten aanzien van ziekenfondsverzekerden. Voor elke bij hem ingeschreven ziekenfondsverzekerde ontvangt een huisarts een vast bedrag, ongeacht de leeftijd of de gezondheidstoestand van de verzekerde. Hoewel hier dus een zéér grote financiële prikkel bestaat om „slechte risico's uit de praktijk te elimineren", zijn mij geen voorbeelden bekend die het door Newhouse genoemde theoretische argument ondersteunen. Naast angst voor een slechte reputatie zullen ook ethische en morele overwegingen bij de hulpverlener en sociale druk door collegae hierbij een rol spelen. Ook uit de zeer omvangrijke literatuur met betrekking tot HMO's in de V.S. zijn mij geen voorbeelden bekend die aan de theoretische overwegingen van Newhouse empirische ondersteuning verlenen. De hier aangevoerde overwegingen vormen uiteraard echter geen enkele garantie dat in een sterk gewijzigde situatie dergelijk gedrag ook niet zal optreden, zodat alertheid geboden blijft.

Regelgeving aanvullende verzekering

Indien verzekerden een vrije keuze hebben zich al dan niet te verzekeren, zal bij een gegeven premiestructuur en premiehoogte de geneigdheid om de betreffende verzekering te kopen, *ceteris paribus* toenemen naarmate het verwachte profijt toeneemt. Hierdoor kan selectie van een, vanuit de verzekeraar bezien, ongunstig verzekerdenbestand ontstaan. Dit verschijnsel, dat bij een verplichte verzekering niet kan optreden, zal ik verder aanduiden als „ongunstige selectie” (Rothschild en Süglitz, 1976). Indien zowel de verzekering voor de verzekerbare, verplicht te verzekeren risico's – verder te noemen: de „basisverzekering” – als de verzekering(en) voor de verzekerbare, vrijwillig te verzekeren risico's – verder te noemen: de „aanvullende verzekeringen” – door dezelfde, onderling concurrerende verzekeraars worden aangeboden, en indien de uitkeringen uit de Centrale Kas ten behoeve van de basisverzekering geen volledig juiste afspiegeling vormen van de te verzekeren risico's, dan kunnen de verzekeraars de aard en samenstelling van de *aanvullende* verzekeringen als instrument gebruiken voor (subtiele) selectie van een gunstig verzekerdenbestand ten aanzien van de *basisverzekering*. Bij maatregelen om dergelijke „*gunstige selectie via ongunstige selectie*” te reduceren of te voorkomen kan gedacht worden aan het volgende:

1. Allereerst zou de keuze uit in principe oneindig veel aanvullende verze-

keringen kunnen worden beperkt tot een of enkele evenwichtig samengestelde aanvullende verzekeringen. Door een dergelijke vorm van product-standaardisatie, die in andere bedrijfstakken niet ongebruikelijk is, wordt bovendien vermeden dat de consument geconfronteerd wordt met het informatie-probleem dat zou optreden als er een grote hoeveelheid onvergelykbare aanvullende verzekeringen zou worden aangeboden.

2. Omdat gunstige selectie ten aanzien van de basisverzekering ook kan geschieden door de aard en samenstelling van andere schadeverzekeringen (of andere goederen en diensten) die de verzekeraar aanbiedt, zou een tweede maatregel kunnen zijn om te verbieden dat ziektekostenverzekeraars ook andere schadeverzekeringen of andere goederen en diensten verkopen.
3. Een derde maatregel zou kunnen bestaan uit het invoeren van een acceptatieplicht voor verzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, ten aanzien van een of meer gestandaardiseerde aanvullende verzekeringen, gecombineerd met een bepaalde premiestelling.²⁶ Hierdoor wordt voorkomen dat verzekeraars een gunstig verzekerdenbestand voor de basisverzekering selecteren door helemaal geen aanvullende verzekering aan te bieden, of alleen tegen een absurd hoog premie, of een acceptatiebeleid ten aanzien van de aanvullende verzekering te voeren.

26. Bijvoorbeeld voor iedereen (binnen nader omschreven risico-groepen) dezelfde premie, eventueel gebonden aan een maximum.

Een belangrijk instrument om te voorkomen dat in geval van een acceptatieplicht uiteindelijk alleen de slechte risico's zich verzekeren, zou kunnen bestaan uit het subsidiëren van de aanvullende verzekering door bijdragen uit de Centrale Kas, zodanig dat deze ook aantrekkelijk wordt voor de goede risico's. Een neven-effect hiervan is dat solidariteit tussen diverse groepen ten aanzien van de aanvullende verzekering in elke gewenste mate tot stand kan worden gebracht.

4. Een ultimatum remedium om „gunstige selectie via ongunstige selectie” tegen te gaan is het opnemen van bepaalde verstrekkingen in de verplichte basisverzekering, zodat ten aanzien vanderesterende aanvullende verzekeringen volstaan kan worden met een lichtere vorm van regulering of geen regulering.²⁷

Het is moeilijk te voorspellen hoe een en ander in de praktijk zal verlopen en welke vorm van (overheids)regulering ten aanzien van aanvullende verzekeringen nodig zal blijken te zijn. Het is denkbaar dat de verzekeraars door maatschappelijke druk of door de dreiging van overheidsregulering onderling afspraken zullen maken om maatschappelijk ongewenste situaties te voorkomen.²⁸ Waarschijnlijk zal het, zoals zo vaak, een kwestie zijn van „al doende leert men”.

Geenkeuze model

Dan kom ik nu toe aan de tweede strategie om gunstige selectie bij een sociale ziektekostenverzekering tegen te gaan, te weten het geenkeuze model. Bij dit model kan de verzekerde niet kiezen tussen diverse verzekeraars en ook niet tussen diverse zorgverlener-gebonden polissen.

27. Een bijzonder aandachtspunt betreft de overgang van bepaalde verstrekkingen van de verplichte verzekering naar de vrijwillige verzekering. Het lijkt niet onredelijk om mensen, die bijvoorbeeld jarenlang verplicht verzekerd zijn geweest voor dure medicijnen, op het moment dat medicijnen uit de verplichte verzekering worden overgebracht naar vrijwillig aanvullende verzekeringen, bepaalde bescherming te bieden. Vergelijk bijvoorbeeld de acceptatieplicht gedurende 3 maanden voor particuliere verzekeraars van ex-vrijwillig ziekenfondsverzekerden bij de opheffing van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering.
28. Voorbeelden van zelfregulering binnen de branche van ziektekostenverzekering in Nederland zijn de acceptatie van pasgeborenen, de niet-opzegbaarheid van de verzekering door de verzekeraar en de Stichting Nederlands Onderling Herverzekerings Instituut voor Ziektekosten (NOZ). Bij deze NOZ-verzekering kan iedereen terecht die zich niet op de normale voorwaarden kan verzekeren. Deze zogenaamde slechte risico's worden gezamenlijk door de branch gedragen. Tot april 1986 werd op basis van zelfregulering ook een uitzondering bij het acceptatiebeleid gemaakt voor ex-ziekenfondsverzekerden, die een particuliere ziektekostenverzekering wilden afsluiten onmiddellijk aansluitend aan de wettelijk verplichte beëindiging van een ziekenfondsverzekering. Vanaf 1 april 1986 is dit geregeld in de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Aangezien er zowel een verzekeringsplicht voor de verzekerde als een acceptatieplicht voor de verzekeraar bestaat, is gunstige selectie bij het geenkeuze model volledig uitgesloten. Een belangrijk nadeel van dit model is echter dat door het ontbreken van concurrentie tussen verzekeraars en tussen aanbieders van zorg belangrijke stimulansen tot doelmatigheid voor alle betrokkenen afwezig zijn: verzekerden hebben geen stimulans om doelmatige verzekeraars en doelmatige zorgverleners te kiezen, verzekeraars hebben geen stimulans om zo veel mogelijk doelmatige zorgverleners te contracteren en de gecontracteerde zorgverleners tot doelmatigheid aan te sporen en de zorgverleners zien doelmatig handelen eerder gestraft door het weglopen van patiënten dan beloofd door het aantrekken van nieuwe patiënten.

Met betrekking tot het geenkeuze model is het van belang te benadrukken dat de verzekerde niet kan kiezen tussen diverse zorgverlener-gebonden polissen met verschillende premies (en hetzelfde basispakket verplicht te verzekeren risico's) aangeboden door de monopolistische verzekeraar. Indien dit wel het geval is, dan is er sprake van een variant van het meerkeuze model (geen keuze tussen verzekeraars; wel keuze tussen zorgverlener-gebonden polissen) en is het probleem van gunstige selectie weer volop aanwezig. Het betreft dan niet selectie van een gunstig verzekerdenbestand door de verzekeraar, maar selectie van een gunstig patiëntenbestand door de zorgverleners.

SOCIALE ZIEKTEKOSTEN- VERZEKERING EN DOELMATIGHEID

Bij het begin van mijn betoog heb ik drie essentiële verschillen genoemd tussen ziektekostenverzekering en andere vormen van schadeverzekering. Vanuit dit vertrekpunt ben ik met u ingegaan op twee vragen, te weten:

1. Hoe kan de wijze waarop aan ziektekostenverzekering wordt vorm gegeven bijdragen aan doelmatig handelen in de gezondheidszorg?
2. Welke regelgeving is er nodig alvorens van een „sociale ziektekostenverzekering” kan worden gesproken?

Met betrekking tot de eerste vraag zijn twee strategieën besproken, te weten eigen betalingen en zorgverlener-gebonden polissen. Mijn conclusie luidde dat zorgverlener-gebonden polissen de voorkeur verdienen boven eigen betalingen. Met betrekking tot de tweede vraag zijn motieven genoemd voor een verplichte verzekering en is gesteld dat de regulering ten aanzien van de verzekerbare verplicht te verzekeren risico's tenminste betrekking moet hebben op een acceptatieplicht voor de verzekeraar, het vaststellen van een basispakket verplicht te verzekeren risico's en de premiestelling. De (premie-)regulering om ziektekostenverzekering het karakter van een sociale verzekering te geven leidt echter tot het verschijnsel van gunstige selectie. Dit impliceert dat het voor verzekeraars in de onderlinge concurrentie aantrekkelijker

is om energie en geld te steken in het selecteren van een gunstig verzekerden bestand dan om inspanningen te verrichten om de doelmatigheid te bevorderen. Bovendien kan gunstige selectie ertoe leiden dat ouderen en ongezonden een hogere premie betalen dan jongeren en gezonden, zodat het beoogde doel van de regulering, te weten een niet aan het ziekterisico-gerelateerde premie, niet wordt gerealiseerd.

Vervolgens zijn twee strategieën besproken om gunstige selectie bij een sociale ziektekostenverzekering tegen te gaan, te weten het „meerkeuze model” en het „geenkeuze model”. Bij het meerkeuze model bestaat geen volledige garantie dat gunstige selectie absoluut niet zal optreden, maar zijn wel volop stimulansen tot doelmatigheid aanwezig voor de verzekerden, de verzekeraars en de zorgverleners. Bij het geenkeuze model zijn deze stimulansen nauwelijks aanwezig, maar is gunstige selectie volledig uitgesloten. Vergroting van doelmatigheid in het geenkeuze model zou kunnen geschieden bijvoorbeeld door het invoeren van eigen betalingen. Hierdoor worden ouderen en ongezonden echter met hogere ziektekosten geconfronteerd dan jongeren en gezonden, hetgeen de onderlinge solidariteit doet afnemen.

Uit deze globale samenvatting van mijn betoog moge blijken dat solidariteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg op gespannen voet met elkaar staan. In we-

zen is hier sprake van het klassieke probleem van het vinden van de juiste afweging tussen „efficiency” en „equity”.

Het is goed nogmaals te benadrukken dat het vertrekpunt van mijn beschouwingen gelegen is geweest in aspecten betreffende de ziektekostenverzekering. Om tot een evenwichtige afweging te komen tussen het meerkeuze model en het geenkeuze model is het echter nodig aanzienlijk meer aspecten in de beschouwing te betrekken. Bijvoorbeeld in het meerkeuze model zal veel aandacht moeten worden besteed aan overheidsregulering betreffende het handhaven c.q. bevorderen van de kwaliteit van zorg en van voldoende mededinging tussen verzekeraars en tussen zorgverleners. In het geenkeuze model zal veel overheidsregulering nodig zijn ten aanzien van de planning van voorzieningen, de vestiging van beroepsbeoefenaren en de tarieven. U begrijpt wellicht dat de twee modellen die ik heb geschetst een duidelijke analogie vertonen met het in de inleiding genoemde rapport van de Commissie-Dekker en de Structuurnota Gezondheidszorg 1974. Het zal ook duidelijk zijn dat, afhankelijk van de overige regulering betreffende gezondheidszorg, er sprake is van een groot scala van varianten op elk van de twee genoemde basismodellen. Het is hier echter niet de plaats om er dieper op in te gaan en tot een afgewogen oordeel te komen.²⁹

29. Voor een discussie omtrent diverse aspecten van het meerkeuze model en het geenkeuze model, zie Rutten en Van de Ven (1985).

AMENDEMENTEN RAPPORT-DEKKER

Na deze algemene beschouwingen omtrent sociale ziektekostenverzekering kom ik nu aan het laatste onderdeel van mijn betoog, waarin ik aandacht zal besteden aan de voorstellen van de Commissie-Dekker. Ik beperk mij hierbij tot het formuleren van enkele amendementen voorzover het betreft de regulering van de markt voor ziektekostenverzekeringen. Deze amendementen zijn gebaseerd op de voorafgaande beschouwingen.

Als eerste amendement zou ik willen voorstellen dat aan elke verzekeraar de mogelijkheid wordt geboden om diverse, onderling concurrerende *zorgverlenergebonden polissen* met betrekking tot de basisverzekering aan te bieden. Elk van deze polissen heeft betrekking op het pakket van de basisverzekering, maar de vergoeding door de verzekeraar is afhankelijk van de gekozen zorgverlener.³⁰ De premie voor de zorgverlenergebonden polissen zal lager zijn dan die van vergelijkbare polissen met volledige vrijheid van keuze van zorgverlener (anders is geen verzekerde geïnteresseerd in een

zorgverlener-gebonden polis).³¹ De verzekerden kunnen vervolgens kiezen uit de diverse door de verzekeraars aangeboden polissen.

Nu zult u zich wellicht afvragen wat het nieuwe is dat dit amendement toevoegt aan de voorstellen van de Commissie-Dekker. Immers Dekker c.s. hebben voorgesteld: het opheffen van de bestaande contracteerplicht voor ziekenfondsen, maximum- in plaats van vaste tarieven, prikkels tot doelmatigheid in de honorering van zorgverleners, een budget per verzekeraar, concurrentie tussen verzekeraars en een nominale premie waarvan de hoogte afhankelijk is van de gekozen verzekeraar. Wel, het nieuwe van dit amendement is dat er niet alleen sprake is van concurrentie tussen verzekeraars, maar ook van concurrentie tussen diverse zorgverlenergebonden polissen aangeboden door één verzekeraar. Het zij toegegeven dat het om een ogenschijnlijk subtiel verschil gaat, zeker wanneer u bedenkt dat in de voorstellen van de Commissie-Dekker constructies zoals „zorgverlenergebonden polissen” mogelijk zijn door een nieuwe verzekeringsmaatschappij op te richten die uitsluitend de betreffende polis verkoopt. Inderdaad, voor de *lange* termijn is er nauwelijks sprake van een

30. Eventueel zou een maximum gesteld kunnen worden aan de door de verzekerde zelf te betalen kosten voor niet door de verzekeraar vergoede hulp (door nietgecontracteerde zorgverleners) die behoort tot het pakket van de basisverzekering.
31. Omdat de uitkeringen aan de verzekeraars uit de Centrale Kas bestaan uit een bepaald bedrag per ingeschreven verzekerde gebaseerd op bijvoorbeeld leeftijd en ziektebeelden, weerspiegelen deze uitkeringen voor elke zorgverlenergebonden polis het gezondheidsrisico van de verzekerdenpopulatie van de betreffende polis. Aldus weerspiegelt de hoogte van de door de verzekerden te betalen nominale premie een verschil in doelmatigheid (en geen verschil in samenstelling van de verzekerdenpopulatie per polis).

wezenlijk verschil. Maar op *korte* termijn, zo hoop ik u duidelijk te maken, kan het genoemde amendement van essentiële betekenis zijn voor de overgangsstrategie en voor de politieke haalbaarheid van voorstellen gebaseerd op de gedachten van de Commissie-Dekker.

Bij zorgverlener-gebonden polissen zou men aan de volgende voorbeelden kunnen denken. Neem de situatie van gezondheidscentrum XYZ dat *zéér* doelmatige zorg verleent. Door extra inspanningen in de eerstelijns (huisarts e.d.) en door een goede samenwerking tussen huisarts en specialist worden flinke besparingen gerealiseerd in de tweedelijns (specialist, ziekenhuis). Het dilemma van gezondheidscentrum XYZ is echter dat vanwege de abonnement-achtige honoreringsstructuur voor ziekenfondsverzekerden de extra inspanningen in de eerste lijn financieel niet beloond worden. Het voeren van lange gesprekken teneinde onnodige medicatie, onnodige verwijzingen naar de specialist en onnodig diagnostisch onderzoek te voorkomen wordt voorts gestraft doordat patiënten, die denken dat ze recht hebben op de meest gespecialiseerde zorg (men heeft er immers voor betaald!), weglopen naar een andere huisarts die wel aan de „wensen” van de patiënt tegemoet komt. Uiteindelijk wordt gezondheidscentrum XYZ met een faillissement bedreigd.

In deze situatie zou een XYZ-polis uitkomst kunnen bieden. Verzekerden die vrijwillig voor de XYZ-polis kiezen, krijgen een korting ten opzichte van de traditionele verzekering in ruil voor een

vrijwillige beperking van de keuze van zorgverlener. Eerstelijnszorg wordt dan in de regel slechts vergoed voorzover verleend door de XYZ-medewerkers, een tweedelijnszorg voorzover voorgeschreven door de XYZ-medewerkers. De verzekeraar en de medewerkers van gezondheidscentrum XYZ sluiten, bij voorkeur tezamen met enkele medewerkende specialisten, overeenkomsten zodanig dat doelmatig en doeltreffend medisch handelen wordt beloond en mogelijke besparingen ten goede kunnen komen aan de verzekerden en de betreffende zorgverleners. *Aldus worden de verzekerden gestimuleerd om doelmatige zorgverleners te kiezen en worden de zorgverleners gestimuleerd om doelmatig en doeltreffend te handelen.*

Zorgverlener-gebonden polissen kunnen ook betrekking hebben op één of meer waarneemgroepen van huisartsen, bij voorkeur tezamen met enkele (maatschappen van) specialisten; of op een ziekenhuis, de daarin werkzame specialisten en de „toeleverende” huisartsen. Het initiatief tot zorgverlener-gebonden polissen kan in principe uitgaan van doelmatigezorgverleners(gezondheidscentra, artsen, instellingen), ziekenfondsen, verzekeraars, verzekerden, werkgevers of werknemers. Zorgverlener-gebonden polissen kunnen aansluiten bij bestaande regionale samenwerkingsverbanden en bestaande kwaliteitsbevorderende programma's. Locale preferenties en behoeften kunnen zo optimaal tot uiting komen.

De belemmeringen voor het introduceren van zorgverlener-gebonden polissen zijn

op dit moment in de ziekenfondssector groter dan in de particuliere sector. Indien de voornemens van de Regering ten aanzien van de *tarieven* van zorg zijn gerealiseerd – dat wil zeggen vereenvoudiging en deregulering van de WTG, maximum- in plaats van vaste tarieven en het introduceren van prikkels in de honorering³² – dan zijn er in de particuliere sector geen wettelijke belemmeringen meer voor zorgverlener-gebonden polissen. Aanvullende maatregelen om zorgverlener-gebonden polissen in de ziekenfondsverzekering mogelijk te maken betreffen:

1. een uitbreiding van de contracteermogelijkheden voor de afzonderlijke ziekenfondsen: elk ziekenfonds zal, naast de bestaande contracten, de mogelijkheid moeten krijgen om selectief met bepaalde (groepen van) zorgverlenersafwijkende overeenkomsten te sluiten; en
2. een uitbreiding van de keuzemogelijkheid voor de ziekenfondsverzekerden: naast de bestaande ziekenfondsverzekering moet de verzekerde vrijwillig kunnen kiezen uit één of meer zorgverlener-gebonden polissen, die gekenmerkt worden door een beperking van de keuze van zorgverleners

en een premiekorting³³ ten opzichte van de traditionele ziekenfondsverzekering (maar met hetzelfde verstrekingenpakket).

N.B.: Het is van belang op te merken dat de introductie van zorgverlener-gebonden polissen naast de bestaande ziekenfondsverzekering *geen beperking van de keuzevrijheid* betekent, maar juist een *uitbreiding!* Immers, de verzekerde krijgt de mogelijkheid om vrijwillig te kiezen tussen de bestaande ziekenfondsverzekering en één of meerzorgverlener-gebonden polissen. Dat wil zeggen, de verzekerde heeft de *vrijheid* om vrijwillig al dan niet af te zien van een „volledige” keuzevrijheid van artsen in ruil voor een premiekorting.

Concreet luidt mijn voorstel om als één van de eerste stappen in de voorgenomen structuurwijziging van de gezondheidszorg zorgverlener-gebonden polissen in te voeren. Dit heeft mijns inziens de volgende drie pluspunten:

1. Het bevorderen van concurrentie in de gezondheidszorg door voorgestelde zaken zoals het op korte termijn op-

32. Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Regeringsstandpunt inzake rapport „Bereidheid tot verandering”, 5 juni 1987, Tweede Kamer, 1986 - 1987, 19945, nr.4, pagina 7.

33. Zolang in de overgangsfase nog geen ervaring bestaat met uitkeringen aan de verzekeraars uit de Centrale Kas per ingeschreven verzekerde gebaseerd op objectieve criteria, kan gedacht worden aan een situatie waarbij de premiekorting, na een gemotiveerd en met relevante informatie onderbouwd voorstel van het betreffende ziekenfonds, de goedkeuring behoeft van onafhankelijke deskundigen, op basis van landelijke criteria. In het begin zou de premiekorting aan een maximum kunnen worden gebonden.

heffen van de contracteerplicht voor ziekenfondsen en het bevorderen van onderlinge concurrentietussen ziekenfondsen blijkt bij betrokkenen op tamelijk veel weerstand te stuiten. Het invoeren van zorgverlener-gebonden polissen lijkt een minder controversieel middel om uiteindelijk hetzelfde doel te bereiken.

2. Het thans op korte termijn opheffen van de bestaande contracteerplicht voor ziekenfondsen in een situatie waarbij in veel regio's slechts één ziekenfonds werkzaam is, zodat de aanbieders van zorg geconfronteerd raken met een monopolievorming aan de vraagzijde, kan leiden tot monopolievorming aan de aanbodzijde. Aldus zou de maatregel zijn doel, te weten het bevorderen van concurrentie tussen de aanbieders van zorg, volledig voorbij kunnen schieten. *Uitbreiding van de contracteermogelijkheden* in de vorm van zorgverlener-gebonden polissen zou een aanvaardbaar, minder bedreigend en effectief alternatief kunnen vormen voor het op korte termijn *opheffen van de contracteerplicht*.
3. Zorgverlener-gebonden polissen kunnen een effectief instrument zijn bij de voorgenomen beddenreductie van 12.000 bedden. Aldus zou een sanc-

ring (in de letterlijke betekenis van het woord) kunnen plaatsvinden van het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden via de markt.³⁴ Een dergelijke sanering van de ziekenhuismarkt is meer in overeenstemming met de basisgedachte van Dekker c.s. – i.e. meer markt, minder overheid – dan de door Dekker c.s. zelf voorgestelde wijze om het aantal ziekenhuisbedden te verminderen op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Een tweede amendement op de voorstellen van de Commissie-Dekker heeft betrekking op de *regelgeving betreffende de aanvullende verzekeringen*. De Commissie-Dekker stelt voor ten aanzien van de aanvullende verzekeringen een acceptatieplicht in te voeren voor de verzekeraars, en eventueel een maximum premie (pag. 54).³⁵ Verstrekkingen die onder de aanvullende verzekering vallen kunnen volgens Dekker c.s. „als totaal, afzonderlijk dan wel niet worden verzekerd” (pag. 12).³⁶ Zoals eerder betoogd, kan een dergelijke situatie, indien de uitkeringen uit de centrale kas ten behoeve van de basisverzekering geen volledig juiste afspiegeling vormen van de te verzekeren risico's, leiden tot „gunstige selectie via ongunstige selectie”, dat wil zeggen dat de verzekeraars, gegeven de

-
34. Uiteraard moet hierbij rekening gehouden worden met de bij ziekenhuizen gebruikelijke manier van afschrijven op basis van historische kosten.
 35. Van een echt „vrije markt” voor de aanvullende verzekeringen (pag. 11, Rapport van de Commissie-Dekker) is dus geen sprake.
 36. Betekent dit dat een verzekeraar elke verzekerde moet accepteren die een *afzonderlijke* verzekering voor in-vitro-fertilisatie, of sterilisatie, of voor tandheelkundige hulp wenst af te sluiten? Indien dit zo is, welke verzekeraar is dan nog in ziektekosten geïnteresseerd?

systematiek van uitkeringen uit de Centrale Kas, via de aard en samenstelling van de *aanvullende* verzekering zullen trachten een zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand te verwerven ten aanzien van de *basis*-verzekering.

Teneinde een dergelijk ongewenst gedrag tegen te gaan, kan gedacht worden aan (zie pag. 21-22): het standaardiseren van de aanvullende verzekering(en), het verbieden dat ziektekostenverzekeraars ook andere schadeverzekeringen of andere goederen en diensten verkopen, het subsidiëren van de aanvullende verzekering(en) door bijdragen uit de Centrale Kas en, als *ultimum remedium*, het opnemen van bepaalde verstrekkingen in de verplichte basisverzekering.

Een derde amendement betreft de systematiek van uitkeringen aan de verzekeraars uit de Centrale Kas, waarin de centraal geïnde premies worden gestort. De Commissie-Dekker stelt voor dat de verzekeraars uit de Centrale Kas uitkeringen ontvangen op basis van objectieve criteria, zoals leeftijdsopbouw en ziektebeelden. Op deze wijze zou een eerlijke concurrentie tussen verzekeraars gericht op kwaliteit en kostenbeheersing tot stand kunnen komen en zou moeten worden voorkomen dat het voor verzekeraars profijtelijk is om een zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand te selecteren. Deze basisgedachte kan ik volledig ondersteunen. Teneinde het gestelde doel te realiseren zou ik echter willen voorstellen om niet voor *alle* functies die behoren

tot het basispakket de uitkering aan de verzekeraars uit de Centrale Kas op bovenvermelde wijze te laten plaatsvinden. In dit verband zou ik de volgende twee overwegingen naar voren willen brengen:

a. Met betrekking tot de basisverzekering stelt de Commissie-Dekker voor dat de inkomsten voor de verzekeraars voor 87% (i.e. 27 miljard gulden) bestaan uit de uitkeringen uit de Centrale Kas en voor 13% (i.e. 4,1 miljard gulden) bestaan uit nominale premies, die de verzekerden rechtstreeks betalen aan de verzekeraar van hun keuze. De hoogte van de nominale premie wordt door elke verzekeraar zelf bepaald en wordt geacht een weerspiegeling te zijn van de inspanningen van de verzekeraar op het terrein van doelmatigheid en kostenbeheersing. In wezen functioneert de nominale premie als een sterk vergrootglas. Stel dat de verzekeraar een netto kostenvermindering van 1% realiseert en die volledig ten goede laat komen aan de verzekerden, dan kan – omdat de uitkering uit de Centrale Kas ongewijzigd blijft – de nominale premie voor de verzekerden met bijna 8% worden verlaagd. Bij een kostenvermindering van 13% kan de nominale premie zelfs met 100% worden gereduceerd! Indien de uitkeringen uit de Centrale Kas een juiste weerspiegeling zijn van de te verzekeren ziektekosten-risico's, is een dergelijke hefboomwerking zéér gewenst! Indien de uitkering uit de Centrale Kas echter volop ruimte laten voor „gunstige selectie”, dan werkt de

hefboom als een boemerang: 1% kostenvermindering als gevolg van gunstige selectie stelt de verzekeraar in staat om zijn nominale premie met bijna 8% te verlagen en zodoende zijn concurrentiepositie te verbeteren.

Dit illustreert dat het van cruciaal belang is dat de uitkeringen aan de verzekeraars uit de Centrale Kas een juiste weerspiegeling zijn van de te verzekeren risico's. Voor het vinden van zo'n juiste budgetformule zouden wij dankbaar gebruik kunnen maken van de ervaringen en het onderzoek dat thans plaatsvindt in de V.S. met een soortgelijke formule, de zogenaamde AAPCC-formule (Adjusted Average Per Capita Cost). Dit is de formule volgens welke Medicare (een soort volksverzekering voor bejaarden) HMO's vergoedt die Medicare-verzekerden verzorgen.

Recentelijk is de gedachte naar voren gekomen om deze formule uit drie componenten te laten bestaan (Enthoven, 1987):

- * een abonnement-achtige betaling vooraf op basis van „demografische” kenmerken (o.a. leeftijd, geslacht en regio);
- * een vaste vergoeding achteraf, gebaseerd op diagnostische informatie, voor bepaalde ziekte-episoden die gepaard gaan met zeer hoge kosten (bijvoorbeeld, een vast bedrag voor een „60 - 65-jarige patiënt met borstkanaker”);
- * een vaste vergoeding per jaar voor de vervolgcosten van dergelijke ziekte-episoden.

In Nederland bestaat nog geen ervaring met dergelijke verfijnde budgetformules. Gezien de complexiteit hiervan en gezien het cruciale belang van een juiste budgetformule, ben ik van mening dat de Commissie-Dekker iets te optimistisch is geweest door te stellen „dat in een periode van enkele jaren een objectief verdeelmechanisme kan worden ingevoerd” (pag. 56).

Laat deze opmerking echter niet geïnterpreteerd worden als een suggestie om er maar helemaal niet aan te beginnen. Integendeel, de opmerking moet eerder gezien worden als een aansporing om de onderzoeksinspanningen op dit terrein zéér aanzienlijk te vergroten! De studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg is thans, met financiële steun van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, bezig een vooronderzoek te verrichten naar dergelijke budgetformules en is gaarne bereid in de komende jaren dit onderzoek tot een belangrijk onderdeel van haar onderzoeksprogramma te maken.

Ten aanzien van het objectieve verdeelmechanisme zou mijn voorstel zijn om – naast de eerder genoemde maatregelen om gunstige selectie tegen te gaan (zie pag. 20) – te starten met die ziektekosten-risico's die in hoge mate „verzekeraar” zijn.

Een risico is meer verzekeraar naarmate (Berliner, 1982, pag. 16):

- * het optreden van de gebeurtenis een meer stochastisch karakter heeft;
- * de grootst mogelijke schade kleiner is;

- * de gemiddelde schade per gebeurtenis kleiner is;
- * de frequentie van de gebeurtenis hoger is.

Globaal komt deze suggestie erop neer om te starten met de meest gangbare verstrekkingen in het ziekenfondspakket en geleidelijk, naarmate de ervaring toeneemt, overige verstrekkingen, zoals AWBZ-verstrekkingen, toe te voegen. Wellicht dat ten aanzien van bepaalde AWBZ-verstrekkingen besloten zal moeten worden om deze altijd volledig (achteraf) aan de verzekeraar te blijven vergoeden. Een gevolg hiervan is echter dat de verzekeraars, voorzover het zorgfuncties betreft die voor substitutie gevoelig zijn, gestimuleerd worden om gebudgetteerde verstrekkingen te vervangen door niet-gebudgetteerde verstrekkingen. Vergroting van de doelmatigheid en het tegemoet komen aan de preferenties van de consument zullen dan met betrekking tot genoemde verstrekkingen op een andere wijze moeten worden gerealiseerd (bijvoorbeeld strakke indicatiestelling; onderlinge bedrijfsvergelijking van de inrichtingen; bonussen voor het management; cliënteninspraak). In feite zal er steeds een afweging gemaakt moeten worden van de voordelen van substitutie tegen de nadelen van gunstige selectie. Dit vereist een constante evaluatie en bijstelling.

Naast theoretische inzichten is praktische ervaring hierbij van groot belang. Praktische ervaring zou in Nederland kunnen worden opgedaan langs tenminste drie wegen:

- gestart zou kunnen worden met het budgetteren van ziekenfondsen, waarbij aanvankelijk het budgetbedrag grotendeels gebaseerd is op historische kosten (bijvoorbeeld voor 75%, 90% of 95%) en gedeeltelijk gebaseerd op een objectieve verdeelsleutel;
- de interne verevening bij particuliere ziektekostenverzekeraars;
- de premiekorting in geval van zorgverlener-gebonden polissen.

b. De tweede overweging met betrekking tot de systematiek van uitkeringen aan de verzekeraars uit de Centrale Kas betreft een aantal zorgfuncties die volgens de Commissie-Dekker tot het pakket van de basisverzekering dient te behoren, maar waarvoor slechts een *zeer gering aantal gemotiveerde consumenten op de verzekeringsmarkt aanwezig is*. Te denken valt bijvoorbeeld aan de verpleging, behandeling en verzorging van lichamelijk gehandicapten, geestelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten. Omdat slechts een *zéér* kleine fractie van de Nederlandse bevolking tot de genoemde categorieën patiënten behoort, zal slechts een zeer gering deel van de bevolking gemotiveerd zijn om – ook in het hypothetische geval van volledige informatie over prijs en kwaliteit – wat genoemde verstrekkingen betreft een juiste afweging te maken tussen prijs en kwaliteit. De meeste consumenten zullen, in de verwachting dat hen, althans in het betreffende jaar, niets desastreus zal overkomen, voornamelijk op de laagste prijs letten, ongeacht het gebodene.

Voorts zal een belangrijk deel van de gebruikers van genoemde verstrekkingen, gezien hun specifieke situatie, niet in staat zijn een afgewogen keuze te maken uit de diverse aangeboden polissen. Concurrentie tussen verzekeraars biedt dan wel een stimulans om de kosten van genoemde verstrekkingen zoveel mogelijk te reduceren, maar – ook in het geval van een perfecte budgetformule – nauwelijks een stimulans om zo goed mogelijk kwaliteit te leveren en tegemoet te komen aan de preferenties van consument. (Zou een verzekeraar zijn marktpositie aanzienlijk kunnen verbeteren door bijvoorbeeld de beste zwakzinnigenzorg te bieden? Zou een verzekeraar veel van zijn marktpositie verliezen indien wat betreft zwakzinnigenzorg een minimaal aanvaardbare kwaliteit zorg wordt geboden? Waarschijnlijk niet.) Voor genoemde verstrekkingen zou eveneens een volledige vergoeding van de kosten (achteraf) kunnen worden overwogen.

Tot slot van deze beschouwingen omtrent de voorstellen van de Commissie-Dekker hecht ik eraan te benadrukken dat ik bewust gesproken heb van „amendementen”, en niet van „(negatieve) kritiek”. Dit moge een indicatie zijn van mijn mening over de hoofdlijnen van de voorstellen van de Commissie-Dekker. Voor degenen die kennis hebben genomen van eerdere geschriften van mijn hand zal dit geen verrassing zijn.

Geachte leden van het bestuur van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen,

Gezien de recente ontwikkelingen en discussies in de gezondheidszorg heeft u enkele jaren geleden, toen u het initiatief nam tot het vestigen van deze leerstoel, een zeer vooruitziende blik gehad. De behoefte aan onderwijs en onderzoek betreffende de sociale ziektekostenverzekering zal de komende jaren naar verwachting alleen maar toenemen. Graag dank ik u voor mijn benoeming en voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop van harte dat de vruchten van de activiteiten in het kader van deze leerstoel uiteindelijk ten goede zullen komen aan de verzekerden.

Waarde Van Praag,

In 1973 ben ik tijdens mijn wiskunde-studie min of meer toevallig terecht gekomen bij de projectgroep „Macro-Rekenmodel”, waarvan jij, als één van de eerste pioniers op het terrein van de gezondheidseconomie in Nederland, project-leider was. De 9 jaar die ik aan het Economisch Instituut te Leiden verbonden ben geweest, heb ik als zeer stimulerend ervaren. De ruimte die jij als promotor aan je promovendi geeft om zich te ontwikkelen, heb ik zeer gewaardeerd.

Waarde Lapré,

Graag wil ik jou dankzeggen voor je betrokkenheid bij het vestigen van deze

leerstoel. Vooral van jou heb ik geleerd dat naast rationaliteit en logica ook, of misschien wel vooral, andere zaken van groot belang zijn in de dagelijkse realiteit van het gezondheidszorgbeleid.

Dames en heren studenten aan deze universiteit, in het bijzonder de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg,

Gezien de te verwachten wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekering en gezien de cruciale rol die ziektekostenverzekering in het toekomstige gezondheidszorgsysteem in Nederland zal gaan vervullen, is een gedegen kennis omtrent ziektekostenverzekering in uw latere werk absoluut onmisbaar. Tijdens deze rede heb ik in vogelvlucht slechts enkele aspecten van ziektekostenverzekering globaal de revue kunnen laten passeren. Tijdens uw studie hoop ik de verdere details met u te bespreken betreffende het boeiende spanningsveld tussen sociale ziektekostenverzekering en doelmatigheid.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Barer, M.L., Evans, R.G. and Stoddart, G.L., *Controlling health care costs by direct charges to patients: snare or delusion?*, Ontario Economic Council, Toronto, Occasional Paper 10, 1979.
- Berliner, B., *Limits of insurability of risks*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1982.
- Brook, R.H., Ware, J.E., Rogers, W.H., Keeler, E.B., Davies, A.R., Donald, C.A., Goldberg, G.A., Lohr, K.N., Mastay, P.C. and Newhouse, J.P., *Does free care improve adults health?*, *The New England Journal of Medicine*, 309 (1983) 1426-1434.
- Cunningham, F.C. and Williamson, J.W., How does the quality of health care in HMO's compare to that in other settings?, *Group Health Journal*, 1 (1980) 4-25.
- Enthoven, A.C., *Health plan; the only practice solution to the soaring cost of medical care*, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1980.
- Enthoven, A.C., *Theory and practice of managed competition in health care finance*, F. de Vries lectures, 18 september 1987, Erasmus Universiteit Rotterdam (tot be published by North-Holland Pu.Co).
- Luft, H.S., *Health Maintenance Organizations: Dimension of Performance*, John Wiley & Sons, New York, 1981.
- Luft, H.S., Compensating for biased selection in health insurance, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64-4 (1986), pp. 566-591.
- Manning, W.G., Leibowitz, A., Goldberg, G.A., Rogers, W.H. and Newhouse, J.P., A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services, *New England Journal of Medicine*, 310 (1984) 1505-1510.
- Newhouse, J.P., A design for a health insurance experiment, *Inquiry*, 1974, 11, 5-27.
- Newhouse, J.P., *Insurance benefits, out of pocket payments, and the demand for medical care: a review of the literature*, (P-6134), Rand Corporation, Santa Monica (1978).
- Newhouse, J.P., Is competition the answer?, *Journal of Health Economics*, 1(1982), 109-116.
- Newhouse, J.P., Rate adjusters for Medicare under capitation, *Health Care Financing Review*, 1986 Annual Supplement, 45-55, 1986.
- Newhouse, J.P., W.G. Manning, C. Morris, L. Orr, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz, K. Marquis, M.S. Marquis, C. Phelps and R. Brook, Some interim results from a controlled trial of cost-sharing in health insurance, *New England Journal of Medicine*, 305 (1981), p. 1501-1507.

- Rothschild, M. en J. Stiglitz, Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics* 90 (1976), 629-649.
- Rutten, F.F.H. and W.P.M.M. van de Ven, Concurrentie en ziektekostenverzekering, in: Hagen, J.H. (red.), Concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg, De Tijdstroom, Lochem, 1985, 54-91, zie ook: *Economisch Statistische Berichten*, 70 (1985) 521-525.
- Scheffler, R.M. en L.F. Rossiter (eds.), *Advances in health economics and health services research, Volume 6; biased selection in health care markets*, JAI Press Inc., London, 1985.
- Schut, F.T., *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1986.
- Schut, F.T., Opmars van PPO's, *Inzet* vol.11 (1987), nr.8, pag. 28-31.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven, Health Maintenance Organizations; een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, *Economisch Statistische Berichten* 70 (1985), p. 1111-1117.
- Schut, F.T. en A.F. Casparie, Health Maintenance Organizations; kwaliteit van integrale zorgverlening, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131 (1987), 450-454.
- Sloan, F.A. en R. Feldman, Competition among physicians, in: Greenberg, W.(ed.), *Competition in the health care sector: past, present and future*, Aspen Systems Corporation, Germantown (1978).
- Ven, W.P.M.M. van de, Effecten van eigen bijdragen in gezondheidszorg, *Medisch Contact* 35 (1980) 155-157, 189-194, 216-218.
- Ven, W.P.M.M. van de, Het RAND ziektekostenverzekering experiment, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 60 (1982), 314-325.
- Ven, W.P.M.M. van de, Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid, *Economisch Statistische Berichten*, 68 (1983), 72-78 en 110-117.
- Ven, W.P.M.M. van de, De Rol van ziektekostenverzekering, (herziene versie dd 11 augustus 1987) in R.M. Lapré en F.F.H. Rutten (red), *Handboek Economie van de Gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem (verschijnt begin 1988).
- Ware, J.E., R.H. Brook, W.H. Rogers, E.B. Keeler, A.R. Davies, C.D. Scherbourne, G.A. Goldberg, P. Camp and J.P. Newhouse, Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care, *Lancet*, i (1986) 1017-1022.
- Wolinsky, F.D., The performance of Health Maintenance Organizations: an analytical review, *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 58 (1980), 537-587.

