

De prijs van de solidariteit

Geplaagd door hardnekkige tegenwerking sleept het plan-Simons zich nu twee jaar voort. Weliswaar is er een voorzichtig begin gemaakt met de invoering van de door Simons beoogde vergaande herziening van het stelsel van de gezondheidszorg, maar de doorvoering van het gehele plan laat op zich wachten. Het kabinet wil eerst meer zekerheid over de beheersbaarheid van de kosten in het nieuwe stelsel. Ondertussen presenteren werkgevers en politici alternatief na alternatief om te voorkomen dat het plan ook werkelijkheid wordt.

Het ziet er zo mooi uit. Enerzijds beoogt het plan-Simons meer marktwerking door verzekeraars met elkaar te laten concurreren met een pakket van basisvoorzieningen en een aanvullende verzekering. Door die concurrentie zouden zij de zorgverleners aanzetten tot kostenbeheersing. Anderzijds houdt het plan ook meer solidariteit in. Het verschil tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden wordt opgeheven en in plaats daarvan krijgen beide groepen hetzelfde produkt aangeboden. Dit moet worden betaald uit een inkomensafhankelijke premie, te innen door de overheid, en een vast bedrag, dat door de verzekeraar mag worden vastgesteld aan de hand van zo gunstig mogelijk bedongen afspraken met zorgverleners. Efficiëntie en solidariteit gaan hand in hand. Maar leidt deze ogenschijnlijke harmonie ook werkelijk tot de gewenste kostenbeheersing?

Om redenen van solidariteit tussen verzekeringnemers sluit Simons selectie op grond van gezondheidsrisico's nagenoeg volledig uit. Of men nu veel of weinig van de gezondheidszorg gebruik maakt, men betaalt altijd een zelfde inkomensafhankelijke premie en een luttel vast bedrag voor een standaardpakket. Door het beroep op solidariteit wordt echter het verband tussen prijs en hoeveelheid geleverde zorg verbroken. Daarmee verdwijnt één van de prikkels tot zuinig gebruik.

Eerste-Kamerlid voor het CDA P.B. Boersma lanceerde daarom een subtiele variant. Hij stelt voor een onderscheid te maken naar onverzekerbare risico's, verzekerbare en tevens individueel draagbare risico's en verzekerbare maar tevens individueel draagbare risico's. De eerste twee categorieën zouden op inkomensafhankelijke wijze moeten worden gefinancierd, maar de laatste zou met een zeker maximum ook vertaald kunnen worden in een eigen bijdrage of geheel voor eigen rekening kunnen komen. Het gaat vooral om de eerste-lijnszorg zoals de huisarts. Boersma staat kennelijk op het standpunt dat kostenbeheersing het meest effectief is als de gebruiker van gezondheidszorg direct met de prijs van het produkt in aanraking wordt gebracht. En daarvoor laat hij gedeeltelijk het solidariteitsargument los.

De werkgeversorganisatie VNO en de vakcentrale MHP (middelbaar en hoger personeel) gaan een stap verder. Zij zijn tegen Simons' idee van een volksverzekering, waarbij iedereen tegen praktisch alles verzekerd is door een inkomensafhankelijke

premie en een relatief klein vast bedrag. Zij stellen voor alleen de onverzekerbare risico's, zoals de kans om door een ongeval gehandicapt te raken, te fiscaliseren en voor het overige de premies meer te differentiëren naar gezondheidsrisico's; een verbreding van de huidige praktijk van particulier verzekeren derhalve. Men wil meer vrijheid om een prijs vast te stellen afhankelijk van het verwachte beroep van de verzekeringnemer op gezondheidszorg. Het verband tussen prijs en tegenprestatie wordt daardoor verder versterkt, maar de solidariteit tussen inkomensgroepen en risicogroepen wordt grotendeels doorbroken en daarmee komt ook de toegankelijkheid van de zorgverlening in het geding.

De grootste zorg voor Simons moet zijn dat aan solidariteit in de gezondheidszorg een prijs verbonden is. Het verbreken van het verband tussen prijs en produkt kan leiden tot een ongeremd beroep op gezondheidszorg en het is de vraag of de voorgestelde concurrentieruimte, namelijk een nominale premie van 15% van de waarde van het voorzieningenniveau, voldoende is om deze tendens tegen te gaan. Dit klemt des te meer daar in de gezondheidszorg de Wet van Say lijkt op te gaan: het aanbod creëert zijn eigen vraag. Het gevolg van deze situatie kan zijn dat verzekeraars op een zo goedkoop mogelijke wijze het nieuwste van het nieuwste aan de verzekeringnemers zullen aanbieden, terwijl de groei zelf nauwelijks wordt geremd. De situatie wordt nog zorgelijker als door kartelvorming bij de aanbieders van zorg of bij de verzekeraars of bij beide, van concurrentie weinig terechtkomt. Het almaar uitdijende aanbod zal dan waarschijnlijk grotendeels worden afgewenteld in de vorm van een verhoging van de inkomensafhankelijke premie.

Per saldo lijken de gewenste kostenbesparingen vooral afhankelijk van de omvang van het beroep op de gezondheidszorg. En om dit beroep tot het minimaal noodzakelijke te beperken zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen het benutten van de werking van het marktmechanisme enerzijds en de toegankelijkheid van de zorg anderzijds. Het lijkt erop dat het plan-Simons, door zijn nadruk op solidariteit onder verzekeringnemers en toegankelijkheid, de hoop op kostenbeheersing vrij eenzijdig heeft verschoven naar de aanbieders en verzekeraars van gezondheidszorg. Het risico is echter niet denkbeeldig dat deze zich zullen laten leiden door de Wet van Say. Deze wet kan worden doorbroken door het solidariteitsprincipe minder stringent toe te passen en de vragers van gezondheidszorg meer kostenbewust te maken. Zo zijn ook op de lange termijn de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en blijft het stelsel betaalbaar.

T.P. van Walderveen