

## Misverstanden omtrent het plan-Simons

*In een recent artikel in ESB stelt J.G.A. van Mierlo dat het plan-Simons niet leidt tot de beoogde vergroting van de micro-doelmatigheid. Zijn bezwaren lijken voort te komen uit een aantal hardnekkige misverstanden over de opzet van de stelselwijziging gezondheidszorg.*

J.G.A. van Mierlo uit in ESB van 20 november drie bezwaren tegen het plan-Simons<sup>1</sup>:

- de omvang van het basispakket is te groot;
- dientengevolge is de ruimte voor concurrentie tussen verzekeraars te gering;
- inkomensafhankelijke premies gaan ten koste van de allocatieve efficiëntie.

### Basispakket en concurrentie

De eerste twee bezwaren komen voort uit het door de commissie-Dekker zelf in het leven geroepen misverstand, dat een substantiële aanvullende verzekering noodzakelijk zou zijn voor voldoende concurrentie. Het grootste verschil tussen het plan-Dekker en het plan-Simons is de verkleining van het aanvullende verzekeringspakket van 15% tot 4% van het totaal aan verstrekkingen en voorzieningen van gezondheidszorg. Van Mierlo is van mening dat door de minimale aanvullende verzekering "prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars zo ongeveer tot nul gereduceerd wordt". Daarbij lijkt hij echter te vergeten dat gemiddeld 14% van de totale kosten van de basisverzekering moet worden opgebracht via een nominale premie of een eigen risico die per verzekeraar kunnen verschillen. Verzekeraars kunnen trachten meer verzekerden aan te trekken door de nominale premie of het eigen risico voor verzekerden te verlagen. Dit is mogelijk door het contracteren van doelmatige zorgverleners of door het organiseren van een doelmatig zorgaanbod, waardoor ze overhouden op het budget dat zij ontvangen voor de resterende 86% van de kosten van de basisverzekering. Van groot belang is derhalve dat – hoewel gemiddeld 86% van de kosten van de basisver-

zekering collectief wordt gefinancierd – de verzekerde zelf 100% van de marginale veranderingen in de premie betaalt. Bovendien is door de grotere contracteervrijheid en de uitsluitend in functionele termen omschreven wettelijke verzekeringsaanspraken een aanzienlijke variatie in polissen mogelijk<sup>2</sup>. In tegenstelling tot wat Van Mierlo denkt bestaat dus binnen de basisverzekering een aanzienlijke ruimte voor polisdifferentiatie en prijsconcurrentie. Dientengevolge is ook de kans op nieuwe monopolievorming onder zorgverzekeraars minder groot dan Van Mierlo veronderstelt.

Door recente fusies en samenwerkingsverbanden in de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt wordt bovendien een belangrijk tegenwicht gevormd tegen de regionale machtsposities van ziekenfondsen. De positie van de ziekenfondsen wordt verder bedreigd doordat de automatische ziekenfondsverzekering van werknemers straks wegvault. Collectieve contracten tussen werkgevers en zorgverzekeraars zullen een belangrijker plaats gaan innemen. Niet voor niets zijn particuliere ziektekostenverzekeraars nu al verwickeld in een 'slag om de collectiviteiten'. Het gevaar voor kartelvorming en concurrentiebeperkend gedrag is evenwel groter aan de aanbodzijde met haar goed georganiseerde beroepsgroepen en aanzienlijke toetredingsbarrières, dan aan de kant van de zorgverzekeraars. Het is daarom van groot belang dat de overheid een krachtig mededingingsinstrumentarium achter de hand heeft, hetgeen in Nederland helaas (nog?) niet het geval is. Afgezien van inkomenspolitieke overwegingen zijn er ook een drietal economische argumenten voor een breed basispakket. Ten eerste heeft

een omvangrijke aanvullende verzekering als bezwaar dat niet de kosten-effectiviteit van de voorziening maar het al dan niet verzekerd zijn richtsnoer wordt voor het gebruik van zorg. Aldus kan ongewenste substitutie ontstaan van niet verzekerde aanvullende voorzieningen door verplicht verzekerde basisvoorzieningen. Doelmatige substitutie vereist correcte prijsignalen en pleit dus voor opname van substitueerbare verstrekkingen in hetzelfde pakket. Ten tweede heeft een brede basisverzekering bij een gegeven mate van collectieve financiering tot gevolg dat de nominale premie voor het basispakket in absolute zin toeneemt, waardoor de mogelijkheden voor concurrentie op prijs en kwaliteit van de basisverstrekkingen groter is dan bij een aanzienlijke aanvullende verzekering.

Ten derde zal de concurrentie met betrekking tot het aanvullende pakket zich naar verwachting niet primair richten op schadelastbeheersing maar op pakketdifferentiatie en risicoselectie, zoals thans in de particuliere verzekeringssector gebruikelijk is. De maatschappelijke waarde van een dergelijke vorm van concurrentie wordt nu juist betwijfeld. Een brede basisverzekering is daarom een noodzakelijke voorwaarde voor concurrentie gericht op het bevorderen van doelmatige zorgverlening. In plaats van de discussie uitsluitend te richten op de omvang van het verstrekkingenpakket lijkt het, zoals de commissie-Dunning voorstelt, minstens zo belangrijk om te kijken naar het 'gepast gebruik' van deze verstrekkingen. Een beperking van de aanspraken op bepaalde basisverstrekkingen door een nauwkeurige omschrijving van de indicatievereisten lijkt in veel gevallen een zinvollere aanpak dan het verwijderen van de totale verstrekking uit het basispakket.

### Inkomensafhankelijke premies

Het derde bezwaar van Van Mierlo betreft niet alleen het plan-Simons maar ook het voorafgaande plan-Dekker. Volgens beide plannen moet een belangrijk deel van de

1. J.G.A. van Mierlo, Een alternatief voor het plan-Simons, ESB, 20 november 1991, blz. 1164-1166.

2. In het rapport van de commissie-Dunning worden treffende voorbeelden gegeven van de mogelijke verschillen in polissen van de basisverzekering. Commissie Keuzen in de zorg, *Kiezen of delen*, Distributiecentrum DOP, Den Haag, 1991, blz. 43-45 en blz. 161-164.

zorgverzekering bekostigd worden door het heffen van inkomensafhankelijke premies. Hiermee trappen zij volgens Van Mierlo in 'de val van de zogeheten inkomensprijzen'. Doordat deze inkomensprijzen geen relatie hebben met de onderliggende schaarsteverhoudingen zouden zij leiden tot overconsumptie van medische dienstverlening. Deze redenering gaat echter mank omdat de inkomensprijzen niet rechtstreeks betrekking hebben op het gebruik van medische zorg maar op de aanschaf van ziektekostenverzekeringen. Nadat de premie voor ziektekostenverzekering is betaald zijn de marginale kosten van medische consumptie voor de verzekerde gelijk aan nul (afgezien van tijdsprijzen), hetgeen kan resulteren in overconsumptie. Ongeacht de wijze van premiestelling, leidt louter de aanwezigheid van ziektekostenverzekeringen tot een suboptimale allocatie van middelen. Het vervangen van een inkomensafhankelijke door een nominale premie voor een verplichte verzekering verandert niets aan de door de verzekerde waargenomen geringe marginale kosten van medische zorg en levert derhalve geen bijdrage aan een vergroting van de doelmatigheid in de gezondheidszorg.

### **Besluit**

Het plan-Simons is eerder een meer uitgebalanceerde versie dan een 'slap aftreksel' van het oorspronkelijke advies van de commissie-Dekker. Na alle kritiek van de afgelopen maanden kreeg het plan onlangs steun uit onverdachte hoek. In een vergelijkende studie naar voorstellen voor hervorming van de gezondheidszorg in zeven landen concludeerde de OESO dat Nederland "het enige land is dat er bij die plannen in slaagt een goed evenwicht te bereiken tussen enerzijds het handhaven van kwaliteit en solidariteit en aan de andere kant het vergroten van doelmatigheid en kostenbeheersing door het introduceren van concurrentieprikkels"<sup>3</sup>. Een en ander laat onverlet dat een kritische toetsing van de wijze van invoering van het plan-Simons geboden blijft.

### **F.T. Schut**

De auteur is verbonden aan het Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

---

3. *NRC Handelsblad*, dinsdag 3 december 1991, blz. 2.