

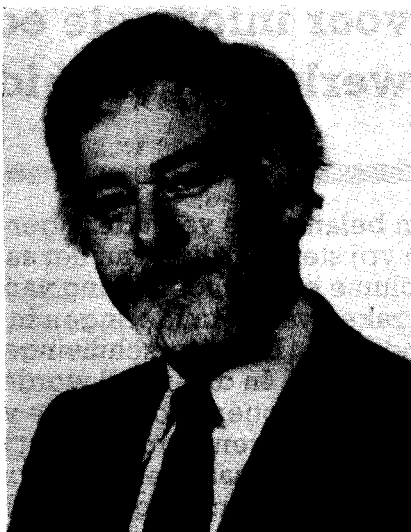
Over de bomen en het bos

Op 26 maart was het een heuglijke dag voor de Nederlandse volksgezondheid. Op die dag bood de heer Dekker het rapport *Bereidheid tot verandering* aan de bewindslieden van WVC aan. Natuurlijk was dit geen uitgewerkte blauwdruk voor een revolutionaire structuurwijziging van het Nederlandse volksgezondheidsstelsel, maar in ieder geval werd een richting aangegeven. De verwachting dat het plan in zijn geheel wordt uitgevoerd is niet realistisch; bij de uitwerking blijken nu eenmaal een aantal onverwachte gevolgen, die bijstelling, ook van de hoofdlijnen, noodzakelijk kunnen maken. In Nederland is nu een emotionele discussie losgebarsten over het plan-Dekker en we zien hierbij een verschijnsel optreden dat steeds vaker wordt waargenomen. Het 'grand design' sneeuwt onder en de discussie bijt zich vast in enige details van de verzekeringsstructuur, waarbij belangengroepen met weinig oog voor het compromis blokkades opwerpen die de evaluatie op hoofdpunten en de voortgang van de implementatie onmogelijk maken. Een soortgelijke ontwikkeling ziet men bij het plan-Oort.

In abstracte economische termen gezegd, alleen verbeteringen in de zin van Pareto, dat wil zeggen waarbij *niemand* er slechter op wordt, zijn aanvaardbaar. Maar dat kan natuurlijk niet. Er is een koek van vaste omvang en indien we de lastenverdeling wijzigen impliceert dit noodzakelijkerwijs, dat sommige partijen erop vooruitgaan ten koste van andere partijen. Bij elke wijziging van de verzekeringsstructuur zal dit verschijnsel optreden.

Naast de problemen op het micro-vlak bij burgers vindt men deze verschijnselen ook op het meso-vlak. Neem bij voorbeeld de sector geneesmiddelen. Hier wordt veel gepraat over het stelsel van *ijkprijzen*. In de geneesmiddelen zijn er naast de merkproducten de zogenaamde generieke producten, dat wil zeggen de vervanger van het merkproduct met identieke chemische samenstelling maar van een andere fabrikant. Deze generieke producten, die volledig legaal zijn wanneer het patent van de eerste producent is verstreken, zijn in het algemeen veel goedkoper. Het ministerie ijvert dus voor een substitutie naar generieken, en wel op twee manieren. Binnen een geneesmiddelencluster wordt een ijkprijs gegeven, zodat de ziekenfondspatiënt bij koop van een duurder geneesmiddel het verschil zelf moet bijpassen. De apotheker wordt gepaaid om goedkopere mogelijkheden te zoeken. Bij elke cluster komt een referentieprijs; de apotheker mag bij het ziekenfonds niet alleen de reële inkoopprijs maar ook een derde van de korting op de referentieprijs declareren.

B.M.S. van Praag.



Dit noemt men de *stimulans*. Recent hebben de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma) en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) een beginplan gemaakt, waarbij ijkprijzen en stimulans worden verworpen als zijnde patiëntonvriendelijk c.q. onnodig. Daartegenover stelt Nefarma een prijsstabilisatie voor een paar jaar. Dat kan ook gemakkelijk omdat de producenten hun prijzen in de laatste jaren mogelijk in anticipatie al behoorlijk hadden verhoogd. Ook hier is natuurlijk het eigenbelang zeer belangrijk en speelt het algemene belang weinig mee. Elke sturing naar generieke producten benadeelt immers de leden van Nefarma, en ijkprijzen en stimulans hebben dat effect. Het feit dat de Nefarma er zo tegen is, geeft aan dat het plan effectief wordt geacht. Wat het ziekenfonds heeft bewogen om deze onverwachte monstercoalitie aan te gaan, laat zich niet bevroeden. In ieder geval kan kostenreductie hierbij niet voorop hebben gestaan.

Dit zijn twee voorbeelden van bananenschillen die liggen of worden uitgestrooid op het pad van de beleidsmaker van droom naar werkelijkheid. In deze dagelijkse werkelijkheid vergeet men licht de bedoeling van het Dekkerplan. In dat grand design zijn basisverzekering en ijkprijzen slechts instrumenten, geen doel op zich. Waar ging het ook al weer om?

Wanneer we de trend in de Nederlandse volksgezondheid bezien, dan vallen drie dingen op: de bevolking vergrijs, wat leidt tot een vergroting van de vraag

naar gezondheidsdiensten, de medische technologie verbeterd met het jaar, waardoor de prijs per behandeling evenredig toeneemt, en groei van de Nederlandse productie per hoofd van de bevolking dreigt te stagneren.

Op de lange duur (dat wil zeggen over een termijn van ca. 10 jaar) kan dit nooit goed gaan, behalve wanneer we het niveau van onze volksgezondheid willen laten aantasten. Gelukkig zijn er nog veel mogelijkheden om het bestaande potentieel efficiënter te verdelen, waarbij substitutie van dure naar minder dure aanbieders en beloning naar functie in plaats van instituut onmiddellijk de aandacht trekken. Dit vereist echter dat het marktmechanisme wordt ingeschakeld als instrument om deze efficiëntere allocatie te bereiken.

Het is ook evident dat ongebreidelde marktwerking tot onaantvaardbare resultaten leidt. *Daarom* is het idee van de verplichte basisverzekering gelanceerd met een gedeeltelijk gefixeerde inkomensafhankelijke premiestelling. Daardoor zou namelijk voorkomen worden dat 'slechte' risico's (meestal armen) slechts voor sociaal-onaantvaardbaar hoge premies zouden kunnen worden verzekerd terwijl 'goede' risico's (meestal rijken) voor een dubbeltje op de eerste rang kunnen plaatsnemen, omdat ze zo gezond zijn ¹⁾.

Wat nu opvalt in de discussie is dat men door de bomen het bos niet meer ziet. Basisverzekering, ijkprijzen, stimulans, de in te stellen concurrentie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, enz., zij zijn slechts instrumenten binnen een 'grand design' dat dient tot de instandhouding van het huidige peil van volksgezondheid in de moeilijke jaren die ons te wachten staan. Het is te hopen dat men ondanks deze strubbelingen, vastberaden op hoofdlijnen doch flexibel op details, het plan-Dekker zal realiseren.

¹⁾ Zie ook: B.M.S. van Praag e.a., *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*, Geschrift 61, Prof. Mr. B.M. Teldersstichting, 1986.