

# Feiten en ficties rond de plannen-Dekker, -Dees en -Simons

Het advies van de commissie-Dekker over de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg werd aanvankelijk positief ontvangen. De kritiek op dit rapport en het daarop gebaseerde regeringsbeleid, waaronder het recente plan-Simons, is de laatste tijd echter toegenomen. In dit artikel geven de auteurs een overzicht van de belangrijkste punten van kritiek en trachten deze te weerleggen.

PROF. DR. P.B. BOORSMA – DRS. M. DE BRUINE\*

In maart 1987 bracht de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker) haar advies uit over de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg<sup>1</sup>. Kernelementen in het advies waren vergroting van de doelmatigheid door de introductie van marktwerking, vergroting van de samenhang tussen de verschillende compartimenten in de zorg en bevordering van de substitutie. Een wijziging van het huidige ziektekostenverzekeringsstelsel, opgebouwd uit de Ziekenfondswet, de AWBZ, de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren en de particuliere ziektekostenverzekeringen, in een stelsel met een voor iedere Nederlander verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering neemt binnen deze plannen een belangrijke plaats in. De uitvoering van de basisverzekering, die 85% van het totaal aan verstrekkingen en voorzieningen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening omvat, komt in handen van zogenaamde zorgverzekeraars. Voor erkenning als zorgverzekeraar komen alle verzekeraars in aanmerking die bereid zijn zich te conformeren aan de regels die de overheid ten aanzien van de uitvoering van de zorgverzekering stelt. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars komt daarmee te vervallen. De overige verstrekkingen, goed voor 15% van de kosten, kunnen door de verzekerden bij dezelfde zorgverzekeraar vrijwillig en in willekeurige combinaties aanvullend worden verzekerd.

De zorgverzekeraars moeten in de plannen van de commissie-Dekker onderling concurreren om de gunsten van de verzekerden. Om hun positie te handhaven of te versterken zullen zij zowel hun eigen functioneren toetsen op doelmatigheid als de zorg zodanig trachten te organiseren dat deze zo goed en efficiënt mogelijk aansluit op de wensen van verzekerden. De zorgverzekeraars worden daarbij geholpen door een functionele omschrijving van het basispakket, hetgeen betekent dat niet het zorgaanbod als uitgangspunt gehanteerd wordt, maar, met de daarbij behorende flexibiliteit, de zorgvraag. Dit impliceert tegelijkertijd dat concurrentie tussen aanbieders van zorg een rol gaat spelen in het nieuwe stelsel: zij zullen op hun beurt immers moeten gaan concurreren om de gunst van de kostenbewust inkopende zorgverzekeraars.

De methode van premieheffing is onlosmakelijk verbonden aan de stelselwijziging. Zij bevat draagkracht- en

minale elementen en wel in een verhouding 75 : 25. Het inkomensafhankelijke premiedeel voor de basisverzekering belandt via de belastingdienst in een centrale kas. Uit deze centrale kas worden per verzekerde (norm-)uitkeringen gedaan aan de zorgverzekeraars. De normuitkering is gebaseerd op het risico van de betreffende verzekerde. Door de (individuele) uitkering te koppelen aan het (individuele) risico verdwijnt voor zorgverzekeraars de prikkel om verzekerden te selecteren op grond van hun risico. De normuitkering zal echter onvoldoende zijn om de kosten van de zorgverzekeraar volledig te dekken. Daarom is voorzien in een nominale premie die de verzekeraar aan zijn verzekerden zal moeten vragen. Deze nominale premie, die voor alle verzekerden bij één verzekeraar gelijk moet zijn maar tussen verzekeraars kan verschillen, is een van de manieren om de concurrentie tussen de verzekeraars tot stand te brengen. In totaliteit zou de nominale premie in de basisverzekering circa 10% van de totale kosten moeten dekken. Voor de aanvullende verzekering is de premie volledig nominaal.

In maart 1988 bleek dat het kabinet-Lubbers II in hoofdlijnen het advies van de commissie-Dekker volgde<sup>2</sup>. Inmiddels is gebleken dat ook het kabinet-Lubbers III in belangrijke mate voortgaat op de ingeslagen weg. De huidige staatssecretaris van volksgezondheid Simons geeft in zijn nota *Werken aan zorgvernieuwing* te kennen dat hij de invoering nastreeft van een 'moderne zorgverzekering'. Deze moderne zorgverzekering komt op cruciale punten overeen met de plannen van zijn voorganger Dees en van de commissie-Dekker. Weliswaar kiest hij voor een grotere basisverzekering en heeft hij de verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premies op 85-15 gesteld, maar hij verliest daarbij de kernelementen van de oor-

\* Hoogleraar openbare financiën bij de faculteit Bestuurskunde van de Universiteit Twente, respectievelijk universitair docent bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. P.B. Boorsma was lid van de commissie-Dekker. De auteurs danken drs. F.T. Schut en prof. dr. W.P.M.M. van de Ven voor hun commentaar op een eerdere versie.

1. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Beleid tot verandering*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987.

2. *Nota Verandering verzekerd*, Tweede Kamer, 1987-1988, 19 945, nrs. 27, 28.

spronkelijke plannen niet uit het oog. Dit blijkt onder meer uit zijn pleidooi voor het terugtreden van de overheid, onderhandelingsvrijheid voor de zorgverzekeraars en zorgaanbieders en competitie tussen verzekeraars en tussen aanbieders van zorg. Opvallend is wel dat de nieuwe bewindsman de terminologie rond de stelselwijziging grondig heeft aangepast; zo spreekt hij over 'inspelen op de vraag' in plaats van 'marktwerking', over 'versterking van de eigen verantwoordelijkheid' in plaats van 'concurrentie' en mijdt hij zorgvuldig het begrip 'Dekker' wanneer hij het heeft over zijn eigen voornemens voor de stelselwijziging (die hij typeert als 'geleidelijke modernisering').

Na aanvankelijke positieve reacties vanuit de politiek en het veld van de gezondheidszorg lijkt er de laatste jaren welhaast sprake van een 'stemmingmakerij' tegen de plannen van de adviescommissie-Dekker en het daarop gebaseerde regeringsbeleid. Haast anekdotisch is in dit verband het geval van de eind 1989 door de koepelorganisatie van onderlinge non-profit ziektekostenverzekeraars (FOZ) gepresenteerde en royaal in de media aangehaalde enquête, waaruit bleek dat 85% van de (1000) ondervraagde kostwinners voorstander is van één zorgverzekering voor alle Nederlanders, waaruit vervolgens bleek dat 68% met een dergelijke stelselwijziging een hogere doelmatigheid wil bereiken, dat 71% toch de voorkeur geeft aan de huidige verzekering en dat slechts 6% van de ondervraagden vertrouwen heeft in de Dekker-plannen. Minstens zo interessant als de bovengenoemde antwoorden is het antwoord op de vraag, wie er weleens van het plan-Dekker gehoord had: dat bleek bij 69% van de ondervraagden het geval te zijn. Van deze 69% associeerde minder dan de helft het plan met gezondheidszorg.

Van vele zijden weerklinkt dus kritiek op de plannen. Dit mag en moet zelfs voor zover de gehanteerde argumenten hout snijden. Daar waar dat niet het geval is, en dat komt veelvuldig voor, dienen zaken te worden rechtgezet. Het doel van dit artikel is om door een beknopte bloemlezing van fouten en misverstanden, die al dan niet zijn ingegeven door belangen van de critici zelf, een aantal van deze kritiekpunten te ontzenuwen. Gezien de parallellen die het plan-Simons vertoont met de oorspronkelijke voorstellen van de commissie-Dekker heeft een dergelijke analyse nog geenszins aan betekenis ingeboet, integendeel de verwachting is gerechtvaardigd dat al deze kritiekpunten bij een verdere herziening van het stelsel opnieuw naar voren gebracht gaan worden.

---

## De standpunten begin 1987

---

Het veranderingsproces in de structuur en financiering van de gezondheidszorg, waarvoor de commissie-Dekker in maart 1987 het startschot gaf, kent een lange voorgeschiedenis. Het gedurende de laatste twee decennia gehanteerde ordeningsprincipe uit de Structuurnota '74 van de toenmalige staatssecretaris voor volksgezondheid Hendriks, bleek in feite al veel eerder dan 1987 aan vervanging toe. De kritiek op het stelsel met zijn rigide overheidsregeling voor de bepaling van het volume, de prijsvorming en de bekostiging van gezondheidszorgvoorzieningen, werd breed gedeeld. Kritische geluiden kwamen onder meer vanuit de wetenschap, de verzekeringswereld, het ziekenfondswezen, de vakbeweging, de organisaties van aanbieders van zorg, de consumenten-/patiëntenorganisaties en later ook vanuit de politiek. De opmerkelijk gelijklopende kritiek richtte zich enerzijds op de werking van het stelsel, dat onvoldoende doelmatig en te weinig flexibel was en waarin zorginhoudelijk gewenste substitutie onvoldoende gestimuleerd werd en anderzijds op de rol van de overheid, die te weinig ruimte liet voor marktwerking. Het

was dan ook niet verwonderlijk dat de instelling van de commissie-Dekker door velen met instemming werd begroet.

Zowel in woord als geschrift werd het advies door diverse betrokkenen gunstig onthaald, zowel de diagnose als de remedie van Dekker werden op hoofdlijnen gedeeld<sup>3</sup>. De enigen die in deze fase een duidelijk afwijkend oordeel hebben zijn de werknemersorganisaties en de SER, die een algemene volksverzekering (met een breed verstrekkingenpakket en zonder nominale premies) en een zeer beperkte marktwerking voorstonden en de commerciële ziektekostenverzekeraars, die geen grondige herziening van het bestaande stelsel wilden, maar via aanpassingen de doelmatigheid en de solidariteit wilden verhogen.

Dit beeld van instemming op hoofdlijnen en discussie over de nadere uitwerking wordt versterkt wanneer we de opvattingen van de politieke partijen daarbij betrekken. Tijdens de behandeling in juni 1988 van de nota *Verandering verzekerd* in het parlement bleek een meerderheid in grote lijnen achter de op de Dekker-voorstellen geformuleerde regeringsplannen te staan<sup>4</sup>. Van de grote fracties in de Tweede Kamer was de PvdA de enige die zich een fervent tegenstander van de voorgestane veranderingen toonde. Wanneer we de opstelling van deze fractie echter vergelijken met de nota die zij op 31 maart 1987 over hetzelfde onderwerp uitbracht<sup>5</sup>, valt een opvallende ommezwaai waar te nemen. Met name het 'tweede model' uit de bedoelde nota vertoont belangrijke overeenkomsten met de plannen van de commissie-Dekker.

---

## De standpunten begin 1990

---

De politieke partijen blijken hun opvattingen over het plan-Dekker nauwelijks fundamenteel te hebben aangepast, het plan biedt nog steeds 'voor elk wat wils'. Zelfs de PvdA streeft nu een verdere wijziging van het stelsel na. Hoewel daarbij eigen accenten worden gelegd vertonen de PvdA-plannen 'Dekkeriaanse' trekjes. Anders ligt de situatie bij de betrokkenen in de gezondheidszorg; de geclausuleerde steun lijkt daar plaats te hebben gemaakt voor kritiek. Een rondgang langs dezelfde betrokkenen uit het veld leert dat de oppositie tegen de plannen groot, maar evenzeer verdeeld is.

Uit een in augustus 1989 door *Inzet*, het maandblad van het ziekenfondswezen, georganiseerd openbaar debat tussen betrokkenen uit het veld van de gezondheidszorg en politici van de drie grootste politieke partijen, over de gezondheidszorg in de komende kabinetsperiode, kwam als belangrijkste conclusie naar voren dat bij een ieder onvrede bestond met de huidige gang van zaken rond de stelselwijziging, maar dat elke vertegenwoordiger eerst en vooral zijn eigen (deel-)belang nastreefde: de organisatie van apothekers wilde de medicijnen in het basis- in plaats van het aanvullende pakket, de fysiotherapeuten wilden hetzelfde voor de fysiotherapie, de tandartsen voor de tandheelkundige verstrekkingen, de ziekenhuizen wilden een volumegroei, de geestelijke gezondheidszorg wilde voor de eigen sector een uitzonderingspositie, enzovoort<sup>6</sup>.

---

3. Op onderdelen was de eenstemmigheid minder groot. Zo was er bij voorbeeld ook toen al volop discussie over de marktwerking, de omvang van het basispakket en de verhouding tussen nominale en inkomensafhankelijke premie.

4. De uitspraak, die voorzitter Hendriks van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid op 8 mei 1989 tijdens een Algemene Vergadering van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) deed, dat een politiek draagvlak ontbreekt, lijkt derhalve onjuist.

5. Tweede Kamer, 1986-1987, 19 931, nrs. 1, 2.

6. *Inzet*, nr. 9/89, blz. 2-12.

Van het streven van de organisatoren om te komen tot een "krachtige, eensluidende visie vanuit het veld van de gezondheidszorg", kwam uiteindelijk dan ook niet veel terecht.

## Een aantal argumenten gewogen

Na het korte overzicht van de houdingen ten opzichte van het plan-Dekker, komen we thans bij de inhoudelijke kritiek. Een deel daarvan is onderbouwd en constructief van aard en verdient daarom (beleids-)aandacht<sup>7</sup>. Een aanzienlijk deel mist echter een empirische en/of theoretische onderbouwing en lijkt veeleer zijn oorsprong te vinden in eigen belang. Dit deel van de kritiek, dat in de publieke beeldvorming over de stelselwijziging een grote rol is gaan spelen, vormt het onderwerp van de onderstaande beschouwing. Gezien de beperkte ruimte bespreken wij slechts een klein aantal kritiekpunten en en misverstanden<sup>8</sup>.

### Risicofactoren

Een hardnekkig misverstand doet zich voor bij het aantal risicofactoren dat in het eerder besproken normuitkeringsstelsel voor de basisverzekering zou moeten worden opgenomen. Bij een goed functionerend systeem van normuitkeringen komt de verzekeraar voor elke verzekerde, ongeacht zijn gezondheidsrisico, een zelfde bedrag tekort. Dit tekort vormt de basis voor de nominale premie. Wil een dergelijk systeem risicoselectie door verzekeraars tegengaan dan moet het in voldoende mate aansluiten bij het risico van de individuele verzekerden. Hierover zegt Hammege, de voormalig voorzitter van de vereniging van commerciële particuliere ziektekostenverzekeraars, NVOZ: "fijnmazige elementen leiden onherroepelijk tot het afglijden naar een declaratiestelsel, een volksverzekering"<sup>9</sup>. Later wordt deze stelling weliswaar afgezwakt, er wordt van de zijde van een aantal particuliere ziektekostenverzekeraars nog steeds gepleit voor een "verdeelsstelsel met weinig parameters, een robuust stelsel"<sup>10</sup>. Ook de VVD'er Nijhuis stelde dat "het probleem van normuitkeringen schuilt in de verfijning"<sup>11</sup>. Van de Ven toont evenwel het tegendeel aan, het probleem van normuitkeringen schuilt niet in verfijning, maar in grofmazigheid<sup>12</sup>. Grofmazigheid biedt verzekeraars immers volop mogelijkheden om in de markt de gunstige risico's te gaan selecteren hetgeen leidt tot maatschappelijke verspilling. In een onlangs door het NEI uitgevoerde simulatiestudie werd dit nog eens empirisch bevestigd. Becijferd werd dat verzekeraars, bij een grofmazig systeem (dat alleen rekening houdt met de risicofactoren leeftijd, geslacht en regio), door op een slimme manier gebruik te maken van informatie over de gezondheidstoestand van verzekerden, gemiddeld ongeveer 40% over kunnen houden op de normuitkering voor de gunstige risico's en gemiddeld ongeveer 100% verlies kunnen ontwijken door geen polis af te sluiten met de ongunstige risico's<sup>13</sup>. Dat verzekeraars hiertoe (en tot meer) in staat zijn, wordt onder meer duidelijk uit Amerikaans onderzoek<sup>14</sup>. Kenmerken die, voor zover zij niet zijn opgenomen in het verdeelsstelsel, door Nederlandse verzekeraars gebruikt kunnen worden voor het selecteren van gunstige risico's zijn bij voorbeeld beroep, lichaamsgewicht, urbanisatiegraad, uitkeringsgerechtigdheid en gezondheidstoestand<sup>15</sup>. Weliswaar kan, zoals de regering in de nota *Werken aan zorgvernieuwing* doet, grofmazigheid van het verdeelsysteem als uitgangspunt gekozen worden (bijlage, blz. 10), maar dit mag er zeker niet toe leiden dat de toegankelijkheid als gevolg van risicoselectie door zorgverzekeraars daaraan opgeofferd wordt (vergelijk de 'sociale pijler' waarop de stelselwijziging berust (blz. 47)).

Het betoog dat verfijning tot een declaratiestelsel leidt wordt eveneens door Van de Ven ontzenuwd, wanneer deze er op wijst dat normuitkeringen vooraf en declaraties achteraf plaatsvinden en dat de verschillen in ziektekosten per jaar op individueel niveau slechts voor maximaal 20% voorspelbaar zijn<sup>16</sup>.

### Solvabiliteitsreserves

Eind 1989 kwamen de 'solvabiliteitsreserves' voor de ziekenfondsen en de uitvoerders van publiekrechtelijke regelingen in het nieuws. Als deze verzekeraars, in tegenstelling tot nu, in het nieuwe stelsel risico zouden moeten gaan dragen, dan zou de vorming van voorzieningen en een solvabiliteitsmarge, gemakshalve reserves genoemd, noodzakelijk zijn. Bedragen werden genoemd van f 4,1 mrd. en zelfs f 7,1 mrd. (*NRC Handelsblad* 18 augustus 1989). De juistheid van met name het eerste bedrag werd bevestigd door de Verzekeringskamer, het orgaan dat krachtens de Wet Toezicht Verzekeringwezen (WTV), financieel toezicht houdt op het functioneren van schade- en levensverzekeraars. De (noodzakelijke) vorming van deze reserves zou derhalve een serieuze bedreiging vormen voor de invoering van 'Dekker'. Nu blonk de berichtgeving over dit onderwerp niet uit door helderheid, zo werd er geen onderscheid gemaakt tussen technische voorzieningen en solvabiliteitsmarge, en werd er binnen deze twee typen wettelijke vereisten geen nadere differentiatie aangebracht. Inmiddels heeft de regering op basis van berekeningen van de Verzekeringskamer vastgesteld dat de reservebehoefte voor de basisverzekering bij de ziekenfondsen minimaal f 2,5 mrd. bedraagt.

Een uitvoeriger analyse van de genoemde bedragen leert dat de uitgangspunten die voor de berekeningen gehanteerd werden, discutabel zijn. Op dit moment zijn de particuliere verzekeraars krachtens de WTV bij voorbeeld verplicht een premievoorziening voor vergrijzing van hun portefeuilles aan te houden in verband met de veroudering van de Nederlandse bevolking. In het nieuwe stelsel, zo heeft de Verzekeringskamer in haar advies van 30 juni 1989 aan de toenmalige staatssecretarissen voor volksgezondheid en sociale zaken medegedeeld, zal het voor verzekeraars niet langer noodzakelijk zijn om een voorziening voor veroudering te vormen: de centrale kas kan immers in haar verdeelsleutel rekening houden met de vergrijzing. Overigens heeft de regering hiermee in haar berekeningen reeds rekening gehouden. Ook voor de vorming van de overige technische schadevoorzieningen heeft de stelselwijziging consequenties, bij voorbeeld door de manier waarop de schadeafwikkeling en de ontvangsten uit de centrale kas in de eindsituatie geregeld gaan worden en door de mogelijke invoering van declaratie-ele-

7. Onder meer, W.P.M.M. van de Ven, Risicoselectie en zorgverzekering, *ESB*, 17 mei 1989, blz. 477-482; F.T. Schut, *Mededingsbeleid in de gezondheidszorg*, VUGA/De Tijdstroom, 1989; R.C.J.A. van Vliet, *Risicoselectie en globale normuitkeringen*, (twee rapporten), Nederlands Economisch Instituut, 1989, 1990 en H.F.L. Garretsen, H. Raat, *Gezondheid in de vier grote steden*, SDU, Den Haag, 1989.

8. Exacte bronvermeldingen zijn om dezelfde reden achterwege gelaten. Op aanvraag zijn zij bij de auteurs verkrijgbaar.

9. *VVP Magazine*, 9 augustus 1989, blz. 35.

10. Het zou met name gaan om de risicofactoren leeftijd, geslacht en regio. R. van Duuren, B.H. Posthuma, F.A.M. Ruygt, *Marktwerking, normuitkeringen en risicoselectie*, *ESB*, 13 december 1989, blz. 1232-1235.

11. Handelingen Tweede Kamer, 1988-1989, 7de vergadering, 4 oktober 1988, blz. 382.

12. Van de Ven, op.cit., 1989.

13. Van Vliet, op.cit., 1989, 1990, blz. 68.

14. Congress of the United States, Office of Technology Assessment, *Medical testing and health insurance*, augustus 1988.

15. Van Vliet, op.cit., 1990.

16. Van de Ven, op.cit., blz. 482.

menten voor de klassieke 'care'-voorzieningen in de AWBZ.

Vervolgens is het de vraag of bij de vaststelling van de hoogte van de technische voorzieningen en de solvabiliteitsmarge wel gebruik dient te worden gemaakt van de rekenregels zoals die in de WTV vermeld staan. Weliswaar heeft de Verzekeringskamer voor toepassing van de WTV-regels op het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel naar nuanceringen gezocht, maar deze blijven noodzakelijkerwijs binnen de kaders die de WTV stelt. De belangrijkste achterliggende doelstelling van deze wet is het waarborgen van de continuïteit van verzekeringsbedrijven, dit vanwege hun 'betekenis voor het economisch leven'. In het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering zal het zo zijn dat de 'betekenis voor het economisch leven' weliswaar gelijk zal blijven, maar dat de omgeving waarin zorgverzekeraars zich staande moeten houden en zekerheid moeten verschaffen aan hun verzekerden geheel verschillend is. Het insolventierisico zal van een geheel andere aard zijn: verzekerden kunnen dank zij de acceptatieplicht voor de basisverzekering te allen tijde van verzekeraar wisselen, ook na een eventueel faillissement. De wenselijkheid om ook het voortbestaan van de meest marginale onderneming te garanderen, neemt daardoor fors af.

Dat er reserves gevormd moeten gaan worden lijkt buiten twiifel, maar de financiële lasten die daaruit voortvloeien voor burgers (en voor de overheid: vergroting van de collectieve-lastendruk, correcties van inkomenseffecten en dergelijke) hangen, behalve van bovengenoemde punten, sterk af van de lengte van het gekozen invoeringstraject. Inmiddels is duidelijk geworden dat voor de invoering een periode van 7 jaar zal worden uitgetrokken, waarbij het tempo vooral zal afhangen van de ruimte die de economische groei biedt.

### Marktwerking

Over de marktwerking in het nieuwe stelsel bestaan eveneens de nodige misverstanden. Enkele voorbeelden: "het solidariteitsbeginsel valt moeilijk te rijmen met marktwerking", "de introductie van marktwerking leidt tot Amerikaanse toestanden"<sup>17</sup>, "marktwerking leidt tot slechtere kwaliteit", "Dekker en doelmatigheid gaan niet samen". De critici verwijzen daarbij naar de bijzondere karakteristieken van de markt voor gezondheidszorg. Echter, het bestaan van deze karakteristieken is noch door de commissie-Dekker, noch door de regering ooit betwist, integendeel het is als uitgangspunt genomen voor de ontwikkeling van de voorstellen. Het beeld dat de critici bij marktwerking voor ogen staat past derhalve niet bij het stelsel van gereguleerde concurrentie waarvan commissie en regering de contouren geschetst hebben. Afgezien van technische markt-onvolkomenheden wordt ook wel gewezen op de heersende waarden en normen, die marktwerking in de gezondheidszorg in de weg zouden staan. Nu is het voor werkzame concurrentie niet noodzakelijk dat iedere aanbieder de ander naar het leven staat, de dreiging van concurrentie geeft al een aanzet tot innovaties<sup>18</sup>.

Van verschillende zijden is er op gewezen dat de beoogde concurrentie niet zal optreden, gegeven het beperkte aantal concurrenten. Zoals bekend is uit de literatuur over mededinging, is 'workable competition' zeer wel mogelijk bij een beperkt aantal aanbieders. Het gevaar dat in zo'n situatie schuilt, is de mogelijkheid van kartelvorming. Deze vraag heeft aan betekenis gewonnen door de fusiegolf die over de ziekenfondswereld is gespoeld. Doch zelfs nu er een grotere concentratie is ontstaan, is concurrentie mogelijk, hetgeen thans voor de verplichte ziekenfondsverzekering onmogelijk is. Zodra de beschermde positie van de ziekenfondsen wordt opgeheven, zal er dus, opnieuw onder de veronderstelling van een effectief mededingingsbeleid, concurrentie kunnen ontstaan.

Opmerkingen over marktwerking en solidariteit komen onder andere voor bij de FNV. Volgens FNV-bestuurder Muller wordt in een eigen alternatief plan gekozen voor een "solidair systeem met een premie naar draagkracht, waarin de grote inkomenseffecten voor de laagstbetaalden niet optreden en de gaten in de uitvoering, de onzekerheden voor de verzekerden en de open einden van het plan Dekker niet optreden". Los van de juistheid van deze uitspraak van de FNV lijkt het heilloos om te blijven pleiten voor een volksverzekering, zoals de FNV lijkt te doen. "Don't kick a dead horse".

### Collectieve lasten

Als door de FNV gepleit wordt voor een 'klassieke' volksverzekering, volledig te betalen uit premies naar draagkracht en declaratie door verzekeraars uitgevoerd, dan wordt door de betreffende pleitbezorgers gewoonlijk niet gewezen op de consequentie van de stijging van de (collectieve) lasten. Elk individu afzonderlijk kan zeggen een dergelijke stijging te accepteren, Maar het collectief accepteert dat wellicht niet. Over langere termijn gezien kan van een stijging van de collectieve lasten immers een opwaartse invloed op lonen en prijzen worden verwacht, met de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor de werkgelegenheid. Voorts gold voor het vorige kabinet stabilisatie van de collectieve-lastendruk als uitgangspunt, een uitgangspunt dat, afgezien van een niveauverhoging, door het huidige kabinet is overgenomen. Ieder die pleit voor een klassieke volksverzekering vraagt daarmee om een dreigende stijging van de collectieve-lastendruk en dus een ombuigingsprobleem. Als er door dergelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg een ombuigingsprobleem ontstaat, zal er naar alle waarschijnlijkheid volgens de regels van het budgettaire spel naar oplossingen worden gezocht. Waar de ombuigingen gealloceerd moeten worden, blijft in het onderhavige plan echter geheel onbesproken.

Overigens is de collectieve-lastendiscussie in de gezondheidszorg van oudsher een zeer vertroebelde. Zo worden de ziekenfondspremies, vanwege onder andere het van rechtswege verplichte karakter, gerekend tot de collectieve lasten, terwijl de premies voor de particuliere ziektekostenverzekering, die vanwege de individueel onbetaalbare kosten van met name de intramurale gezondheidszorg materieel eveneens gezien kunnen worden als dwangbetaling, daarbuiten vallen. De nagenoeg 100% verzekeringsgraad van de particulier verzekerde Nederlandse bevolking wijst in deze richting. Hoewel deze uitgaven behoren tot de particuliere consumptieve bestedingen is de keuzevrijheid voor het al dan niet aangaan van een ziektekostenverzekering in de praktijk uiterst gering.

Het hybride karakter van de collectieve-lastendefinitie komt nog sterker tot uitdrukking in de benoeming van de nominale premies in het huidige en toekomstige stelsel van ziektekostenverzekering, beide verzekeringen van rechtswege. De nominale premies die sinds 1989 door de ziekenfondsen worden geheven worden, uitgaande van de (impliciete) collectieve-lastendefinitie uit het *Financieel overzicht zorg 1990*, niet tot de collectieve lasten gerekend (Tweede Kamer, 1989-1990, 21 310, nr. 2, blz.14). De nominale premies in de toekomstige zorgverzekering daarentegen werden aanvankelijk, blijkens een reactie van de

17. Hoewel hier waarschijnlijk, impliciet, bedoeld wordt bij voorbeeld het enorme aantal onverzekerden, is het evenzeer mogelijk om aan de Amerikaanse gezondheidszorg voorbeelden te ontfanen van innovaties die de gezondheidszorg ten goede komen. Bij voorbeeld de 'Health maintenance organizations', die aantoonbaar efficiënter werken dan traditionele verzekeraars, zonder dat de kwaliteit van de dienstverlening daaronder lijdt.

18. Gesteld dat er een effectief mededingingsbeleid gevoerd wordt. Schut, op.cit., 1989.

Centraal Economische Commissie, weer wel tot de collectieve lasten gerekend. Deze opvatting is opmerkelijk, daar er bij de huidige nominale premie in het ziekenfonds geen enkele relatie bestaat tussen betalen en genieten, terwijl dat bij de nominale premie in de zorgverzekering wel het geval zal zijn. Inmiddels is deze situatie opnieuw gewijzigd nu uit de nota *Werken aan zorgvernieuwing* blijkt dat de regering besloten heeft zowel de nominale premie in de Ziekenfondswet als de nominale premie in de nieuwe zorgverzekering buiten de collectieve lasten te laten vallen (bijlage, blz. 22, nr. 31). Door de stelselwijziging zou de collectieve-lastendruk uiteindelijk met 0,3% van het nationaal inkomen toenemen.

Bij afwezigheid van een relevante inhoudelijke definitie van het collectieve-lastenbegrip lijkt het beter ons te concentreren op de doelmatigheid van het stelsel. Vergroting van de doelmatigheid was een van de hoofddoelstellingen van de stelselwijziging. Wanneer nu door de herziening van het stelsel de totale kosten van de zorg omlaag gaan (of wanneer met dezelfde hoeveelheid middelen meer of betere zorg geleverd kan worden), dan lijkt vervolgens de vraag hoe we deze kosten benoemen aanmerkelijk minder relevant. Sterker: moeten we een inefficiënt en per saldo wellicht duurder stelsel van gezondheidszorg verdedigen ten opzichte van een efficiënter stelsel zuiver en alleen op grond van een historisch gegroeid collectieve-lastenbegrip in de gezondheidszorg, dat dus voorbijgaat aan de allocatieve aspecten van dat stelsel? Deze vraag wint uiteraard aan betekenis als gepleit wordt voor een stelselherziening conform het concept van de 'klassieke' volksverzekering, waarbij doelmatigheidswinst allerminst gegarandeerd is.

### Relevantie

Er wordt wel gesteld dat de reorganisatie van de zorgsector vanuit kostenbeheersingsoogpunt niet meer zo nodig is, zodat met marginale in plaats van systeemwijzigingen kan worden volstaan. Het argument is dan, dat de kosten van de gezondheidszorg zijn gestabiliseerd in procenten van het nationale inkomen. De kosten van de gezondheidszorg zijn in de periode van 1980-1987 gestegen met 32,5%, ruwweg met 4% per jaar. In procenten van het bnp stegen de kosten van 8,2% in 1980 naar 8,5% in 1987, waarbij de kosten voor 1988 werden geraamd op 8,4%<sup>19</sup>. Bij deze stabilisatie zijn de volgende kanttekeningen te plaatsen. In de eerste plaats is de stabilisatie wellicht bereikt door de snelle volumegroei van de nationale productie, en niet zozeer door een beheersing van de kosten van de gezondheidszorg, welke in guldens gemeten sneller stijgen dan het aantal inwoners. In de tweede plaats zegt de 'macro-stabilisatie' weinig over de 'micro-allocatie', het niveau waarop de stelselwijziging vooral aangrijpt. Gewezen kan worden op het cao-conflict in het ziekenhuiswezen, waaruit structureel verstoorde arbeidsmarktverhoudingen als oorzaak naar voren komen. Ook het restrictieve budgetbeleid voor de algemene ziekenhuizen kan in dit verband genoemd worden. Het budgetteringsbeleid heeft weliswaar bijgedragen aan de genoemde stabilisatie, maar kent in allocatief opzicht een aantal bezwaren. De bestaande en groeiende wachtlijsten zoals die onder meer te vinden zijn in de zwakzinnigenzorg zijn een laatste indicatie van het bestaan van omvangrijke 'onbetaalde rekeningen' in de gezondheidszorg. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid becijferde deze achterstanden voor de periode tot 1995 in een aantal probleemsectoren onlangs op f 4,5 mrd. In de derde plaats is het erg optimistisch om onmiddellijk de conclusie van stabilisatie te trekken als de stijging over een zo lange periode heeft plaatsgevonden. Gegeven onder meer de vergrijzing van de bevolking en de autonome groei van de medische consumptie ten gevolge van technologische ontwikkelingen, is een verdergaande reële stijging van de medische kosten per hoofd te verwachten.

### Slot

In de loop van de tijd is er de nodige kritiek geweest, eerst op het advies van de commissie-Dekker, vervolgens op de regeringsnota *Verandering verzekerd*. Ook het plan-Simons blijft veel van deze kritiek niet gespaard. Een nadere beschouwing leert echter dat een deel van deze kritiek, met name uit 'het veld van de gezondheidszorg', slecht onderbouwd en in een aantal gevallen onjuist is. Dit doet afbreuk aan de waarde van de oorspronkelijke plannen en de daarop gebaseerde regeringsvoornemens voor de noodzakelijke herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg, te meer daar het juist deze kritiek is geweest die de laatste jaren veel aandacht heeft gekregen. Uit de voorafgaande bloemlezing mag blijken dat er weinig reden is om onder de indruk te raken van deze kritiek op de stelselwijziging. Wij hopen dan ook dat het aangesproken deel van de critici van de stelselherziening zich na het rapport-Dekker en de regeringsnota *Verandering verzekerd*, met het uitkomen van de nota *Werken aan zorgvernieuwing* niet voor de derde keer zal stoten aan dezelfde stenen.

Het ontzenuwen van dit deel van de kritiek neemt echter niet weg dat er zowel in politieke als in technische zin nog tal van barrières genomen moeten worden alvorens er sprake kan zijn van een stelselwijziging in de gezondheidszorg naar de geest van de plannen van de commissie-Dekker. Het gekozen invoeringstraject, dat eindigt in 1995, toont aan dat ook het huidige kabinet een aantal grote problemen voor zich uit schuift, een deel zelfs naar een volgend kabinet. Een en ander maakt het eindbeeld nog verre van helder.

**P.B. Boorsma  
M. de Bruine**