

## Een alternatief voor het plan-Simons

*De micro-doelmatigheid wordt met het plan-Simons niet bevorderd, zoals F.T. Schut onlangs in ESB stelde. Een ministelsel van gezondheidszorg daarentegen biedt deze doelmatigheid wel en vergroot bovendien de keuzevrijheid.*

De stelselherziening van de gezondheidszorg, zoals thans vervat in het plan-Simons, blijft niet alleen de politiek-bestuurlijke gemoederen bezighouden. Ook de wetenschappers mengen zich in het debat. In *ESB* van 6 november 1991 houdt bij voorbeeld F.T. Schut nog een warm pleidooi voor de 'noodzaak van het plan-Simons'. Steeds wordt als hoofddargument aangevoerd dat de microdoelmatigheid van de zorgverlening in dat plan zou worden bevorderd met behulp van vooral meer prijsconcurrentie, alsmede de concurrentie op kwaliteit en service. Dat is echter geen geldig argument. Het plan-Simons gaat gebukt onder inherente gebreken en dient in deze vorm dan ook niet te worden doorgevoerd, ook niet op termijn en in fasen. In plaats daarvan zou een ander plan dienen te worden geformuleerd, waarvoor ook het zojuist verschenen rapport van de commissie-Dunning<sup>1</sup> bouwstenen levert.

### Essentie van het plan-Dekker

Om deze stelling te verduidelijken moeten wij terug naar het rapport van de commissie-Dekker, zoals dat in april 1987 is gepubliceerd<sup>2</sup>. Oogmerk van het rapport was het ontwerpen van een systeem van druk en tegendruk ('countervailing powers') waardoor een vraag-aanbodverhouding in de gezondheidszorg zou ontstaan. De (publieke of particuliere) ziektekostenverzekeraar onderhandelt namens de consumenten met de zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en hoeveelheid. Hiermee zou de doelmatigheid van de medische dienstverlening worden verhoogd en de gewenste kostenbeheersing van de gezondheidszorg tot stand worden gebracht. Dat moest gebeuren op twee manieren:

- aan de aanbodzijde: verhoging van de concurrentie tussen zorg-

aanbieders, waardoor monopolievorming wordt doorbroken en prijsverlagingen mogelijk worden;

- aan de vraagzijde: verhoging van de keuzevrijheid en van de rationele afwegingsmogelijkheden van individuele consumenten door splitsing van het zorgaanbod in een basispakket voor iedereen en een top daarbovenop, vrij naar keuze.

Bovengenoemde twee elementen zijn vooral gericht op bevordering van een efficiënte allocatie van schaarse middelen in de gezondheidszorg<sup>3</sup>. Daartoe worden praktijken van kunstmatige schaarste aan de aanbodzijde en allerlei vormen van consumptiedwang aan de aanbodzijde aangepakt. Waar de commissie in haar advies slechts zijdelings aandacht aan heeft besteed zijn de inkomenspolitieke aspecten van de door haar voorgestelde stelselherziening. Randvoorwaarde voor verbetering van het allocatiemechanisme in de gezondheidszorg is slechts, dat het beginsel van 'gelijke toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen' gehandhaafd moet blijven. Let wel: dit vormt slechts een randvoorwaarde waarop de stelselherziening mede moet worden beoordeeld, maar behoorde als zodanig beslist niet tot de kern van het advies. Aandacht voor de inkomenspolitieke aspecten maakte ook geen onderdeel uit van de adviesopdracht aan de commissie.

Sindsdien zijn ruim vier jaar verstreken waarin twee kabinetten er lang over hebben gedaan om tot een standpuntbepaling te komen. Uiteindelijk kwam het huidige kabinet met een slap aftreksel van het oorspronkelijke advies van de commissie-Dekker: het plan-Simons. De Tweede Kamer heeft afgelopen zomer dat plan aanvaard, de PvdA zelfs met

enig enthousiasme, maar het CDA met de nodige weerzin en bedenkingen. Betekent dit dat de inhoud van het plan-Simons rechtstreeks in verband kan worden gebracht met het advies van de commissie-Dekker? En betekent dit ook dat de noodzaak van het plan-Simons nu buiten kijf staat? Niets van dat al.

### Bezwaren tegen plan-Simons

Met het plan-Simons is veel mis. Dat is uitspreken beweerd door deskundigen op het terrein van financiering en organisatie van de gezondheidszorg, en de vele belangengroepen op dit terrein roepen hen dat in koor na. Dat zij voor hun belangen opkomen is hun goed recht in de parlementaire democratie, maar diskwalificeert niet automatisch de eventuele geldigheid van hun argumenten. Waar komen de bezwaren tegen dit plan, ondanks alle reparatiepogingen, op neer? Ik beperk mij tot de volgende drie:

- de verwarring van allocatieve oogmerken met inkomenspolitieke aspecten van de stelselherziening;
- de oprekking van de omvang van het basispakket tot bijna 100 procent;
- de nieuwe monopolievorming die door een en ander wordt uitgelokt aan vooral de financieringszijde.

### Verwarring met inkomenspolitiek

In afwijking van het rapport-Dekker vormen de inkomenspolitieke aspecten van de stelselherziening een centraal onderdeel van het plan-Simons. Niet alleen heeft het plan-Simons tot oogmerk de allocatie in de gezondheidszorg te verbeteren. Ook de gevolgen voor de inkomensverdeling krijgen meer aandacht en dat niet louter als randvoorwaarde, maar als gelijkwaardige beleidsdoelstelling aan die van de allocatieverbetering. Hier ontspoot het plan dan ook. De 'gelijke toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen' wordt bewerkstelligd door een gelijk basispakket voor iedereen. De specifieke definitie van dit basispakket bepaalt tegelijkertijd,

1. Commissie Keuzen in de Zorg (commissie-Dunning), *Kiezen en delen*. Den Haag, november 1991.

2. Commissie Financiering en Structuur Gezondheidszorg (commissie-Dekker). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, april 1987.

3. Zie over dit rapport ook diverse bijdragen in J.G.A. van Mierlo (red.), *Particulier initiatief in de gezondheidszorg*. Assen/Maastricht, 1991.

tot welke voorzieningen wel gelijke toegang is verzekerd en tot welke niet.

Om deze gelijke toegang te bewerkstelligen trapt het plan in de val van de zogeheten 'inkomensprijzen'. Inkomensprijzen zijn prijzen, die niet alleen zijn gerelateerd aan de goederen in kwestie, maar ook aan de inkomens van de consumenten die deze goederen aankopen. Er wordt prijsdiscriminatie tussen verschillende consumenten toegepast: voor dezelfde goederen betalen consumenten met een hoger inkomen meer dan die met een lager inkomen. Inkomensprijzen houden een herverdeling in van niet vrij besteedbaar, aan het gebruik van goederen gebonden inkomen in de overgang van het secundaire traject naar het tertiaire traject van de inkomensverdeling. Door inkomensprijzen worden inkomenspolitieke elementen in de prijsvorming van goederen betrokken.

Inkomensprijzen beïnvloeden dus de allocatieve beslissingen van individuele consumenten. Lagere inkomens betalen minder dan de kosten-dekkende prijs die voortvloeit uit de marginale kostenregel, hogere inkomens betalen meer dan de kosten-dekkende prijs. Het gevolg is een tweevoudige overconsumptie van medische dienstverlening in het basispakket: de lagere inkomens consumeren meer omdat de prijs lager is, hogere inkomens doen hetzelfde omdat zij hun premieafdracht niet kunnen aanpassen en er dus toch al voor betaald hebben.

Daarnaast wordt ook nog eens inkomenspolitiek bedreven in de verkeerde sfeer van de inkomensverdeling. De beste manier om inkomens eerlijker te verdelen is zulks te doen in de primaire sfeer, in het productieproces waar de inkomens tot stand komen als beloning voor het aanbod van productiefactoren. Als de uit het productieproces resulterende inkomensverdeling nog niet gelijk genoeg is, kan herverdeling in vrij besteedbare, ongebonden koopkracht plaats hebben via (directe) belastingheffing en sociale-premieheffing, alsmede sociale-zekerheidsuitkeringen. Dergelijke belastingen en sociale uitkeringen leiden enkel op de arbeidsmarkt tot allocatieve verstoringen, omdat zij de prijsverhouding tussen arbeid en vrije tijd veranderen. Zij verstoren de allocatieve efficiëntie op de goederenmarkt niet terwijl inkomensprijzen tot distorsies op zowel de arbeidsmarkt als de goederenmarkt leiden.

Een dergelijk pleidooi tegen herverdeling via inkomensprijzen is al vaker gehouden<sup>4</sup>, maar blijkt in het beleidscircuit aan dovemansoren te zijn gericht. Er wordt een doodzonde gepleegd tegen een grondstelling van de welvaartstheorie: gij zult geen inkomenspolitiek bedrijven met het heffen van inkomensprijzen voor collectieve voorzieningen<sup>5</sup>.

#### *De opbrekking van het basispakket*

In het plan-Simons wordt het basispakket opgerekt tot 95% van de voorzieningen. Deze basisverzekering geldt voor iedereen. De zorgverzekeraars krijgen een budget dat afhankelijk is van het ziekterisico van hun verzekerden. Dat budget dekt gemiddeld 86% van de kosten van de basisverzekering, waarvoor een premie naar rato van het inkomen wordt betaald. De rest moeten de zorgverzekeraars binnenhalen via het heffen van een inkomensafhankelijke nominale premie, of via het doorsluizen van algemene of specifieke eigen risico's. Daarnaast is er een toppakket dat 5% van de voorzieningen betreft, en waarvoor nominale, risico-afhankelijke premies kunnen worden gevraagd.

Alleen op het aanbod van deze topverzekering van 5% is risico- en dus premiedifferentiatie mogelijk. Daardoor wordt niet alleen de rationale van het onderscheid tussen basis- en toppakket ondermijnd, namelijk beheersing van de macrokosten van de gezondheidszorg. Ook wordt de individuele keuzevrijheid van de consument beknot. Bovendien worden de prikkels tot prijsconcurrentie aan de aanbodzijde tussen zorgverzekeraars onderling door zo'n minimale topverzekering zo ongeveer tot nul gereduceerd. De zorgverzekeraars houden nauwelijks een markt over om met elkaar de prijsconcurrentie aan te gaan.

#### *Nieuwe monopolievorming*

Van de veelgeprezen concurrentie aan de aanbodzijde, hetzij op prijs, hetzij op kwaliteit, hetzij op service, zal weinig terecht komen. De monopolie- en kartelvorming van de traditionele producenten van medische dienstverlening (de medisch specialisten en aanverwante groeperingen) zal wel worden aangepakt, maar in plaats daarvan wordt de macht niet bij de consument gelegd. Integendeel: in het dan ontstane vacuüm wordt niet de machtspositie van de consumenten maar juist die van de zorgverzekeraars als makelaars tus-

sen vraag en aanbod van medische dienstverlening versterkt.

De zorgverzekeraars gaan zich ook bezighouden met de regie en de inhoud van de zorg. Zij stellen kwaliteitseisen aan de huisartsen en de specialisten. Bovendien wordt de contracteerplicht opgeheven. In de nieuwe verhoudingen is de zorgverzekeraar niet langer verplicht met iedere huisarts een contract te sluiten. Een huisarts die een andere beroepsopvatting dan de zorgverzekeraar heeft, kan dus beter een ander specialisme kiezen of op zoek gaan naar een andere verzekeraar met voldoende klanten in zijn buurt om een boterham te verdienen. Met andere woorden: over de zorghoud beslist nog steeds niet de consument zelf, maar de zorgverzekeraar, die als zijn 'zaakwaarnemer' optreedt. Consumenten mogen weliswaar naar een andere zorgverzekeraar overstappen, maar dat mogen zij onder het nieuwe regime toch niet al te vaak doen. Bovendien maken de zorgverzekeraars zich over eventuele concurrentie niet druk, zeker niet als de dreiging daartoe van buiten de eigen regio zou komen. De ziekenfondsen zijn zodanig in stad en omstreken geworteld, dat een particuliere verzekeraar geen poot aan de grond zal krijgen op deze thuismarkt. Er is reeds sprake van een concentratie van publieke zorgverzekeraars en een overheveling van ziektekostenportefeuilles door particuliere maatschappijen naar ziekenfondsen. De vraagkant wordt straks bepaald "door een beperkt aantal grote ziekenfondsen nieuwe stijl die gevangen zitten in de premiediscussie en de koopkrachtplaatjes"<sup>6</sup>.

4. Zie bij voorbeeld J.G.A. van Mierlo, Inkomensverdeling en overheidsbeleid, *ESB*, 15 juni 1977, blz. 557-580; D.J. Wolfson, *Op zoek naar een aanvaardbare verdeling*, in: W.J. Driehuis (red.), *Economische theorie en economische politiek in discussie*, Leiden, 1977.

5. Dat deze doodzonde niet voor de eerste keer in de bekostiging van onze welvaartsstaat wordt gepleegd is geen enkele verontschuldiging. Juist in de verwar- ring tussen allocatiedoelstellingen met verdelingspolitieke doelstellingen van het overheidsbeleid zou wel eens de oorzaak van de 'crisis van de verzorgings- staat' kunnen liggen, omdat zulks van kwaad tot erger leidt. Zie D.J. Wolfson, *Verwarring van doeleinden en instrumenten bedreigt de democratie*, in H. Daudt en E. van der Wolk (red.), *Bedreigde democratie?*, Assen, 1978.

6. M. van Riel in *NRC Handelsblad*, 11 november 1991.

## Een ministelsel als alternatief

Toch is het nog niet te laat. Er is een beter alternatief denkbaar aan de hand van de discussie, die over de hervorming van ons stelsel van sociale zekerheid wordt gevoerd. In dat debat speelt een zogeheten 'ministelsel' een belangrijke rol<sup>7</sup>. Kort gezegd houdt een ministelsel een klein sociale-zekerheidsstelsel in, waarin de uitkeringen tot minimumniveau worden beperkt en waarvoor een (naar rato van het inkomen, want in de secundaire inkomenssfeer gesitueerde) *verplichte premieafdracht* geldt. Dit is een collectieve inkomensdervingsverzekering. Daarnaast kan een extra pakket worden ingehuurd op de vrije verzekeringsmarkt. Daar worden individuele inkomensdervingsverzekeringen aangeboden, waarvoor risico-afhankelijke nominale premies worden geheven.

Een ministelsel in de gezondheidszorg zou aan de volgende vereisten moeten voldoen:

- beheersing van de kosten en verbetering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg op microniveau;
- beheersing van de kosten en verbetering van de doelmatigheid op macroniveau;
- garanderen van een gelijke toegang tot de essentieel geachte gezondheidszorgvoorzieningen die in het basispakket zijn opgenomen;
- nominale premieheffing ter financiering van dit basispakket. Die eisen kunnen op een gemakkelijke manier in een coherent ministelsel worden verwezenlijkt.

In dat ministelsel dient aan de aanbodzijde een vorm van gereguleerde concurrentie te worden bewerkstelligd<sup>8</sup>. Daarvoor kunnen wij rechtstreeks terug naar het rapport van de commissie-Dekker, waarin maatregelen voor een vrijere concurrentie tussen zorgaanbieders worden voorgesteld dan in het plan-Simons is voorzien. Bovendien dient aan de vraagzijde de vrijheid van consumentenkeuze te worden vergroot. Dat betekent dat de dreigende nieuwe monopolievorming van de zorgverzekeraars nieuwe stijl moet worden voorkomen. Dat kan door de concurrentie tussen de zorgverzekeraars minder aan banden te leggen dan in het plan-Simons gebeurt. Bovendien wordt daarmee aan eventuele bezwaren van de EG-commissie, dat dit onderdeel van het plan-Simons in strijd zou zijn met de Europese regelgeving

ter zake<sup>9</sup> tegemoetgekomen. Meer concurrentie in zowel het aanbod als de financiering leidt tot verbetering van de microdoelmatigheid van de gezondheidszorg.

De macrokostenbeheersing en -doelmatigheid kan worden verbeterd met behulp van de voorstellen voor de afbakening van een basispakket die door de commissie-Dunning worden gedaan<sup>10</sup>. De commissie stelt voor met behulp van een trechtermodel (de 'trechter van Dunning') het totale aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen te zeven en op die manier de inhoud van het basispakket vast te stellen. Daartoe worden de volgende criteria (in een lexicografische rangorde) gehanteerd:

- de hulp moet noodzakelijk zijn;
- de hulp moet werkzaam (= effectief) zijn;
- de hulp moet doelmatig (= efficiënt) zijn;
- de patiënt kan de hulp niet zelf betalen.

Het eerste criterium verwijst naar het eventuele levensbedreigende karakter van de aandoening en naar de kwaliteit van het bestaan. Het tweede en derde criterium impliceren meer economische maatstaven: helpt de zorgverlening in kwestie daadwerkelijk en wordt die zorg doelmatig georganiseerd? Het vierde criterium raakt aan de gelijke toegang voor iedereen tot een basispakket van voorzieningen die essentieel worden beschouwd. Met andere woorden: de trechter van Dunning kan worden gebruikt om zowel de absolute als de relatieve grenzen van een basispakket van voorzieningen (de derde vereiste) vast te stellen. Dit basispakket vormt een ministelsel van gezondheidszorg, waarvoor nominale premies moeten worden geheven en geen inkomensprijsen, omdat het gaat om collectieve voorzieningen in de tertiaire inkomenssfeer. Wanneer nominale premieheffing op inkomenspolitieke bezwaren stuit, omdat de lagere inkomens de bijbehorende premiëlast niet kunnen dragen, dienen compenserende maatregelen in de secundaire inkomenssfeer (belastingheffing) te worden genomen. Op die manier worden de allocatieve oogmerken van de stelselherziening in de gezondheidszorg gescheiden van de inkomenspolitieke aspecten.

## Besluit

Kortom, er zijn mogelijkheden genoeg om het gezegde 'beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald'

in de besluitvorming over het plan-Simons te praktiseren. Het vier jaar oude rapport van de commissie-Dekker en het zojuist verschenen advies van de commissie-Dunning leveren voldoende bruikbaar materiaal op om de concurrentie in het aanbod en in de financiering van de gezondheidszorg zodanig te verbeteren, dat zowel de microdoelmatigheid als de macrodoelmatigheid van de zorg wordt bevorderd. Daarmee wordt niet alleen een bijdrage geleverd aan de noodzakelijke kostenbeheersing van de gezondheidszorg, maar ook aan de vergroting van de individuele keuzevrijheid van de consument. Bovendien kan tegemoet worden gekomen aan de vrije-concurrentie-eisen die voortvloeien uit de Europese regelgeving. Een basispakket van gezondheidszorgvoorzieningen kan heel goed worden samengesteld met behulp van de trechter van Dunning, die daarvoor een goede beslissprocedure biedt, maar dan moet de maatschappelijke discussie over grenzen aan de zorg ook wel gevoerd worden. Aan de eventuele inkomenspolitieke bezwaren kan tegemoet gekomen worden door maatregelen in de secundaire inkomenssfeer. Daarvoor is nodig dat wat minder rigide wordt vastgehouden aan de ideologie van 'stabilisatie van de collectieve-lastendruk'. Een en ander kan heel wel worden vormgegeven in een ministelsel van gezondheidszorg, waarvan hierboven de contouren zijn geschetst. Daarover is een rationele discussie gewenst en niet een prestigestrijd over het plan-Simons.

## J.G.A. van Mierlo

De auteur is universitair hoofddocent Openbare Financiën/Economie van de Publieke Sector aan de Rijksuniversiteit Limburg.

7. Zie daarvoor bij voorbeeld J.G.A. van Mierlo, *Hervorming van het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid: financiële consequenties en politieke haalbaarheid*, in: F.A.J. van den Bosch en C. Petersen, (red.), *Economie en arbeidsgeschiedenis: analyse en beleid*, Deventer, 1983, blz. 215-241.

8. Daaronder wordt doorgaans verstaan een orderingsbeleid waarbij allocatie en prijsstelling in beginsel door de marktpartijen wordt bepaald, maar waarbij de overheid door middel van regelgeving bepaalde garanties biedt voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden stelt voor een efficiënte marktwerking.

9. Zie *NRC Handelsblad en de Volkskrant*, 15 november 1991.

10. Commissie Keuzen in de Zorg, op.cit., november 1991.