



Marktwerking in de zorg is een inkomenspolitiek probleem

Auteur(s):

Praag, B.M.S. van

Directeur van de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO), en in het verleden lid van de commissie-Dekker die hervorming van de gezondheidszorg onderzocht.

Verschenen in:

ESB, 81e jaargang, nr. 4082, pagina 953, 20 november 1996

Rubriek:

Reactie

Trefwoord(en):

gezondheidszorg

Het artikel van Van de Ven e.a. valt uiteen in een kritiek op het huidige systeem en een suggestie voor een wijziging daarvan door de invoering van vouchers ¹.

Terecht wijzen de auteurs op de ongewenste gevolgen van marktwerking op de markt van ziektekostenverzekeringen. Volledige vrijheid bij het vaststellen van de premies leidt tot zeer hoge premies voor ouderen, en beperking van de toegestane premieverschillen betekent dat consumenten ouder dan veertig jaar geen keuzevrijheid meer hebben. Dit probleem zal de komende jaren nog erger worden, omdat individuen hoe langer hoe meer verzekerd zijn via collectieve, bedrijfsgebonden contracten. Men moet zich afvragen of een dergelijke situatie in een moderne welvaartsstaat kan worden getolereerd. Mijns inziens moeten de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg gegarandeerd blijven voor iedere burger, en zal het equivalentiebeginsel, indien leidend tot misstanden, moeten wijken voor het solidariteitsbeginsel.

De ziektekostenverzekering is geen normaal goed. Het is een volstrekt noodzakelijk goed en de prijs- en inkomenselasticiteiten zijn zeer laag. Wanneer het dan ook nog gaat om een bestedingscategorie van ca. 10% in het gemiddelde budget met een structurele tendentie tot verdere stijging, dan is er alle reden voor de overheid om deze bedrijfstak nauwlettend in de gaten te houden. De overheid bepaalt immers het kader en de spelregels waarbinnen de markt in de gezondheidszorg kan werken.

De door de auteurs voorgestelde oplossing van een vouchersysteem kan mij minder bekoren. In de voorgestelde structuur zouden de 'lage risico's' verplicht een solidariteitsbijdrage betalen aan een solidariteitsfonds. Vanuit het solidariteitsfonds ontvangen 'hoge risico's' een voucher, waarmee zij bij de verzekeraar een sterke premiereductie krijgen. De tegenwaarde van de voucher kan door de verzekeraar worden geïncasseerd bij het fonds.

In de eerste plaats is er het probleem van de definitie van de 'hoge' en 'lage' risicogroepen. De gedachte dat deze groepen duidelijk op actuariële gronden kunnen worden geïdentificeerd lijkt mij naïef. Niet alleen leeftijd, maar ook inkomen, etnische afkomst, beroep en leefwijze spelen mee. Bovendien is het omslagpunt mede demografisch bepaald. Bij een verouderende bevolking zal het in de tijd veranderen, van bijvoorbeeld nu 40 jaar naar in de toekomst 45 jaar. Dat maakt de uitvoering van een vouchersysteem ingewikkeld.

In de tweede plaats vergt het bepalen van het omslagpunt en de waarde van de vouchers politieke onderhandelingen. Impliciet gaan auteurs er, naar ik meen, van uit dat het omslagpunt zou moeten liggen bij die risicogroep die de gemiddelde premie zou moeten betalen volgens het equivalentiebeginsel. Dat hoeft echter niet. In feite is bepaling van wie betaalt en wie ontvangt een politiek probleem. Hetzelfde geldt voor de vaststelling van de waarde van de voucher. Ik voorzie dat dit jaar na jaar in onderhandelingen tussen solidariteitsfonds, verzekeraars, overheid en last but not least verzekerden, bijvoorbeeld vertegenwoordigd in de ZiekenfondsRaad of in het parlement, zou moeten worden vastgesteld en men kan zich gemakkelijk voorstellen tot welke politieke complicaties dit zou kunnen leiden. Temeer omdat de overheid, die naar verwachting beslissende invloed in het solidariteitsfonds zal (en zal moeten) hebben, ongetwijfeld de onderhandelingen zal benutten voor het voeren van een eigen beleid t.a.v. de prijzen.

In de derde plaats lijken de administratieve lasten die veroorzaakt worden door het per jaar toekennen en rondschiiven van honderdduizenden vouchers onderschat te worden.

Wanneer het vouchersysteem dan geen aantrekkelijke oplossing is voor het door auteurs gesignaleerde probleem, zijn er dan andere oplossingen? In feite gaat het om een inkomenspolitiek probleem. De marktwerking leidt voor een aantal burgers tot onaanvaardbare consequenties omdat de premies voor hen te hoog worden. Licht het dan niet meer voor de hand het probleem aan te pakken in de fiscale sfeer van de inkomstenbelasting? Analooq aan de huursubsidies en de hypotheekaf trek waarmee de solidariteit wordt gerealiseerd t.a.v. het eveneens noodzakelijke goed 'wonen', lijkt het mogelijk via inkomensafhankelijke belastingaf trek, eventueel negatieve belasting, de ergste verschillen recht te breien met betrekking tot de gezondheidsuitgaven. In feite betekent dit dan dat belasting mede afhankelijk zou worden van leeftijd en huishoudsamenstelling.

Een tweede oplossingsrichting is een verdere regulering van de ziektekostenverzekeringsmarkt, waarbij het de verzekeraars verboden wordt bij hun premietarief (zowel individueel als collectief) en in hun verstrekkingenpakket leeftijdsfactoren in te bouwen. Bovendien dient een totale acceptatieplicht te worden voorgeschreven. Uiteraard zou een dergelijke regulering leiden tot een premieverhoging voor

jonge verzekeren, maar dit lijkt aanvaardbaar. Wanneer alle verzekeraars aan dezelfde regels worden onderworpen lijkt dit ook marktwerking met gelijke kansen niet onmogelijk te maken. Strenge controle op naleving door de overheid is natuurlijk noodzakelijk.

Uiteraard dienen de twee geschetste oplossingsrichtingen verder te worden geëxploreerd voordat kan worden vastgesteld of het reële oplossingen zijn. Wel staat voor mij vast dat Van de Ven e.a. een belangrijk probleem hebben gesignaleerd, dat zelfs bij de huidige tijdgeest van terugtrekkende overheid en meer marktwerking niet kan worden getolereerd.

Zie ook:

» W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut, E.M. Barneveld, [Vouchers maken kruissubsidies expliciet](#), *ESB*, 8 januari 1997, blz. 32 en

» B.M.S. van Praag, [Naschrift](#), *ESB*, 8 januari 1997, blz. 33

¹ Zie: W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, [Vouchers voor particuliere ziektekostenverzekeringen](#), *ESB*, 20 november 1996, blz. 948.