

Onnodig solidair

Als de naderende jaarwisseling niet kan worden afgelezen aan het weer, dan is er altijd nog het geklaag over verhoogde zorgpremies dat trouw in november een nieuw verzekeringsjaar aankondigt. Ook komend jaar gaat de premie omhoog, minstens vijftig euro. Klachten daarover moeten trouwens wel net zo goed aan politieke bestuurders gericht worden als aan verzekeraars. Politici hevelen AWBZ-zorg over naar de basisverzekering. En de minister van VWS beslist jaarlijks over de inhoud van het basispakket.

Maar beter dan klagen is vragen. Wat moet er in het basispakket en waarom? Nu adviseert Zorginstituut Nederland (het vroegere College voor Zorgverzekeraars) de minister van VWS elk jaar over pakketkeuzes. Naast noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit is kosteneffectiviteit een toelatingscriterium. Kosteneffectiviteit is het stokpaardje van zorgeconomen, dat ook steeds meer aandacht krijgt in de maatschappelijke discussie over het basispakket, omdat iedereen wel doorheeft dat zorguitgaven niet eindeloos kunnen doorstijgen. De ophef in 2012 over de dure behandeling van de ziekten Fabry en Pompe is inmiddels klassiek. En de logica van het criterium is klinkend: hoe kosteneffectiever een behandeling is, hoe beter, omdat eenzelfde zorgbudget dan tot meer gezondheidswinst leidt. Toch is het de vraag of kosteneffectiviteit doorslaggevend moet zijn voor toelating tot het basispakket.

Zelfs uit efficiëntie-oogpunt is dat nog maar de vraag. Er is behalve de basisverzekering namelijk ook nog zoiets als de aanvullende verzekering. Die hangt er in de premiediscussies wat verloren bij, maar dekt wel negentig procent van de Nederlanders voor drie miljard aan onkosten die de basisverzekering niet dekt. Anders dan in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk is de afweging voor mensen niet: beschikbaar via het basispakket of niet beschikbaar. De afweging is: beschikbaar via het basispakket of via een aanvullende verzekering. De vraag is dus niet alleen of een behandeling kosteneffectief is en of mensen deze zonder verzekering zelf kunnen betalen, maar ook of de markt voor aanvullende verzekeringen betaalbare dekking geeft. Alleen als de aanvullende-verzekeringmarkt niet goed werkt, is collectief verzekeren efficiënt.

De vraag wanneer dat zo is, wordt weinig gesteld. Nieuw theoretisch onderzoek van Jan Boone aan de Universiteit van Tilburg neemt de markt voor aanvullende zorgverzekeringen voor wat die is: een markt. Boone gaat terug naar de basis van waarom de zorgverzekeringmarkt faalt, te weten aver-



GELIJN WERNER

Eindredacteur ESB

g.werner@sdu.nl

rechtse selectie. Dat is het probleem waarbij alleen de mensen met de grootste (gezondheids)risico's zich verzekeren voor de uniforme premie die een verzekeraar moet stellen vanwege zijn achterstand in informatie op mensen over hun gezondheidsrisico's. In de praktijk kunnen verzekeraars een laag gezondheidsrisico vaak wel enigszins identificeren op basis van achtergrondkenmerken als opleidingsniveau, leeftijd of woonwijk. In dat geval zijn het juist de hoge risico's die slecht verzekeraar zijn. Hoe dan ook komen verzekeringen in geval van averechtse selectie moeilijk van de grond, en zonder dit probleem veel beter. De basisverzekering zou zich daarom moeten richten op kosteneffectieve behandelingen waarvoor de aanvullende markt door ave-

rechtse selectie slecht werkt.

Wat als averechtse selectie als criterium geldt voor toelating tot het basispakket? Ziekten als Alzheimer en obesitas komen dan meer voor een basisverzekering in aanmerking dan nu, omdat mensen zich anders slecht kunnen verzekeren. Voor zoiets onvoorspelbaars als een beenbreuk ligt de aanvullende verzekering juist voor de hand, waarmee mensen prima af zijn. Maar misschien is er wel een belangrijker punt om te maken, namelijk dat het zien van het zorgverzekeringstelsel als markt meer zicht geeft op de afruil tussen doelmatigheid en solidariteit.

Nu geldt dat een behandeling eerder voor het basispakket in aanmerking komt, als mensen de kosten ervan niet zelf kunnen dragen. Maar mensen kunnen prima de kosten dragen van een aanvullende verzekering waarvan de werking niet is belemmerd door averechtse selectie. Het zorgstelsel is dus meer solidair dan gedacht: premiebetalers dragen kosten van mensen die zichzelf voor veel zorg prima individueel zouden kunnen verzekeren. En het verzekeringstelsel is ook inefficiënter dan gedacht: veel mensen zouden hun geld anders besteden dan aan zorgverzekering als deze niet verplicht was.

De brede toegankelijkheid van de zorg helpt Nederland aan een mooi plekje op internationale ranglijsten naar kwaliteit van nationale zorgstelsels. Maar dat de zorg en in het bijzonder het basispakket grenzen moet hebben, is allang bekend, bijvoorbeeld bij de naamgever van de trechter van Dunning (waaruit de huidige pakketcriteria voortvloeiden). Dunning zag liever een smal toegankelijk pakket dan een breed rijk-luispakket. Maar hoe efficiënter de zorg(verzekering)markt, hoe minder deze keuze relevant zal zijn en hoe gezonder en welvarender wij allemaal.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.