



## Acceptatieplicht niet nodig

**Auteur(s):**

Couperus, H.  
Wissink, G.J.

*De auteurs zijn werkzaam bij Delta Lloyd Zorg/Nuts Ziekenfonds als actuaris respectievelijk beleidsontwikkelaar.*

**Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4332, pagina 849, 2 november 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

zorg

*Verzekeren in de zorg zonder acceptatieplicht is goed mogelijk en voorkomt de nadelen die uit risicoverevening voortvloeien. Voor het huidige systeem is er een concreet alternatief.*

**In december 2000 heeft de SER de minister van vws geadviseerd een basisverzekering in te voeren. Eén van de fundamenten van het advies is de acceptatieplicht van zorgverzekeraars. Zij moeten iedereen accepteren, ongeacht het risico. Wel krijgen zorgverzekeraars financiële compensatie als ze relatief veel personen met een hoog risico verzekeren. Dit is de zogenaamde risicoverevening. Risicoverevening kent zo zijn nadelen, die in dit artikel aan de orde komen. We bespreken ook een alternatief stelsel zonder acceptatieplicht en risicoverevening.**

Een private zorgverzekering met risicolopende verzekeraars kan onzes inziens een belangrijke bijdrage leveren aan de integrale benadering van ziekte en verzuim. Daar wordt eerst kort op ingegaan. Daarna komt het SER-advies aan bod, alsmede een voorstel voor een alternatief stelsel zonder acceptatieplicht en risicoverevening.

### Integrale benadering

De afgelopen jaren is de sociale zekerheid in belangrijke mate geprivatiseerd. De kosten voor het risico van ziekte en verzuim zijn daardoor grotendeels bij de werkgever terechtgekomen. Daardoor heeft de werkgever de prikkel dit risico zo veel mogelijk te beheersen.

Er is een markt voor preventie- en reïntegratieprogramma's als kan worden aangetoond dat de baten de kosten overtreffen. Maar wie heeft of hebben de benodigde expertise? Wie maakt in principe op voorhand dezelfde kosten-batenafweging als de werkgever? Onzes inziens is dat de combinatie van inkomensverzekeraar en zorgverzekeraar, met name een zorgverzekeraar die volledig risico loopt over de schadelast van alle werknemers omdat er geen verschillen meer zijn tussen de ziekenfonds- en de particuliere verzekering. Voor deze verzekeraar zijn de mogelijkheden om preventie- en reïntegratieprogramma's te ontwikkelen en toe te passen in samenwerking met de zorgaanbieders het grootst. Als het risico is ondergebracht bij één verzekeraar, beperkt dit bovendien kosten die samenhangen met de vraag: wie zal wat betalen? Overigens versterken de recente voorstellen van de commissie-Donner het belang van de integrale benadering van ziekte en verzuim.

### Het SER-advies

De kern van het SER-advies is een verzekering met een volledig nominale premie in combinatie met een vrijwel volledig geliberaliseerd zorgaanbod. Dit is een zorgaanbod dat de vraag volgt (vraaggestuurde zorg). Concurrentie tussen verzekeraars vindt dan primair plaats op de zorginkoopmarkt (schadelastbeheersing) en niet op de verzekerdenmarkt (risicoselectie). De risicosolidariteit moet in het verzekeringssysteem vorm krijgen, de inkomenssolidariteit wordt via de belastingen afgewikkeld. Er geldt voor verzekerden de verplichting zich minimaal voor het basispakket te verzekeren. De verzekeraar heeft acceptatieplicht op de standaardpolis, die een ruimere dekking heeft dan het minimaal verplicht te verzekeren basispakket. Naast pakketkeuze kan men ook uit verschillende eigen risico's kiezen, mits de verzekerde op die polis wordt geaccepteerd.

### *Acceptatieplicht impliceert risicoverevening*

Binnen het SER-advies wordt een acceptatieplicht voorgesteld om te waarborgen dat de burgers toegang hebben tot de zorg. Dit is een eenvoudige oplossing om toegankelijkheid te waarborgen. Het afdwingen van acceptatieplicht is echter tevens een zwakke schakel in het ser-advies. Het invoeren van een acceptatieplicht heeft namelijk notoire nadelen. Het maakt een systeem van verevening noodzakelijk. Immers, de verzekeraars kunnen niet voorkomen dat verzekerden met ongunstige risico's tot de portefeuille toetreden. Daardoor kan zelfs het voortbestaan van een verzekeraar in gevaar komen.

### *Compensatiemechanismen*

Compensatie van verzekeraars voor een over- of ondervertegenwoordiging van zware risico's kan op twee manieren: achteraf (ex-post) of vooraf (ex-ante). Bij verevening achteraf worden kosten(soorten) boven een bepaalde norm gecompenseerd en omgeslagen. Het nadeel

van verevening van de schadelast achteraf is dat het risico voor de verzekeraar kleiner wordt en het rendement van zijn inspanningen om de schadelast te beperken afneemt. In een geliberaliseerde zorgmarkt moet concurrentie op de schadelast juist de noodzakelijke tegenkracht bieden aan de zorgaanbieders <sup>1</sup>.

Een alternatief is risicoverevening vooraf, waar in het SER-advies voor gekozen is. Dat betekent een van tevoren toegekend budget op basis van verzekerdenkenmerken. De verzekeraar loopt op dit budget honderd procent risico en heeft er dus belang bij de werkelijke consumptie zo veel mogelijk te beperken. Een belangrijk probleem is echter dat er geen goed voorspellend model bestaat voor de te verwachten zorgconsumptie om als basis voor het budget te dienen, althans, indien afgezien wordt van het opnemen van het schadeverleden of afgeleide vormen hiervan in het model Verzekeren in de zorg zonder acceptatieplicht is goed mogelijk en voorkomt de nadelen die uit risicoverevening voortvloeien. Voor het huidige systeem is er een concreet alternatief <sup>2</sup>. De beste voorspeller van toekomstige zorgconsumptie is immers het schadeverleden <sup>3</sup>. Wordt een dergelijke variabele toch in het model opgenomen, zoals bijvoorbeeld de farmacotherapeutische kostengroepen, dan 'verwordt' de ex-ante verevening tot een ex-post verevening met een jaar vertraging, met als gevolg weer minder risico voor de verzekeraar en een lager rendement op schadelastbeheersing. Afgezien van deze theoretische problemen brengen risicovereveningssysteem ook veel belastende administratieve rompslomp en bureaucratische procedures met zich mee. Acceptatieplicht maakt nu eenmaal een ingewikkeld risicovereveningssysteem noodzakelijk.

Daarnaast maakt een bepaalde maatschappelijke ontwikkeling de behoefte aan een acceptatieplicht steeds minder groot. In de markt is namelijk een collectivisering gaande waarbij niet alleen in de traditionele werknemer-werkgeversituatie steeds meer collectiviteiten worden gesloten, maar ook door instanties die daarvoor tot op zekere hoogte een substituuft vormen <sup>4</sup>. Deze collectivisering zorgt ervoor dat individuen die onderdeel uit (gaan) maken van een collectief ongeacht hun risico door de verzekeraar geaccepteerd worden. Hierdoor hoeft eveneens geen acceptatieplicht afgedwongen te worden.

## Alternatieve oplossing

In ons model wordt het verzekeringskarakter zoveel mogelijk overeind gehouden en wordt de prijsvorming niet vertroebeld door solidariteitsoverdrachten. Het model kent een zeer beperkte acceptatieplicht, waardoor de noodzaak tot uitgebreide risicoverevening vervalt. Ook worden onverzekerbare risico's - die een zeer versturende invloed op de marktwerking hebben - buiten het systeem geplaatst. Toch is er sprake van keuzevrijheid, zij het enigszins beperkt voor de zware risico's.

In detail ziet het er als volgt uit:

» de maatschappijen dragen het volledige verzekeringsrisico en opereren in een concurrerende markt. Zij stellen zelf hun prijs- en inkoopbeleid samen. Zij staan onder toezicht van de Pensioen- en Verzekeringskamer;

» alle ingezetenen in Nederland zijn verplicht zich te verzekeren voor een wettelijk minimaal vast te stellen pakket. De aanvullende dekkingen van de polissen worden geheel bepaald door vraag en aanbod;

» geen acceptatieplicht, behalve voor pasgeboren kinderen. Wie ooit bij een verzekeraar verzekerd is geweest heeft het recht op terugkeer tegen de dan geldende voorwaarden alsof hij of zij altijd bij deze verzekeraar verzekerd is geweest. Bij fusies of overnames betreft het de rechtsopvolgers. Alleen na faillissement kan terugkeer niet afgedwongen worden;

» er komt een privaat vangnet voor ouderen vanaf een bepaalde leeftijdsgrens die ruim hoger is dan 65 jaar (bijvoorbeeld 75 jaar) én voor een paar uitzonderlijke categorieën. Te denken valt aan migranten die niet op een normale polis geaccepteerd worden en ex-verzekerden van een failliet verklaarde maatschappij die eveneens niet op een normale polis geaccepteerd worden. Binnen dit vangnet betalen verzekerden een niet kostendekkende premie.

In het vangnet wordt de prikkel tot schadelastbeheersing behouden doordat de overheid eens in de zoveel tijd aan een (consortium van) verzekeraar(s) een concessie op deze polissen verleent. De overheid gunt de concessie aan de verzekeraar die voor de laagste premiesubsidie het risico wil lopen. Uiteraard onder de voorwaarde dat de noodzakelijke zorg tegen de gangbare kwaliteitsnormen aan de doelgroep wordt geleverd. Voor de zorgverzekeraar ligt de waarde van de concessie in de te behalen schadelastreductie voor de vangnetpopulatie en voor zijn totale portefeuille. Door zijn versterkte positie op de zorginkoopmarkt kan hij betere condities voor alle verzekerden bedingen.

Het gepresenteerde stelsel houdt dus in dat iemand bij zijn geboorte automatisch verzekerd is. Dit is conform de huidige praktijk bij zowel de ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars. De verzekeringsplicht waarborgt dat de ouders verzekerd zijn. Een verzekerde kan gedurende zijn leven wisselen van verzekeraar mits hij of zij geaccepteerd wordt. Wordt hij niet geaccepteerd bij een andere maatschappij, dan staat de weg terug open.

## Rol verzekeraars

Verzekeraars blijven in dit model hun normale werkzaamheden uitoefenen, zoals accepteren, tarifieren en administreren. De context is echter duidelijk anders dan zoals we die nu kennen. Een verzekeraar zal er in zijn premiestelling rekening mee moeten houden dat 'oude' klanten terugkeren. Dit vormt een barrière tegen dump-premies in combinatie met zware risicoselectie. Omdat de verzekeraar dezelfde voorwaarden en premies moet hanteren voor een terugkeerder als voor een bestaande klant in dezelfde tariefgroep, die bijvoorbeeld wordt bepaald door leeftijd en woonplaats <sup>5</sup>, kan een verzekeraar geen speciale premies vragen voor terugkeerders.

De enige mogelijkheid voor een verzekeraar is om de instroom op oude polissen af te sluiten en de bestaande populatie over te sluiten op een nieuwe polis. Het oude product wordt vervolgens zo fors in premie verhoogd dat terugkeerders afgeschrokken worden. In de huidige praktijk schonen private ziektekostenverzekeraars op deze manier veelal hun verouderde producten. Dit gebeurt eens per vijf tot tien jaar. Indien dit in de toekomst ook zou gaan gebeuren en een verzekerde is niet binnen deze termijn teruggekeerd, dan heeft deze verzekerde kennelijk voorgoed afscheid genomen <sup>6</sup>.

## Recht op terugkeer

Een eenmaal geaccepteerde verzekerde kan altijd terugkeren tegen de op dat moment geldende premie voor het product, op basis van dezelfde premiegrondslagen als ware hij of zij ononderbroken verzekerd geweest bij de maatschappij. Er kan geen sprake zijn van uitsluitingen dan wel premieopslagen voor ziekten die zich inmiddels geopenbaard hebben en waarvan de behandeling onder de normale dekking valt, ook niet als het gaat om kostbare aandoeningen zoals chronische nierinsufficiëntie.

Moreel risico dat voortkomt uit gedrag van verzekeraars, kan eveneens bij wet worden geregeld: het betalen van een bedrag aan een terugkerende aspirant-verzekerde met hoog risico om vooral niet terug te keren, een zogenaamde 'wegblijfbonus', wordt verboden. Hetzelfde geldt voor het betalen van een geldbedrag (oprotpremie) aan een verzekerde met een geopenbaarde prijzige ziekte waarvan de verzekeraar weet dat deze terug zou kunnen keren naar een andere verzekeraar.

## Implicaties model

Van risicosolidariteit is in dit model geen sprake meer. Dat hoeft op zich geen enkel nadeel te zijn zolang iedereen zich maar tegen een betaalbare premie kan verzekeren. Risicosolidariteit is namelijk geen doel op zich. Inkomenscompensatie via de belastingen zal mogelijk dus ook een compensatie van het risico moeten inhouden.

Het ontbreken van een generale acceptatieplicht lijkt een beperking van de keuzevrijheid ten opzichte van het SER-advies. Dit is echter slechts beperkt het geval. Gezonde mensen kunnen zich, indien zij dit wensen, bij een aantal verzekeraars successievelijk laten accepteren. Hierdoor blijft de weg terug naar deze verzekeraars steeds open en hierdoor blijft hun keuzevrijheid gewaarborgd. Ook al blijken deze verzekerden op hogere leeftijd een voor de verzekeraar onaantrekkelijk risico.

Het bieden van keuzevrijheid te allen tijde is overigens een idee fixe. In vergelijking met andere verzekeringen zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (waaronder ook verzekeringen tegen het wao-gat) of overlijdensrisicoverzekeringen is de bovengeschetste keuzevrijheid ruim, terwijl ook deze verzekeringen aan belangrijke maatschappelijke behoeften voldoen.

Het voordeel van het behoud van het voor honderd procent lopen van risico door de verzekeraar en het daarmee gepaarde verzekeringskarakter weegt ruimschoots op tegen de in het SER-advies gepropageerde algehele keuzevrijheid. De prikkel om de schadelast te beheersen, die uitgaat van honderd procent risico, moet immers niet onderschat worden. Bijkomend voordeel van het model is de enorme reductie in administratieve rompslomp in vergelijking met vereveningssystemen. Dit op zich is al kostenverlagend en een verademing ten opzichte van keurslijf waarin met name de huidige ziekenfondsen moeten opereren.

## Conclusie

Sterke punten van het SER-advies zijn naar onze mening de liberalisatie van het zorgaanbod en de verzekeringsplicht voor iedereen. Ook de vergroting van de keuzevrijheid ten aanzien van de te verzekeren risico's en de hoogte van het eigen risico zijn met name voor de huidige ziekenfondsverzekerden een vooruitgang.

Minder geslaagd in het SER-advies vinden we de risicovereveningssystematiek die het gevolg is van de acceptatieplicht voor de verzekeraars. Een beter alternatief is een stelsel waarbij verzekeraars een maximale prikkel hebben om samen met of namens de werkgevers aan schadelastbeheersing te doen.

Dit bevordert een integrale aanpak van ziekte en verzuim. Hiervoor is een verzekeringsstelsel conform de overige private verzekeringen in de sociale sfeer het meest geschikt. Het betekent, naast een maximale inspanning om de schadelast te beheersen, een grote mate van beleidsvrijheid voor de verzekeraar met zodanige randvoorwaarden dat de toegankelijkheid gewaarborgd blijft. Dat daarvoor een gering stukje keuzevrijheid voor de individuele verzekerde wordt ingeleverd, lijkt ons een verwaarloosbare prijs

---

1 De visie van het zittende kabinet, zoals verwoord in de nota Vraag aan bod (Ministerie van VWS, 6 juli 2001), gaat eveneens uit van acceptatieplicht. De beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde en een deels inkomensafhankelijke premie zijn belangrijke verschillen met het ser-advies.

2 Zie R. Douven e.a., [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#), *ESB*, 14 juni 2001, blz. D24.

3 Zie R.C.J.A. van Vliet e.a., [Concurrentie en solidariteit in de ziekenfondsmarkt](#), *ESB*, 28 januari 2000, blz. 64-67.

4 Uitvoeringsinstellingen in de sociale zekerheid en de gemeentelijke sociale diensten zullen als pseudo-werkgevers ook dergelijke contracten gaan afsluiten voor hun cliënten. Dit gebeurt nu ook al op kleine schaal.

5 Indien de verzekeraar onderscheid maakt naar regio, dan wijzigt het risico indien de ex-verzekerde in de tussentijd verhuist. De verzekerde kan terugkeren bij de verzekeraar in de nieuwe risicogroep conform de dan geldende premiestructuur.

6 In de praktijk zal deze beperking dus voor de verzekerde nauwelijks nadelige gevolgen opleveren.