

Collectieve contracten in de ziektekostenverzekering

W.P.M.M. van de Ven*

Mensen met een collectieve particuliere ziektekostenverzekering krijgen forse premiekortingen. Uit angst voor dumppremies en risicoselectie wil een aantal ziekenfondsen deze collectieve contracten verbieden. Zo'n verbod is echter niet opportuun. De effectiefste manier om risicoselectie tegen te gaan is een goed normuitkeringsstelsel. Vanwege de voordelen van collectieve contracten voor verzekerden (quantumkorting, versterking marktpositie, reductie informatieprobleem) stelt de auteur voor ook de ziekenfondssector in de gelegenheid te stellen collectieve contracten aan te bieden.

De laatste jaren lijkt een ware jacht op collectieve contracten voor particuliere ziektekostenverzekeringen te zijn ontstaan¹. Collectief verzekerden betalen voor een vergelijkbare verzekeringsdekking gemiddeld een lagere premie dan individueel verzekerden. Voor de particuliere ziektekostenverzekeraars staan daar belangrijke voordelen tegenover.

Een tiental ziekenfondsen schrijft in een brandbrief aan staatssecretaris Simons d.d. 14 februari j.l. bevestigd te zijn dat particuliere verzekeraars door het aanbieden van aantrekkelijke collectieve contracten op voorhand de bij het betreffende bedrijf werkzame ziekenfondsverzekerden aan zich trachten te binden. Daarbij wordt gewezen op de oprichting van nieuwe ziekenfondsen (MediZorg) die nauw met particuliere ziektekostenverzekeraars (Ohra) zijn gelieerd. De tien ziekenfondsen pleiten er dan ook voor snel een wettelijk verbod op collectiviteiten in de ziektekostenverzekering uit te vaardigen. De angst voor oneerlijke concurrentie via dumppremies en risicoselectie speelt bij dit verzoek een belangrijke rol.

In dit artikel zal een analyse worden gemaakt van de voor- en nadelen van collectieve contracten voor ziektekostenverzekering. Bij de beoordeling hiervan is het van belang tevens de context van de regelgeving in beschouwing te nemen. Vandaar dat een aparte analyse wordt gemaakt van de particuliere sector en de ziekenfondssector. Daarbij wordt tevens ingegaan op de mogelijkheid van combinaties (concernvorming). Aangevoerd zal worden dat het gevaar van oneerlijke concurrentie niet voortkomt uit de collectieve contracten zelf, maar uit de mogelijkheden die concernvorming biedt tot het geven van directe of indirecte premiekortingen.

De particuliere sector

Particuliere ziektekostenverzekeraars geven van oudsher premiekorting aan collectief verzekerden. Collectiviteiten worden meestal gevormd door de werknemers bij een bepaald bedrijf. Maar het kan ook om andere groepen verzekerden gaan, bij voor-

beeld de leden van de Vereniging voor Transcendente Meditatie. Meestal stelt de verzekeraar als voorwaarde voor het in aanmerking komen van een premiekorting dat ten minste een bepaald percentage (bij voorbeeld 75) van de in aanmerking komende werknemers of leden zich voor de collectieve verzekering aanmeldt. Het voordeel voor de verzekeraar is dan dat hij een redelijk evenwichtig samengesteld verzekerdenbestand heeft, waarbij de hoge kosten van de slechte risico's gecompenseerd worden door een voldoende aantal goede risico's. Een tweede motief om premiekorting te verlenen aan collectiviteiten is gelegen in administratieve (schaal-)voordelen en lagere verkoop- en marketingkosten.

Als voordelen van collectieve contracten voor de betrokken verzekerden kunnen worden genoemd:

- de premiekorting;
- een vertegenwoordiger van de collectiviteit kan de verzekeraars onder druk zetten en krachtig onderhandelen over goede polisvoorwaarden;
- collectieve verzekeringen reduceren het informatieprobleem van de verzekerden. Voor individueel verzekerden is het veelal lastig, tijdrovend en derhalve kostbaar om een goed overzicht te krijgen van wat er op de verzekeringsmarkt aan verschillende polissen wordt aangeboden. In het geval van collectieve verzekeringen zal een vertegenwoordiger namens de collectiviteit de benodigde informatie verzamelen;
- een collectiviteit kan, vanwege de evenwichtige risicosamenstelling, gemakkelijker van verzekeraar veranderen dan individueel verzekerden;

* De auteur is bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam. De tekst van dit artikel is afgerond op 29 april 1992. De auteur dankt F.T. Schut en R.C.J.A. van Vliet voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

1. Zie bij voorbeeld het januarinummer 1988 van *Imzet* met als thema: De jacht op de collectieve contracten.

- een collectiviteit is in zekere mate vrij om zelf de mate van premiedifferentiatie, en daarmee de mate van solidariteit, binnen de collectiviteit te bepalen. Bij individueel verzekerden wordt de mate van premiedifferentiatie in belangrijke mate door de markt bepaald.

Als nadelen van collectieve contracten kunnen worden genoemd:

- naarmate de concurrentie op de markt voor collectieve contracten toeneemt en daarmee ook de premiekorting voor deze contracten, stijgt de premie voor oudere en ongezonde individueel verzekerden. Zij moeten veelal de opgelegde premieverhoging wel accepteren vanwege leeftijdstoelagen, ongezondheidstoelagen, uitsluitingen en non-acceptatie door andere verzekeraars. Sinds enkele jaren is de omvang van dit probleem beperkt. Particulier verzekerden die 65 jaar of ouder zijn en particulier verzekerden die meer dan f 153,30 per maand aan premie voor een derde klasse verzekering betalen (de zogenaamde 'meerbetalersregeling') moeten op basis van de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ) worden geaccepteerd voor de zogenaamde standaardpakketpolis;
- een collectieve verzekering kan tot welvaartsverlies leiden, bij voorbeeld wanneer een werkgever zijn werknemers uitsluitend een tegemoetkoming in de ziektekosten verleent indien de werknemer deelneemt aan de collectieve ziektekostenverzekering van het bedrijf. Met name als de werkgever diverse verzekeringen bij dezelfde verzekeraar heeft ondergebracht, behoeft niet noodzakelijk sprake te zijn van een in de ogen van een individuele werknemer optimale ziektekostenverzekering;
- collectieve contracten kunnen verstoringen veroorzaken op de arbeidsmarkt. Werknemers in een bedrijf hebben er financieel belang bij om een goed functionerende collega die nierdialyse-patiënt is geworden, te zien vertrekken. Voorts hebben zij er geen belang bij om een zeer geschikte sollicitant met hoge verwachte ziektekosten als collega aan te nemen. In de Verenigde Staten, waar 80% van de particuliere ziektekostenverzekeringen bestaat uit collectieve verzekeringen via de werkgever, wordt deze arbeidsmarktverstoring als een ernstig probleem beschouwd². Sinds de invoering van de zogenaamde 'meerbetalersregeling' in 1991 in het kader van de WTZ is dit argument voor de Nederlandse situatie niet meer relevant. Het verschil tussen de WTZ-maximumpremie en de feitelijke kosten wordt immers omgeslagen over alle particulier verzekerden in Nederland.

Zoals gezegd bieden collectieve contracten reeds voordelen aan particuliere ziektekostenverzekeraars. Als gevolg van de voorgenomen stelselwijziging is het belang van collectieve contracten voor verzekeraars echter sterk toegenomen.

In de eerste plaats zal in het beoogde stelsel het huidige onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden komen te vervallen. Dit impliceert dat de ziekenfondsmarkt in potentie als een geweldige groeimarkt wordt beschouwd. Wanneer nu een derde van de werknemers van een bedrijf via een col-

lectieve particuliere ziektekostenverzekering is verzekerd, kan bij het opengaan van de ziekenfondsmarkt het aantal verzekerden in één klap verdrievoudigd worden. Vandaar dat, naar verluidt, in diverse collectieve contracten al voorwaarden van die strekking zijn opgenomen.

Nu is het uitvoeren van de ziekenfondswet op zich geen winstgevende zaak. Evenmin is er sprake van hoge rendementen op particuliere ziektekostenverzekeringen. Het grootste belang van ziektekostenverzekering voor multi-branche-verzekeraars is gelegen in de mogelijkheden die ziektekostenverzekering vanwege de hoge contactfrequentie tussen verzekerden en verzekeraar biedt als distributiekanaal voor andere producten. Het niet aanbieden van collectieve contracten met het oogmerk de ziekenfondsmarkt te betreden, terwijl de concurrent dit wel doet, zou op lange termijn strategisch gezien een commerciële blunder kunnen blijken te zijn. Hierdoor neemt de (prijs-)concurrentie op de markt voor collectieve contracten toe.

In de tweede plaats zal in het beoogde stelsel inkoop de belangrijkste functie zijn van de zorgverzekeraars. Zorginkoop zal in belangrijke mate een regionale aangelegenheid zijn. Particuliere verzekeraars werken echter veelal landelijk en hebben derhalve per regio een zeer gering percentage verzekerden. Dit biedt geen sterke onderhandelingspositie tegenover de regionale zorgaanbieders (ziekenhuizen, artsen). Collectieve contracten in de particuliere sector, en vervolgens een verdrievoudiging van het aantal verzekerden via de ziekenfondsmarkt, vormen een krachtig instrument om de regionale concentratie van verzekerden te vergroten en daarmee de onderhandelingspositie tegenover de regionale zorgaanbieders te versterken.

Ten derde zullen de verzekeraars in het beoogde stelsel zogenaamde normuitkeringen ontvangen ter bekostiging van het grootste deel van de ziektekosten van hun verzekerden. Deze normuitkeringen zijn niet afhankelijk van de werkelijke kosten, maar van de verwachte kosten op basis van de gezondheidstoestand van de verzekerden. Indien de normuitkeringen niet verfijnd genoeg zijn, kunnen verzekeraars via selectie van zogenaamde gunstige risico's aanzienlijke financiële voordelen behalen³. Uitgaande van het gegeven dat werkenden in het algemeen gezonder zijn dan niet-werkenden, kan het afsluiten van zoveel mogelijk collectieve contracten met bedrijven een instrument zijn voor gunstigerisicoselectie. Ook kunnen relatief gezonde bedrijven of bedrijfstakken worden geselecteerd. De voordelen voor de verzekeraars van dergelijke risicoselectie doen zich nu al voor bij de naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgehevde verstrekkingen (onder andere geneesmiddelen en revalidatie) waarvoor de verzekeraars zijn gebudgetteerd en waarbij de hoogte van de budgetten afhankelijk is van enkele globale kenmerken.

2. W. Greenberg, Get rid of health benefits on the job, *The Washington Post*, 25 september 1990, blz. 7.

3. W.P.M.M. van de Ven, Risicoselectie en zorgverzekering, *ESB*, 17 mei 1989, blz. 477-482; R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, Ziektekosten in het verleden: een verdeelcriterium voor normuitkeringen?, *Openbare Uitgeverij*, 1991, blz. 154-161.

Ten slotte zullen verzekeraars³ die selectief contracten afsluiten met de beste zorgaanbieders, aantrekkelijk zijn voor de relatief minder gezonde mensen. Indien bij de vaststelling van de normuitkeringen in het beoogde stelsel onvoldoende rekening wordt gehouden met de gezondheid van de verzekerden, zijn de relatief ongezonde verzekerden voor de verzekeraar verliesgevend. Door het zoveel mogelijk afsluiten van collectieve contracten met bedrijven kan een verzekeraar die de beste kwaliteit van zorg wil bieden, zich wapenen tegen dergelijke ongunstigerisicoselectie. Binnen een collectiviteit is er namelijk een voldoende aantal winstgevende 'gezonde' verzekerden die de verliesgevende 'ongezonde' verzekerden compenseren.

De indruk bestaat dat het verschil in premie tussen collectief en individueel verzekerden de laatste drie jaar flink is toegenomen. Er bestaan geen openbaar toegankelijke bronnen om deze hypothese te verifiëren. Niettemin bestaan er zeer sterke aanwijzingen dat dit het geval is. Gewezen kan worden op jaarverslagen uit de branche waarin ernstige verontrusting wordt uitgesproken omtrent de premie-offertes voor collectieve ziektekostenverzekeringen en waarin gesproken wordt van het aanbieden van collectieve contracten ver onder de kostprijs, waarbij percentages van 15 onder de kostprijs geen uitzondering zijn⁴. Voorts kan worden gewezen op twee recente berichten in de media waarbij grote collectiviteiten premiekortingen van 20 à 30% kregen⁵. Ook de eigen ervaring bevestigt de hypothese. De collectief verzekerden bij de Erasmus Universiteit kregen vorig jaar een premiekorting van 19%, terwijl de premies voor individueel verzekerden bij dezelfde verzekeraar gelijk bleven. Ten slotte kan melding worden gemaakt van de vele bevestigende reacties die ik mocht ontvangen naar aanleiding van een kranteninterview, waarin bovengestelde hypothese was uitgesproken⁶.

De ontwikkelingen rond de stelselwijzigingen hebben velen de afgelopen jaren het zicht op de reële premie-ontwikkeling ontnomen. Naast de gewone kostenontwikkeling is van belang geweest het overhevelen van verstrekkingen van de particuliere ziektekostenverzekering naar de AWBZ en het overstappen van oude en ongezonde verzekerden naar de WTZ-standaardpakketpolis. De twee laatstgenoemde maatregelen hebben naar schatting tot een kostenvermindering geleid van circa 32% op risicodragende maatschappijpolissen over de afgelopen drie jaar⁷. Wie in welke mate van deze specifieke ruimte voor premiedaling – los van de gewone kostenontwikkeling – heeft geprofiteerd, is niet bekend. Op basis van bovenstaande overwegingen is het aannemelijk dat dit vooral de collectief verzekerden en de jonge, gezonde verzekerden zijn geweest. Gegeven het grote belang van collectieve contracten voor particuliere verzekeraars moet bij de premie-ontwikkeling de komende jaren een verdergaande premiekorting ten opzichte van individueel verzekerden niet worden uitgesloten.

Evaluatie

Hoe nu de ontwikkelingen rond collectieve contracten voor particuliere ziektekostenverzekeringen te beoordelen? Hiertoe dient een afweging te worden gemaakt van de voor- en nadelen. Geconstateerd

kan worden dat tegenover de niet geringe voordelen twee maatschappelijke nadelen lijken te staan. Allereerst betalen individueel verzekerden voor een vergelijkbare verzekeringsdekking (aanzienlijk) meer premie dan collectief verzekerden. Harde informatie over de omvang hiervan ontbreekt. De premiedivergentie is echter begrensd vanwege de eerder genoemde 'meerbetalersregeling'. Indien de samenleving het premieverschil tussen collectief en individueel verzekerden als een solidariteitsprobleem ervaart, kan dit probleem tot elke gewenste proportie worden teruggebracht door verlaging van de premiehoogte (thans f 153,30 per maand) om in aanmerking te komen voor de 'meerbetalersregeling'. Ten tweede bestaat het probleem van gunstigerisicoselectie ten aanzien van gebudgetteerde AWBZ-verstrekkingen. Thans is dit probleem nog beperkt vanwege de beperkte omvang van de verstrekkingen en omdat de verzekeraars slechts voor een beperkt deel (15%) verantwoordelijk zijn voor het verschil tussen het budget en de werkelijke uitgaven. Naar verwachting zal dit percentage de komende jaren echter toenemen. De effectiefste manier om dit probleem aan te pakken is het zo snel mogelijk invoeren van een voldoende verfijnde budgetformule voor de betreffende verstrekkingen. Ten einde na te gaan in welke mate er risicoselectie plaatsvindt via collectieve contracten, kan gedacht worden aan een plicht voor verzekeraars om aan de Ziekenfondsraad te melden welke verzekerden collectief respectievelijk individueel verzekerd zijn. Volgens kan desgewenst bij de vaststelling van de normuitkering hiermee rekening worden gehouden.

Ziekenfondssector

Het bovenvermelde verzoek van tien ziekenfondsen voor een verbod op collectieve contracten moet vooral gezien worden vanuit de vrees voor oneerlijke concurrentie, te weten risicoselectie en premiedumping.

De effectiefste manier om risicoselectie te vermijden is het voldoende verfijnen van de normuitkeringen. Als complementaire strategie zou, analoog aan en vooruitlopend op het beoogde stelsel⁸, in de ziekenfondssector de mogelijkheid van quantumkorting bij de nominale premie kunnen worden geïntroduceerd, waarbij de quantumkorting uitsluitend afhangt van het aantal verzekerden binnen de collectiviteit, en niet van de gezondheidstoestand van de verzekerden. Gegeven de acceptatieplicht voor ziekenfondsen betekent dit dat een collectief van 1.000 werknemers een even grote premiekorting krijgt als een collectief van 1.000 leden van een bepaalde patiëntenvereniging of 1.000 ingeschrevenen bij de gemeentelijke sociale dienst.

4. Jaarverslag Groep UAP Nederland 1990; Jaarverslag Salland Gezondheidszorg Verzekeringen 1991; Brochure *Collectief perspectief in ziektekosten*, Noord Holland Noord, 1990.

5. *de Volkskrant*, 17 januari 1992; *NRC Handelsblad*, 28 maart 1992.

6. *Trouw*, 16 januari 1992.

7. F.T. Schut en R.C.J.A. van Vliet, Verlaging premie ziektekosten mogelijk tussen 7 en 12 procent, *Nederlandse Staatscourant*, 26 maart 1992.

8. Vergelijk de nota *Werken aan zorgvernieuwing*, Tweede Kamer, 1989-1990, 21 545, nr. 2, blz. 58-59.

Het gevaar van premiedumping doet zich met name voor doordat eind vorig jaar bij particuliere ziektekostenverzekeraars een fors bedrag aan reserves is vrijgevallen ter waarde van naar schatting ruim een miljard gulden (de zogenaamde vergrijzingsreserves). Deze reserves zouden door de particuliere verzekeraars naar de met hen gelieerde ziekenfondsen kunnen worden doorgeschoven. Staatssecretaris Simons heeft daarom als uitdrukkelijke voorwaarde voor het toelaten van het nieuwe ziekenfonds Medi-Zorg gesteld dat het bij de aanvang van zijn werkzaamheden als ziekenfonds over niet meer financiële reserves mag beschikken dan een gemiddeld thans reeds toegelaten ziekenfonds.

Premiekorting kan zich echter ook op een andere manier voordoen. De tien ziekenfondsen wijzen in hun brief aan Simons terecht op de mogelijkheid dat de premiekorting voor de gunstige risico's niet alleen rechtstreeks, maar ook in verkapte vorm kan worden gegeven. Bij voorbeeld de met het ziekenfonds gelieerde verzekeraar biedt kortingen op allerlei andere producten, zoals brand- en autoverzekeringen, levensverzekeringen of hypotheeken. Dergelijke kortingen worden dan wel verleend aan het collectief van de 1.000 gunstige risico's, maar niet aan het collectief van de 1.000 ongunstige risico's. Het verbieden van collectieve contracten lost dit probleem echter niet op. Dergelijke verkapte premiekortingen kunnen evengoed aan individueel verzekerden worden verleend. Bij voorbeeld de bij een ziekenfonds ingeschreven individueel verzekerden met een goede gezondheid krijgen van de met het ziekenfonds gelieerde verzekeraar een extra korting op een levensverzekering. Dergelijke kortingen zullen verzekerden met een goede gezondheid stimuleren om zich bij het betreffende ziekenfonds in te schrijven. Het probleem van de oneerlijke concurrentie is dus niet het gevolg van het bestaan van collectieve contracten, maar van de mogelijkheid tot koppelverkoop indien een particuliere verzekeraar en een ziekenfonds deel uitmaken van hetzelfde concern.

Evaluatie

Kijken wij naar de voor- en nadelen van de voorgestelde vorm van collectieve contracten in de ziekenfondssector, waarbij de premiekorting dus uitsluitend afhangt van het aantal verzekerden, dan kan het volgende worden opgemerkt. De drie in de vorige paragraaf eerstgenoemde voordelen gelden ook voor de ziekenfondssector: premiekorting wegens administratieve schaalvoordelen, het versterken van de marktpositie van de verzekerden en een reductie van het informatieprobleem. De twee laatstgenoemde voordelen – te weten: het gemakkelijker kunnen veranderen van verzekeraar en het zelf bepalen van de mate van premiedifferentiatie – spelen in de ziekenfondssector geen rol vanwege de acceptatieplicht van ziekenfondsen en vanwege de eis van een gelijke nominale premie voor alle verzekerden (afgezien van quantumkorting). Om dezelfde redenen alsmede vanwege de relatief geringe omvang van de nominale ziekenfondspremie zijn de genoemde nadelen van collectieve contracten voor de ziekenfondssector niet of nauwelijks relevant. Op basis van deze overwegingen lijken de voordelen van de hier voorgestelde vorm van collectieve contracten in de ziekenfondssector groter dan de eventuele nadelen.

Concernvorming

Het selecteren van gunstige risico's via kortingen op andere producten kan dus niet worden tegengegaan door het verbieden van collectieve contracten. Het is namelijk het gevolg van een combinatie van onvoldoende verfijnde normuitkeringen en een gemeenschappelijk zakelijk belang tussen een particuliere verzekeraar en het met de verzekeraar gelieerde ziekenfonds, bij voorbeeld vanwege concernvorming, personele unies op het niveau van directie en bestuur, gezamenlijke economische activiteiten of andere samenwerkingsvormen (korthedshalve aan te duiden met 'concernvorming'). Dit zou voor ziekenfondsen die oneerlijke concurrentie vreezen vanwege risicoselectie via kortingen op andere producten, aanleiding kunnen zijn te pleiten voor een verbod op concernvorming. Een dergelijk verbod zou tevens een belangrijk motief wegnemen voor particuliere ziektekostenverzekeraars om extra kortingen te geven aan collectiviteiten. De effectiefste manier om risicoselectie tegen te gaan is evenwel een zodanig verfijnd normuitkeringenstelsel dat risicoselectie niet profijtelijk is. Concernvorming zal dan niet leiden tot risicoselectie. Anderzijds zou door het verbieden van concernvorming slechts één wijze waarop risicoselectie kan plaatsvinden, worden aangepakt. Er blijven dan nog vele andere manieren van risicoselectie over. Ook zouden door het verbieden van concernvorming de voordelen verloren gaan die hieraan verbonden zijn, zoals:

- een concern als geheel heeft belang bij een goede reputatie. Hierdoor wordt een extra drempel opgeworpen tegen maatschappelijk onverantwoord gedrag. Mogelijke korte-termijnwinsten die gepaard kunnen gaan met een verlies van reputatie, zullen niet opwegen tegen de lange-termijndoelstellingen van het concern als geheel;
- het toestaan van concernvorming maakt toetreding tot de ziekenfondsmarkt aantrekkelijk voor ondernemende concerns (verzekerbanken). Dit vergroot de potentiële concurrentie op de ziekenfondsmarkt;
- de klant kan voor alle vormen van verzekeringen en andere vormen van (financiële) dienstverlening desgewenst bij één loket terecht;
- concernvorming kan schaalvoordelen bieden.

Hoewel concernvorming voordelen voor de verzekerden biedt, is het wel raadzaam waakzaam te zijn en er bepaalde voorwaarden aan te verbinden. Te denken valt aan:

- ziekenfondsen dienen, ook binnen concernverband, financieel zelfstandige rechtspersonen te zijn, een zelfstandig premiebeleid te voeren (geen koppelverkoop) en de uitvoering van de ziekenfondswet dient hun enige activiteit te zijn. Hierdoor wordt toezicht door de Ziekenfondsradaad op het functioneren van de ziekenfondsen niet onnodig bemoeilijkt. Voorts wordt bevorderd dat de nominale ziekenfondspremies verschillen in doelmatigheid van zorg reflecteren (en niet de (on)doelmatigheid van andere activiteiten) en wordt voorkomen dat gelden bestemd voor de sociale ziektekostenverzekering onbedoeld worden aangewend voor andere activiteiten;

Vervolg op blz. 549

Vervolg van blz. 544

- ten aanzien van het gebruik van de door de ziekenfondsen geregistreerde gegevens (inclusief het adressenbestand) voor andere doeleinden dan het uitvoeren van de ziekenfondswet dienen ook binnen het concernverband de bepalingen van de Wet Persoonsregistratie stringent te worden nageleefd;
- voorkomen dient te worden dat door het samengaan van verschillende ziekenfondsen binnen één concern de keuzevrijheid van de verzekerden al te zeer wordt beperkt⁹. Naarmate de toetreding tot de ziekenfondsmarkt echter opener wordt neemt het belang van dit aandachtspunt af.

Conclusies

In dit artikel is een analyse gemaakt van de voor- en nadelen van collectieve contracten in de ziektekostenverzekering. Aangezien het mogelijk is om de nadelen te mitigeren met behoud van de voordelen, lijkt een verbod op collectieve contracten niet opportuun. Indien het premieverschil tussen collectief en individueel verzekerden in de particuliere sector als een solidariteitsprobleem wordt ervaren, kan dit probleem tot elke gewenste proportie worden teruggebracht door verlaging van de premiehoogte om in aanmerking te komen voor de 'meerbetalersregeling'. De effectiefste manier om risicoselectie, via collectieve contracten, tegen te gaan is een voldoende verfijnd normuitkeringstelsel. In samenhang hiermee kan gedacht worden aan de verplichting voor particuliere ziektekostenverzekeraars om aan

de Ziekenfondsraad te melden welke verzekerden collectief dan wel individueel verzekerd zijn. Op deze wijze kan worden nagegaan in welke mate via collectiviteiten gunstige-risicoselectie ten aanzien van de gebudgetteerde AWBZ-verstrekkingsplaats vindt en in hoeverre de normuitkeringen hiervoor moeten worden aangepast. Binnen de ziekenfondsector zou overwogen kunnen worden de mogelijkheid van quantumkorting bij de nominale premie te introduceren, waarbij de quantumkorting uitsluitend afhangt van het aantal verzekerden binnen de collectiviteit, en niet van de gezondheidstoestand van de verzekerden. Tegen concernvorming tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen lijkt, gezien de voordelen voor de verzekerden, geen bezwaar te bestaan. Wel dienen ziekenfondsen, ook binnen concernverband, financieel zelfstandige rechtspersonen te zijn die zich uitsluitend met de uitvoering van de ziekenfondswet bezighouden. Tot slot kan worden geconcludeerd dat indien er geen goed functionerend normuitkeringstelsel komt, zowel collectieve contracten als concernvorming instrumenten vormen voor het selecteren van gunstige risico's. Het ontwikkelen van een voldoende verfijnd normuitkeringstelsel verdient derhalve de hoogste prioriteit. Deze analyse toont nogmaals aan hoe cruciaal de rol van normuitkeringen in het beoogde verzekeringsstelsel is.

W.P.M.M. van de Ven

9. W.P.M.M. van de Ven, Fusies niet in het belang van verzekerden, *Inzet*, februari 1991, blz. 29-31.