



De ziektekostenverzekering en de wig

Auteur(s):

Bouw mans, M.A.H.M.

De auteur is beleidsmedewerker gezondheidszorg bij de vakcentrale FNV.

Verschenen in:

ESB, 81e jaargang, nr. 4049, pagina 239, 13 maart 1996

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

Het decollectiveren van ziektekosten lijkt een manier om de wig te verlagen. Maar private regelingen zijn eerder duurder dan voordeliger, en deze kosten zullen deel uit blijven maken van het arbeidsvoorwaardenoverleg tussen werkgevers en werknemers.

"De Ziekenfonds wet (ZFW) moet verregaand geprivatiseerd worden. Voor medisch-specialistische hulp zou er een verplicht af te sluiten verzekering kunnen komen. Overige zorg (huisarts, kraamzorg, ziekenvervoer, fysiotherapie, hulpmiddelen, medicijnen, enz.) komt voor kosten van de burger, en kan al dan niet verzekerd worden. De burger gaat niet alleen méér, maar ook meer nominale (in plaats van inkomensafhankelijke) verzekeringspremies betalen. Op deze wijze wordt bereikt dat de kosten van de gezondheidszorg niet langer op de collectieve lasten, en daarmee op de wig drukken."

Zo ongeveer luiden voorstellen uit kringen van werkgevers, VVD en (particuliere) ziektekostenverzekeraars over de toekomst van de gezondheidszorg. In dit blad heeft R.B. Kool onlangs een dergelijk idee ontvouwd¹. In dit artikel wordt niet in extenso ingegaan op de vraag of een dergelijk stelsel kan functioneren en of een goede gezondheidszorg dan nog voor iedereen bereikbaar blijft. Ik zal hier vooral ingaan op de vraag of decollectivering zal leiden tot een verkleining van de wig.

Wig-verkleinen

Er is geen enkele garantie dat gedecollectiviseerde kosten niet in het cao-overleg ingebracht worden. Decollectiveren van de zorg voor ziekenfondsverzekerden lijkt eerder een garantie dat de kosten van de dan particulier geworden gezondheidszorgpremies door de vakbeweging expliciet in het cao-overleg gebracht worden. Vergoedingen voor ziektekosten zijn dan immers voor de laagstbetaalden niet meer van overheidswege wettelijk gegarandeerd. Gelet op het belang dat in het algemeen gehecht wordt aan een goed geregelde gezondheidszorg ligt het in de rede dat de werknemers een goede (betaalbare) ziektekostenverzekering als één van de belangrijkste secundaire arbeidsvoorwaarden voor zichzelf en hun gezin zullen zien. Met de gezondheidszorg-verzekering is al snel veel geld gemoeid. Het in het arbeidsvoorwaardenoverleg regelen van collectieve herverzekering van deze geprivatiseerde gezondheidszorg levert doorgaans ook een veel gunstiger premie op voor de betrokkene, dan wanneer iedere werknemer zich individueel zou moeten herverzekeren.

Via collectieve arrangementen is het bovendien mogelijk toetredingsvoorwaarden, uitsluitingen en op het risico van de verzekerde afgestemde premiehoogten, waarmee individuen bij private verzekeringen te maken krijgen, te omzeilen. Collectieve (her)verzekeringen kennen meestal geen toetredingsvoorwaarden en individuele beoordelingen: het collectief treedt geheel tot de verzekering toe.

In veel van de huidige collectieve ziektekosten-verzekeringen voor particulier verzekerden is geregeld dat gepensioneerden deel mogen blijven uitmaken van de collectieve ziektekostenverzekering. Dat is in verband met de premie-hoogte voor deze groep, die anders juist door de leeftijd veel hoger zou zijn, van eminent belang.

Er zijn, kortom, diverse motieven, van materiële en sociale aard, die het inbrengen in het cao-overleg van de dan gedecollectiviseerde gezondheidszorg aannemelijk, logisch en onvermijdelijk maken.

Werkgevers(organisaties) zijn zich in het algemeen goed bewust van het belang dat door de werknemers aan gezondheidszorg-regelingen gehecht wordt. Het is mede om die reden dat in het bedrijfsleven en bij de overheid overal waar de Ziekenfondswet niet van toepassing is (een groot deel van de bevolking is particulier tegen ziektekosten verzekerd), regelingen in de arbeidsvoorwaardelijke sfeer met medefinanciering van de werkgever getroffen zijn². Ook elders in Europa is een werkgevers-bijdrage in de financiering van de gezondheidszorgverzekering doorgaans een feit, en is meestal daar waar de gezondheidszorg collectief of van overheidswege geregeld is, al op voorhand in de regelingen opgenomen.

De werkgevers hebben ook een direct materieel eigenbelang bij een goede, toegankelijke gezondheidszorg die ervoor zorgt dat zieke werknemers snel in het arbeidsproces kunnen terugkeren. Het is, kortom, niet vanzelfsprekend dat wanneer zorg gedecollectiviseerd wordt, de kosten dan niet meer deels voor rekening van de werkgever zullen komen³. Gezondheidszorgkosten blijven ook dan de omvang van de wig mede bepalen. Wel zullen na decollectivering de kosten, en dus de wig, per bedrijf verschillen. Niet overal zullen immers (goede) regelingen bedongen kunnen worden. Zo ontstaat concurrentie op de loonkosten via de ziektekostenverzekering.

Kostenstijging

Om de gevolgen van een gedecollectiviseerde gezondheidszorg in ogenschouw te nemen is het goed te wijzen op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten waar, zoals bekend, de gezondheidszorgverzekeringen in hoge mate via de werking van de markt worden geregeld. De Verenigde Staten kennen alleen een sociale verzekering voor ouderen (Medicare) en voor de allerarmsten (Medicaid). Bij gebrek aan goede sociale regelingen, zijn de ziektekosten in de VS één van de belangrijkste cao-items. Het individueel, particulier verzekeren van ziektekosten is in de VS voor velen onbetaalbaar. Maar ook de kosten van de collectieve ziektekosten-regelingen op bedrijfsniveau, die als reactie daarop massaal via het cao-overleg bedongen zijn, zijn in de loop der jaren sterk gestegen⁴.

Daarvoor zijn twee oorzaken aan te wijzen. Ten eerste leidt private uitvoering van sociale regelingen tot hoge uitvoeringskosten, onder andere vanwege de versnipperde, dure uitvoeringspraktijk, schaalnadelen, marketingkosten en de winst voor de verzekeraars⁵. Ten tweede neemt de 'omzet' in de gezondheidszorg toe. De vraag naar gezondheidszorg is immers schier oneindig. Als de overheid niet meer het aanbod verkraapt of de prijzen beheerst, dan leidt dat al gauw tot meer zorg, en hogere prijzen.

De hoge kosten leiden dan ook weer tot pogingen van Amerikaanse werkgevers om bestaande, dure, ziektekostenregelingen voor hun werknemers te verslechteren. Dit vormt in de VS een bron van permanente arbeidsonrust. Daarnaast is het bestaan van diverse collectieve bedrijfsregelingen zonder terugvalmogelijkheden op wettelijke sociale zekerheidsregelingen een belangrijke barrière gaan vormen voor arbeidsmobiliteit. Een werknemer in de VS neemt in de beoordeling of hij van baan zal veranderen het bestaan en de omvang van de ziektekostenverzekering in zijn nieuwe baan nadrukkelijk in zijn overwegingen mee.

Nu zal de decollectivering in Nederland niet snel zó ver gaan als in de Verenigde Staten⁶. Maar ook als een gedeelte van de zorg verplicht en/of collectief verzekerd is (AWBZ), geldt dat gedeeltelijke decollectivering bovenstaande effecten kan hebben. De Amerikaanse werkgevers zien zich geconfronteerd met sterk opgestuwde loonkosten doordat zij bij gebrek aan sociale regelingen private bedrijfsregelingen voor ziektekosten hebben moeten afsluiten.

Tot besluit

In Nederland was, en is nog steeds, de ziektekostenverzekering voor een belangrijk deel zo opgezet dat door de verdeling van de collectieve premies tussen werkgever en werknemer een min of meer gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ontstaat om de kosten van de nationale gezondheidszorg in de hand te houden. De werkgever vanwege de loonkosten, de werknemer vanwege de premiehoogte. Die kostenbeheersing is redelijk gelukt. De afgelopen vijftien jaar stabiliseren de kosten zich op circa 8,5-9% van het bnp. Daarmee is de wig als het om de sociale gezondheidszorg-premies gaat redelijk voorspelbaar en stabiel. De wig-omvang is niet gering, maar speelt geen rol van betekenis in de arbeidsmobiliteit.

In het algemeen is de solidariteit om de gezondheidszorg op onderling solidaire basis te financieren onder de werknemers maar ook onder de bevolking stevig verankerd⁷. Er is grote bereidheid voor elkaar (jong voor oud, gezond voor ziek en naar draagkracht) te betalen zolang men zelf ook te zijner tijd wanneer dat nodig is van de verzekering gebruik kan maken. De solidariteit berust deels dus ook op een zakelijke basis. Zolang de gezondheidszorg georganiseerd is zoals tot nu toe via ZFW en AWBZ, bestaat er onder vakbondsleden geen aandrang daarin verandering aan te brengen. Zodra de collectief georganiseerde solidariteit door de-collectivering van de ZFW fundamenteel gewijzigd is, verwacht ieder vakbondslid vervolgens dat hún vakbond in hún bedrijf er de goedkoopste en beste regeling uit gaat slepen. Het belang om kostenbeheersing in de gezondheidszorg op nationaal niveau na te streven valt weg en maakt plaats voor het belang alléén de eigen ziektekostenregeling in de hand te houden.

Opmerkelijk is dat de uit de hand gelopen ontwikkelingen in de VS hebben geleid tot de roep om van overheidswege een collectieve ziektekostenregeling te organiseren. De plannen van Clinton leden, behalve op het 'natuurlijke' verzet van de grote verzekeringsmaatschappijen, schipbreuk onder andere op de hoge werkgeversbijdrage (80%) voor de premie van de collectieve ziektekostenverzekering die in de plannen besloten lag. De vraag van individuele bedrijven om iets structureel, collectief te regelen, stuit zo vervolgens weer af op het collectieve belang van de gezamenlijke werkgevers om niet met hoge sociale premies geconfronteerd te worden. Is de gezondheidszorg eenmaal gedecollectiviseerd dan laat collectieve solidariteit zich, ook al wordt de noodzaak daarvan alom onderschreven, niet gemakkelijk meer organiseren. Dat geldt voor werknemers, maar ook voor werkgevers.

Wat er ook van zij, het is goed om ons te realiseren, alvorens tot hoogst twijfelachtige experimenten met de Nederlandse gezondheidszorg besloten wordt, dat in Nederland met zijn in internationaal opzicht redelijk beheersbaar gebleken kosten en met zijn werkgeversbijdrage voor de premie ziekenfondswet van 50% een aardige middenweg bewandeld wordt

1 R.B. Kool, De gezondheidszorg als groeimarkt, *ESB*, 15 november 1995, blz. 1031-1033.

2 Net als in de Ziekenfondswet kent ook de huidige particulier verzekerde werknemer doorgaans een werkgevers-bijdrage (50%) voor de ziektekostenpremie. In 1996 bedragen de percentages premie ZFW resp 1,65% voor de werknemer en 5,35% voor de werkgever.

3 Afschaffen van de werkgeversbijdrage ZFW brengt nog een andere complicatie met zich mee. In de Ziekenfondswet (art. 83b) is nu geregeld dat omdat de werkgever een deel van de premie voor zijn rekening neemt, hij gevrijwaard blijft van verhaal van ziektekosten die uit de aard en omstandigheden van het werk voortvloeien door werknemers (ziekenfondsen) op de werkgever. Zie A.H.J. Luchtenberg, J.M. van der Most en J.L.P.G. van Thiel, *Het recht van de ziekenfonds- en de bijzondere ziektekostenverzekering*, Kluwer, Deventer, 1988, hfd. 15, blz. 145-146.

4 De totale kosten van de gezondheidszorg in de VS zijn opgelopen tot ruim 14% van het bnp (*de Telegraaf*, 30 januari 1996).

5 Ook in Nederland is er ervaring met de uitvoeringskosten van de private uitvoering van sociale regelingen. Zo zijn de kosten (premies)

van de private herverzekering van het 'WAO-gat' in totaal nu hoger dan toen ze via de 'oude' WAO collectief werden omgeslagen. Daar waar in bedrijven collectieve herverzekering heeft plaatsgevonden is de omvang van de wig, het verschil tussen bruto en netto-loon, groter geworden. Iets dergelijks lijkt zich voor te doen bij de inmiddels uit het ziekenfonds verwijderde tandheelkunde. Hiermee werd een besparing op de collectieve lasten bereikt van f 450 miljoen. Het totaal van de individuele lasten voor dezelfde tandheelkunde (premies voor de private aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen) bedraagt nu in totaal naar schatting f 750 miljoen. Het grote verschil wordt deels ook verklaard door de hogere particuliere tarieven van de tandartsen.

6 Met het decollectiviseren van de ZFW-bekostigde hulp is een bedrag gemoeid van ca. f 8 mrd. Werkgevers hebben aangegeven ook een deel van de AWBZ (bejaardenoorden, kruiswerk, gezinszorg) met een omvang van f 6,5 mrd te willen privatiseren (RCO/MHP, *Naar een beter stelsel van gezondheidszorg*, oktober 1992 en *Gezondheidszorg zonder zorgen*, mei 1994).

7 Zie het NIPO-onderzoek *Gezondheid is een recht*, Amsterdam, november 1995.