



De zorgverzekeringscombi

Auteur(s):

Camps, M.
Geurts, B.
Kaatee, S.

De auteurs zijn werkzaam bij het ministerie van Financiën: de eerstgenoemden bij de directie Algemene Financiële en Economische Politiek; de laatstgenoemde bij de Inspectie der Rijksfinanciën, sectie VWS.

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4279, pagina 872, 3 november 2000

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Zeven jaar na het plan-Simons is de discussie over het verzekeringsstelsel in de gezondheidszorg weer losgebarsten. Dit artikel presenteert een stelsel dat de sterke kanten van het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering combineert. Keuzevrijheid en prikkels voor de vraagzijde staan hierbij centraal.

In de afgelopen dertig jaar zijn vele pogingen gedaan het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel te hervormen. De namen van Hendriks, Dekker en Simons zijn daarbij verworpen tot synoniemen voor zorgstelsels en politieke strijd. De laatste twee pleitten nadrukkelijk voor een verplichte basisverzekering. Onderdelen van deze plannen zijn ingevoerd, maar de basisverzekering zelf is er nooit gekomen. De afspraken in het tweede Paarse regeerakkoord hebben het debat over een stelselwijziging weer aangezwengeld¹.

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen

Het debat spitst zich toe op de volksverzekering AWBZ en op het duale stelsel van het verplichte ziekenfonds en de vrijwillige particuliere verzekeringen voor de curatieve zorg. De AWBZ omvat onder andere de verpleging en verzorging. De curatieve zorg omvat onder andere de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en geneesmiddelen. Een adequaat verzekeringsstelsel is voorwaarde voor een goed werkend zorgstelsel. Aangezien over de AWBZ een separate beleidsdiscussie gaande is, richten wij ons in dit artikel op het verzekeringsstelsel voor de curatieve zorg². De probleemanalyse strekt zich echter ook uit tot de zorgvoorzieningen.

Op de markt voor curatieve zorg zijn marktpartijen actief, zoals zorgaanbieders en verzekeraars, maar tegelijkertijd is de overheid volop aanwezig met het corrigeren van marktfalen. Het marktfalen vloeit voort uit de beperkte kennis van de individuele zorgvrager. Door zijn verzekering ervaart hij tegelijkertijd nauwelijks prijsprikkels. Daarnaast spelen moreel risico bij aanbieders en externe effecten een rol. De overheidsregulering betekent voor de zorgaanbieders dat zij zich moeten bewegen binnen de perken van de zogenaamde aanbodregulering: budgettering en regulering van ziekenhuisbouw, exploitatie van zorgvoorzieningen en prijsvorming³.

Het overheidsingrijpen heeft ook een sterk gereguleerd stelsel van ziektekostenverzekeringen opgeleverd. Voor circa tien miljoen mensen, oftewel tweederde van de bevolking, is deze verzekering verplicht: het ziekenfonds. Werknemers met een inkomen boven de loongrens van het ziekenfonds (in 2000: f 64.600) kunnen zich particulier verzekeren. De ziekenfondspremies zijn grotendeels inkomensafhankelijk. Er is een beperkte nominale premie van gemiddeld 414 gulden in 2000 die alleen tussen verzekeraars verschilt maar niet tussen verzekerden. Bij het ziekenfonds is aldus zowel sprake van (volledige) risicosolidariteit als van inkomenssolidariteit. In het particuliere verzekeringssegment ontbreekt inkomenssolidariteit, doordat de premies volledig nominaal zijn en per verzekerde moeten worden betaald. Er is een beperkte risicosolidariteit doordat de overheid binnen de particuliere verzekeringen een vangnet heeft opgezet voor specifieke groepen, met name ouderen, waarvan de verliezen worden omgeslagen over alle particulier verzekerden: de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ). Voor de WTZ-verzekering gelden een acceptatieplicht en een vaste premie, die tevens het plafond vormt voor de particuliere premies. Daarnaast is er risicosolidariteit met de ziekenfondsen door de verplichte MOOZ-heffing voor particulier verzekerden, die dient ter financiering van de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds⁴. In totaal wordt er in de curatieve zorg jaarlijks ruim veertig miljard gulden omgezet, waarvan zeventig procent via het ziekenfonds.

Knelpunten in het huidige stelsel

Het Nederlandse zorgstelsel presteert in internationaal perspectief relatief goed wat betreft toegankelijkheid en kwaliteit⁵. Het kent echter ook een aantal tekortkomingen. Deze tekortkomingen komen zowel tot uiting op de zorgverzekeringsmarkt als op de markt voor zorgvoorzieningen. Op de zorgverzekeringsmarkt bevinden individuele consumenten zich aan de vraagzijde en verzekeraars aan de aanbodzijde, terwijl op de markt voor zorgvoorzieningen de verzekeraars de vraagzijde vormen en zorgaanbieders de aanbodzijde.

Knelpunt 1. Overheidsfalen

De aanbodregulering is gericht op het bestrijden van marktfalen, maar gaat wel gepaard met overheidsfalen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in de wachtlijsten, die laten zien dat het zorgaanbod in omvang en samenstelling niet aansluit bij de preferenties van de burgers. De aanbodregulering ontnemt zorgaanbieders de prikkels en de instrumenten om hierop in te spelen. In een toekomst waarin de

bevolking rijker, grijzer en diverser wordt, zal dit des te meer gaan knellen.

Knelpunt 2. Onvoldoende ruimte zorgvragers

De ruimte voor verzekerden om een individuele afweging te maken tussen baten en lasten van hun zorgconsumptie is beperkt. Ziekenfondsen zijn als grootkopers van zorgvoorzieningen in potentie machtige zorgvragers, maar ook zij ontberen door de aanbodregulering voldoende onderhandelingsruimte en ervaren daarnaast onvoldoende prikkels: zij lopen slechts voor 35 procent van de verstrekkingsrisico. De variatie in het verzekeringsaanbod en in de nominale premies is daardoor beperkt. Particuliere verzekeraars werken op restitutiebasis en zijn nauwelijks actief op de inkoopmarkt voor zorgvoorzieningen. Mede doordat zij ongunstige verzekeringsrisico's, die dertig procent van de kosten omvatten, kunnen afschuiven naar de WTZ, richten zij hun bedrijfsactiviteiten primair op de verzekeringsmarkt. Door middel van premieconcurrentie en risicoselectie proberen zij een winstgevende portefeuille op te bouwen.

Knelpunt 3. Gebrekkige solidariteit

Inkomens- en risicosolidariteit staan centraal in het ziekenfonds. Het al dan niet verplicht ziekenfondsverzekerd zijn is echter afhankelijk van inkomen en leeftijd. Het is ook afhankelijk van de vraag of men werknemer, zelfstandige, niet-werkend, of ambtenaar is. Hierdoor betalen mensen in vergelijkbare situaties uiteenlopende premies. Dit leidt tot vragen rond rechtvaardigheid⁶. Inkomens- en gezondheidszorgbeleid lopen hier door elkaar. Deze inkomenssolidariteit binnen het zorgstelsel heeft ook gevolgen voor de marginale druk en daarmee voor de werking van de arbeidsmarkt. Ook de risicosolidariteit roept de rechtvaardigheidsvraag op, met name waar in de particuliere markt wel solidariteit bestaat tussen jong en oud zoals in de WTZ, maar dit niet gepaard gaat met een adequate risicobeheersing. Voor de houdbaarheid van het stelsel is het goed regelen van de solidariteit echter essentieel, te meer daar de kosten met de vergrijzing zullen oplopen.

Knelpunt 1 is het meest zichtbaar in de vorm van de wachtlijsten. Het oplossen hiervan is echter ondenkbaar indien niet eerst knelpunt 2 is opgelost. Het verschuiven van de huidige aanbodsturing in de richting van meer vraagsturing is alleen zinvol als de vraagzijde van de markt voor zorgvoorzieningen (in casu de verzekeraars) voldoende geïnteresseerd is in een adequaat aanbod. Daarvoor zijn risicodragende verzekeraars nodig. Met het oog op het maatschappelijk draagvlak voor het zorgstelsel is juist het oplossen van knelpunt 3 van belang. Dit impliceert dat het versterken van het verzekeringsstelsel een belangrijke voorwaarde is voor zowel een structurele verbetering van de prestaties van het Nederlandse zorgstelsel (knelpunt 1) als ter voorbereiding op de komende vergrijzing (knelpunt 3).

Eisen aan een herzien verzekeringsstelsel

Een adequaat verzekeringsstelsel moet voldoen aan een aantal eisen die voortvloeien uit economische, politieke en budgettaire overwegingen.

» toegankelijkheid: elke ingezetene kan zich verzekeren tegen ziektekosten, zonder belemmeringen vanuit gezondheids- of inkomenssituatie. Deze doelstelling heeft primair een politiek karakter;

» keuzevrijheid: elke verzekerde moet een eigen afweging maken tussen omvang en kwaliteit van het gebodene van verzekeraar en zorgaanbieder enerzijds en de kosten die er aan verbonden zijn, zoals de premie en eigen betalingen anderzijds. Dit impliceert dat de wensen van de consumenten centraal staan;

» doelmatigheid: dit betreft zowel kostenefficiëntie - niet meer kosten maken dan nodig is - als allocatieve efficiëntie: datgene produceren waaraan zorgvragers behoefte hebben. De inrichting van het verzekeringsstelsel moet zowel aanbieders prikkelen om rekening te houden met de wensen van consumenten als zorgvragers confronteren met de financiële consequenties van eigen handelen op de zorgmarkt. De zorgvragers zijn hier verzekeraars én individuele consumenten. Deze eis staat los van de manier waarop de zorg gefinancierd wordt: publiek of privaat;

» eenvoud: hoe gecompliceerder het stelsel, hoe ondoorzichtiger de markt en hoe minder efficiënt ze zal werken.

» geen marktverstoring: het stelsel moet zich richten op de zorgmarkt en negatieve externe effecten naar andere markten vermijden.

Sterkte en zwakte van de huidige stelsels

Op basis van het voorgaande kan een zinvolle richting worden aangegeven die het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel zou kunnen inslaan. De Nederlandse en buitenlandse ervaringen hebben geleerd dat een volledig nieuw ontwerp een politiek moeilijk begaanbare weg is. Het is echter niet nodig om helemaal opnieuw te beginnen. Er functioneren namelijk al twee verzekeringsstelsels die beide hun sterke en zwakke kanten hebben. Een combinatie van deze sterke kanten zou de basis kunnen vormen voor het inrichten van een 'optimaal' verzekeringsstelsel. [tabel 1](#) vat deze benadering op basis van 'best practices' samen. In deze benadering onderscheiden wij elf karakteristieken van beide verzekeringsystemen. Voor elk van deze systemen geven de tweede en derde kolom aan hoe deze karakteristieken zijn vormgegeven. Vetgedrukte tekst betekent dat de vormgeving als sterk element kan worden aangemerkt. De laatste kolom illustreert hoe een optimaal stelsel er uit zou kunnen zien.

Tabel 1. Karakteristieken ziektekostenverzekeringen ('best practices' vet gedrukt)

Karakteristiek	ziekenfonds nu	particulier nu	optimaal stelsel?
1.risicosolidariteit	volledig en binnen zorgstelsel	gering (alleen WTZ) en binnen zorgstelsel	binnen zorgstelsel
2.inkomenssolidariteit	zeer groot en	geen	buiten zorgstelsel

3.deelname	binnen zorgstelsel verplicht (inkomen < f 64.600)	vrijwillig	(fiscaal) verplicht
4.toelatingsregime	acceptatieplicht	risicoselectie	acceptatieplicht
5.omvang van het pakket	groot en ongedifferentieerd	gedifferentieerd	gedifferentieerd
6.premie	inkomensafhankelijk en nominaal (f 414)	nominaal	zoveel mogelijk nominaal
7.belang verzekeraars bij kostenontwikkeling	risicodragend voor circa 35 procent van de totale kosten	risicodragend voor 70 procent van de kosten (alleen WTZ-risico is uitgesloten)	100 procent risicodragend
8.verzekeringsproduct	zorg in natura	declaratiestelsel voor schades	zorg in natura
9.relatie verzekeraars met zorgaanbieders	grootinkoper (contractering/overeenkomstenmodel)	in beginsel geen relatie (i.v.m. declaratiestelsel)	grootinkoper (contractering/overeenkomstenmodel)
10.institutionele setting	publiek	privaat	private uitvoering, publieke regeling
11.belang verzekerden bij kostenontwikkeling	via relatief beperkte nominale premie	potentieel groot, via nominale premie en te kiezen eigen risico	zo groot mogelijk via nominale premies, eigen bijdragen en risico

Toegankelijkheid

Voor de toegankelijkheid zijn de eerste vier kenmerken van belang: risico- en inkomenssolidariteit, toelatingsregime en vormgeving van de deelname. Binnen de ZFW is voor elk van deze kenmerken iets geregeld. Op de particuliere markt moet de wtz de toegankelijkheid waarborgen.

De noodzaak van risicosolidariteit kan economisch worden onderbouwd. Zonder risicosolidariteit zou elke verzekerde een premie betalen die overeenkomt met zijn risicoprofiel. Mensen met ongunstige risico's zouden hierdoor met torenhoge premies worden geconfronteerd en daardoor grote moeite hebben om zich te verzekeren. Precies om die reden heeft de overheid de WTZ opgericht in de particuliere markt. Inkomenssolidariteit is vooral een politiek thema, dat voortvloeit uit de gedachte dat de kosten van een ziektekostenverzekering voor de lagere inkomensgroepen een te zware last zouden vormen, ook als de premieverschillen uit hoofde van verschillen in gezondheidsrisico's zijn geëlimineerd.

Voor de wijze waarop de deelname is geregeld geldt een uitruil tussen de voorwaarden van toegankelijkheid en keuzevrijheid. De keuzevrijheid zou vereisen dat burgers vrij zijn om te kiezen of zij zich al dan niet willen verzekeren. Vanuit het (publieke) belang van toegankelijkheid en de gedachte dat alle burgers zich toch op enigerlei wijze zullen willen verzekeren, kan de verplichte verzekering, zoals die in het ziekenfonds geldt, als wenselijke vormgeving worden beschouwd. Hiermee wordt voorkomen dat goede risico's zich onttrekken aan de risicosolidariteit.

Het toelatingsregime hangt sterk samen met de wijze waarop de deelname en de risicosolidariteit zijn geregeld. Een verplichte verzekering is weinig zinvol wanneer burgers er niet zeker van kunnen zijn dat zij (tegen maatschappelijk aanvaardbare voorwaarden) worden toegelaten. In het verlengde van de verplichte verzekering kan dus ook de acceptatieplicht bij verzekeraars in de ZFW als beste vormgeving worden gezien. De mazen in de toegankelijkheid worden hiermee verder gedicht. De conclusie is dat het ziekenfonds ten aanzien van de toegankelijkheid aanmerkelijk beter scoort dan de particuliere verzekering.

Keuzevrijheid

Naast de wijze waarop de verzekeringsdeelname is georganiseerd (kenmerk 3) spelen bij het beoordelen van de keuzevrijheid vooral de kenmerken vijf en zes een rol. Op de particuliere markt hebben verzekerden in theorie alle keuzemogelijkheden: er is bij meerdere verzekeraars keuze uit meerdere verzekeringspakketten, met verschillende premies en eigen risico's. In de praktijk gelden die keuzes alleen voor jongeren. Ouderen worden geconfronteerd met risicoselectie. In de ZFW kunnen verzekerden alleen een verzekeraar kiezen; de verzekeringspakketten liggen vast. Het behoeft weinig betoog dat de particuliere verzekering hier het meeste punten scoort.

Doelmatigheid

De kenmerken zeven tot en met negen hebben betrekking op de gerichtheid van het stelsel op doelmatigheid en kostenbeheersing. Ziekenfondsverzekeraars hebben door hun rol als zorginkoper op zich meer mogelijkheden om doelmatigheid en kosten te beïnvloeden dan particuliere verzekeraars. Doordat zij zorg in natura moeten leveren, moeten zij als grootinkoper optreden (zie kenmerk negen). Daar staat wel tegenover dat door het verschil in risicodragendheid (kenmerk zeven) ziekenfondsen een beperkter (35 procent) belang hebben bij de kostenontwikkeling dan de particuliere verzekeraars (zeventig procent). Ook het feit dat particuliere verzekeraars, die binnen een private institutionele setting opereren, in tegenstelling tot ziekenfondsen failliet kunnen gaan, vormt op zichzelf een prikkel voor particuliere verzekeraars om de kosten te beheersen. In de praktijk hebben zij door hun beperkte omvang en door de aanbodregulering echter weinig mogelijkheden om doelmatigheid bij zorgaanbieders af te dwingen. Particuliere verzekeraars richten zich mede hierdoor vooral op het vergoeden van schades en beheersen hun kosten door risicoselectie. Dit heeft natuurlijk niets meer te maken met het realiseren van doelmatige zorgverlening.

Door eigen risico's en pakketdifferentiatie hebben verzekerden op de particuliere markt een duidelijk belang bij doelmatigheid en kostenbeheersing. Bij de ZFW vervult de nominale premie op dit punt een beperkte rol. Daar staat tegenover dat ziekenfondsverzekerden

door het bestaan van acceptatieplicht makkelijk kunnen wisselen van verzekeraar, terwijl deze mogelijkheden op de particuliere markt beperkt zijn door de risicoselectie. De sterke en zwakke kanten ten aanzien van de gerichtheid van beide stelsels op doelmatigheid en kostenbeheersing zijn dus gemengd.

Eenvoud

Door de nominale premies lijkt het particuliere stelsel eenvoudiger dan de ZFW, waar de premies zowel inkomensafhankelijk als (beperkt) nominaal zijn. Anderzijds is de particuliere markt niet transparant door de moeizame vergelijkbaarheid van pakketten en premies.

Geen marktverstoring

De ZFW-inkomensgrens legt een drempel midden in het inkomensgebouw. Voorts verhoogt de inkomensafhankelijke ZFW-premie de marginale druk. De particuliere markt, met nominale premies, voldoet hier derhalve beter.

Van twee stelsels naar één

Op basis van deze sterke elementen van beide huidige verzekeringsstelsels is het denkbaar een nieuw stelsel te construeren. Dit is weergegeven in de laatste kolom van [tabel 1](#). Het komt neer op een stelsel waarbij alle ingezetenen verplicht verzekerd zijn voor een zo beperkt mogelijk pakket en waarvoor zij een premie betalen die zoveel mogelijk nominaal is. Vanwege de verplichte deelname betreft het een collectieve verzekering. Met het oog op doelmatigheid in de zorgvoorziening heeft een private setting de voorkeur; vanwege Europese juridische aspecten blijft dit beperkt tot een private uitvoering⁷. Wellicht dat een opzet waarbij de rechten van burgers ten alle tijde door de overheid gegarandeerd worden hierbij een oplossing biedt.

Aparte aandacht vragen de risico- en inkomenssolidariteit. Beide kunnen zowel binnen het zorgstelsel worden vormgegeven als daarbuiten. Bij risicosolidariteit binnen het stelsel verschillen de (nominale) premies alleen van elkaar door verschillen in kwaliteit en doelmatigheid tussen verzekeraars; daar zal de strategie van verzekeraars zich dan ook op richten. Bij risicosolidariteit buiten het stelsel om zijn de door verzekerden te betalen (nominale) premies gedifferentieerd naar risico en moet een door de overheid op te zetten subsidiestelsel ieder individu op basis van risicokenmerken een subsidie verstrekken. Dit leidt al gauw tot een complex uitvoeringsapparaat. De voorkeur gaat dan ook uit naar risicosolidariteit binnen het stelsel. Dit vereist een risicovereeningssysteem om de risicoverschillen tussen verzekerdenpopulaties op te vangen, zoals bijvoorbeeld het normkostenverdeelmodel van de ZFW.

Inkomenssolidariteit binnen het zorgstelsel impliceert inkomensafhankelijke premies, zoals bij de ZFW de AWBZ. Bij inkomenssolidariteit buiten het stelsel om zijn de premies nominaal (zoals in de particuliere markt), en loopt de 'inkomenscompensatie' via de fiscaliteit. Dit laatste heeft als voordeel dat verhoging van de marginale druk kan worden voorkomen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van (inkomensafhankelijke) heffingskortingen.

Evaluatie

Bovenstaande invulling van een mogelijk toekomstig verzekeringsstelsel betreft de facto een verplichte basisverzekering. Een belangrijke overweging hierbij is het garanderen van toegankelijkheid van de gezondheidszorg, zonder dat een afzonderlijk vangnet, zoals de WTZ, nodig is. Daarnaast stelt een verplichte basisverzekering bundeling van de zorgvraag zeker, waardoor de contractering van aanbieders meer perspectief biedt voor doelmatigheidsverbetering. Tot slot voorkomt een verplichte verzekering systeemovergangen die belemmerend kunnen werken op de arbeidsmarkt; het systeem kan hierdoor bovendien eenvoudig blijven. Keuzevrijheid en prikkels voor de vraagzijde blijven echter van belang. In een beperkt verplicht verzekeringspakket en een nominale premie komt het belang van verzekerden én verzekeraars bij doelmatigheid en een beheerste uitgavenontwikkeling tot uitdrukking

1 R.C.J.A. van Vliet, L.M. Lamers en W.P.M.M. van de Ven, [Concurrentie en solidariteit in de ziekenfondsmarkt](#), *ESB*, 28 januari 2000, blz. 64-67; W.P.M.M. van de Ven en F.T. Schut, [Een particuliere basisverzekering?](#), *ESB*, 14 juli 2000, blz. 556-559 en de rapporten van politieke partijen: Naar meer menselijke maat (CDA); 'Kiezen voor Keuze' (VVD); 'De kleur van grijs' (PvdA).

2 Zie de kabinetsnota *Zicht op zorg*, plan van aanpak modernisering ABWZ, Ministerie van VWS, Den Haag, 1999. Aan de raakvlakken tussen de verschillende discussies gaan wij hier voorbij omdat deze niet van invloed zijn op dit betoog.

3 Zie bijvoorbeeld R.M. Lapré (redactie), *Handboek structuur en financiering gezondheidszorg*, VUGA, Den Haag, 1989.

4 MOOZ: Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden.

5 WHO, *The world health report 2000, Health systems: improving performance*, Geneve, juli 2000.

6 Een gezin met twee inkomens van elk f 35.000 dat ziekenfondsverzekerd is, zal aanzienlijk minder premie betalen dan een gezin met één inkomen van f 70.000 dat particulier is verzekerd. Neemt de partner van de éénverdiener een klein baantje dan moet deze zich tegen een lage premie bij het ziekenfonds verzekeren.

7 Zie W.P.M.M. van de Ven en F.T. Schut, *op. cit.*, voor een beschrijving van juridische randvoorwaarden aan zorgverzekeringsstelsels.