



Een particuliere basisverzekering?

Auteur(s):

Ven, W.P.M.M., van de
Schut, F.T.

De auteurs zijn werkzaam bij de Leerstoelgroep Sociale Ziektekostenverzekering, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij danken J.W. van de Gronden en H.E.G.M. Hermans voor hun commentaar.

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4264, pagina 556, 14 juli 2000

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Tussen zorgaanbieders en -verzekeraars is steeds meer sprake van mededinging. Vrije concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt leidt echter tot afnemende solidariteit. Staat de Europese rEGelgeving toe dat Nederland de zorgverzekeringsmarkt zo organiseert dat sprake is van zowel concurrentie als solidariteit? En wat betekent dat voor een eventuele basisverzekering?

De toekomstige ordening van de Nederlandse gezondheidszorg zal worden gekenmerkt door een combinatie van solidariteit en mededinging. Enerzijds bestaat politieke en maatschappelijke consensus over de invoering van een voor iedereen verplichte basisverzekering. Recentelijk hebben de grote politieke partijen, alsmede de werkgevers, werknemers en enkele grote zorgverzekeraars, zich voorstander getoond van een op solidariteit gebaseerde basisverzekering ter vervanging van de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Anderzijds is de afgelopen tien jaar geleidelijk steeds meer ruimte voor mededinging gecreëerd.

Gegeven dat Nederland 'solidariteit én mededinging' in de zorg wil, doet zich de vraag voor of het 'Europa van een vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal' dat wel toestaat. De Europese ordeningsprincipes laten weinig ruimte om restricties aan vrije concurrentie op te leggen. Maar volledig vrije concurrentie op de verzekeringsmarkt leidt tot equivalentie, dat wil zeggen premiedifferentiatie en risicoselectie, hetgeen strijdig is met het solidariteitsbeginsel.

In dit artikel worden zowel de verzekeringstechnische als Europees-rechtelijke aspecten van deze problematiek besproken. Allereerst besteden wij aandacht aan de schijnbare onverenigbaarheid van solidariteit en equivalentie. Vervolgens bespreken wij enkele interventiestrategieën die de overheid kan hanteren in een poging om solidariteit en concurrentie op de markt voor individuele zorgverzekeringen te laten samengaan. Daarna zullen wij aangeven welke interventiestrategie in andere landen reeds wordt toegepast. Tot slot volgt de hamvraag: "Staat de regelgeving van de Europese Gemeenschap (EG) het toe dat Nederland een voor iedereen verplichte basisverzekering zodanig organiseert dat sprake is van zowel concurrentie als solidariteit?"

Solidariteit en equivalentie

Het solidariteitsbeginsel en het equivalentiebeginsel lijken onverenigbaar op een vrije concurrerende zorgverzekeringsmarkt. Het *solidariteitsbeginsel* impliceert ex-ante overdrachten van lage-risico verzekerden naar hoge-risico verzekerden ('risico-solidariteit') en/of van hoge-inkomensgroepen naar lage-inkomensgroepen ('inkomenssolidariteit'). Het *equivalentiebeginsel* van een concurrerende verzekeringsmarkt impliceert dat voor elke te onderscheiden risicogroep van verzekerden de premie kostendekkend moet zijn. Vrije concurrentie leidt ertoe dat de voorspelbare winsten op alle contracten op termijn worden afgeroomd, waardoor geen substantiële kruissubsidies tussen risicogroepen mogelijk zijn. In de premiestructuur is daardoor geen ruimte voor impliciete kruissubsidies van jongeren en gezonden naar ouderen en zieken. Gegeven de schadelaststructuur zal vrije concurrentie ertoe leiden dat de premie voor ouderen gemiddeld tienmaal zo hoog is als voor jongeren en dat binnen elke leeftijdsgroep de premie sterk gedifferentieerd is naar gezondheid. Zonder enige restrictie op de vrije concurrentie zal de hoogste premie voor een zorgverzekering al snel meer kunnen bedragen dan honderdmaal de laagste premie voor eenzelfde verzekeringsdekking.

Voorzover verzekeraars niet in staat zijn om de premie volledig aan te passen aan het te verzekeren risico (premedifferentiatie), kan equivalentie ook gerealiseerd worden door het aanpassen van het te accepteren risico aan de door de verzekeraar gehanteerde premiestructuur (risicoselectie). Risicoselectie kan zich uiten in een beperktere verzekeringsdekking of in het weigeren (of beëindigen) van een verzekeringscontract.

De conclusie is dat zonder externe interventie solidariteit en concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt niet kunnen samengaan.

Twee interventiestrategieën

Bij het totstandkomen van een basisverzekering die wordt uitgevoerd door concurrerende zorgverzekeraars, kan de overheid twee interventiestrategieën hanteren om solidariteit te realiseren: premiesubsidies en restricties aan de vrije concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Premiesubsidies

Risicosolidariteit kan worden gerealiseerd door hoge-risico-verzekerden een premiesubsidie te geven uit een solidariteitsfonds dat wordt gevuld met solidariteitsbijdragen van de lage-risico-verzekerden. Door de geldstromen van of naar het solidariteitsfonds inkomensafhankelijk te maken kan risicosolidariteit desgewenst worden aangevuld met inkomenssolidariteit. Omdat de zorgverzekeraars in beginsel geen bemoedigen behoeven te hebben met het systeem van de premiesubsidies, behoeft het vrije verkeer van verzekeringen niet te worden belemmerd.

De premiesubsidie kan afhangen van de hoogte van de betaalde premie¹ danwel van de door de zorgverzekeraars gehanteerde risicofactoren, zoals leeftijd, geslacht en gezondheid². Een nadeel van *premie-afhankelijke* subsidies is dat zij de prijsgevoeligheid van de consument verlagen en daarmee de effectiviteit van de prijsconcurrentie tussen de zorgverzekeraars reduceren. Bijgevolg vermindert de prikkel voor de zorgverzekeraars tot schadelastbeheersing. Een tweede nadeel van *premie-afhankelijke* subsidies is dat zij de consument stimuleren, voorzover er enige keuzevrijheid is, om een ruimere verzekeringsdekking te kopen dan zonder subsidie aan de marge. Vanwege het extra moreel risico leidt dit tot een welvaartsverlies. Omdat bij *risico-afhankelijke* premiesubsidies de genoemde twee nadelen zich niet voordoen, verdienen *risico-afhankelijke* premiesubsidies de voorkeur boven *premie-afhankelijke* subsidies.

Voorzover gedetailleerde premiedifferentiatie gepaard gaat met te hoge transactiekosten en daarmee te hoge premie-opslagen zodat mensen zich niet meer verzekeren, zou een aantal verzekeraars op een vrije markt kunnen besluiten om equivalentie te realiseren door middel van risicoselectie in plaats van door verdere premiedifferentiatie. Als alle verzekeraars deze strategie zouden volgen, reduceert dit de effectiviteit van premiesubsidies als instrument voor het realiseren van solidariteit³. Er zijn evenwel verschillende mogelijkheden om verdere premiedifferentiatie te bevorderen en risicoselectie te voorkomen⁴. Te denken valt aan het gezamenlijk ontwikkelen van een standaard-premiemodel, het onderling uitwisselen door verzekeraars van gestandaardiseerde risicokenmerken van verzekerden die van verzekeraar wisselen, het opzetten van een vrijwillige herverzekeringsspool of het vergoeden van extreem hoge kosten uit de AWBZ. Niettemin lijkt het, mede vanwege de relatief beperkte differentiatie van de thans in de praktijk gehanteerde vormen van *risico-afhankelijke* premiesubsidies, riskant om alleen op dit instrument te vertrouwen.

Beperkingen aan de vrije concurrentie

Teneinde voldoende solidariteit te bewerkstelligen kan de overheid als aanvulling op, of in plaats van, premiesubsidies, beperkingen opleggen aan de vrije concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Beperkingen aan de vrije premiestelling kunnen bestaan uit een verbod op het hanteren van bepaalde risicofactoren, bijvoorbeeld gezondheid en genetische informatie, het opleggen van een bepaalde premiebandbreedte of, in het meest extreme geval, een doorsneepremie, dat wil zeggen een voor iedereen gelijke premie, of: premie minus premiesubsidie, ongeacht het risico. Als een poging om risicoselectie te voorkomen kan een jaarlijkse acceptatieplicht worden opgelegd voor een nader te bepalen basispakket.

De praktijk in diverse landen

In tenminste tien landen is sprake van een concurrerende zorgverzekeringsmarkt waarbij de overheid intervenueert om solidariteit te realiseren. Al deze landen hanteren een combinatie van de twee besproken interventiestrategieën: *risico-afhankelijke* premiesubsidies én beperkingen aan de vrije concurrentie. Wel bestaan er verschillende uitvoeringsmodaliteiten van het subsidiesysteem. Zo gaat in Nederland (ziekenfondsmarkt), België, Israël, Verenigde Staten (Medicare) en Rusland de subsidie niet naar de consument, maar naar de zorgverzekeraar, die vervolgens de subsidie in mindering brengt op de bij de verzekerde in rekening gebrachte premie. *Risico-afhankelijke* premiesubsidies worden in het Nederlandse ziekenfondssysteem aangeduid met 'normuitkeringen'. In Colombia, Duitsland, Ierland, Tsjechië en Zwitserland betalen de verzekerden de solidariteitsbijdragen aan de zorgverzekeraars, die vervolgens het saldo van alle solidariteitsbijdragen en premiesubsidies van hun verzekerden verrekenen met het solidariteitsfonds.

Omdat de *risico-afhankelijke* premiesubsidies slechts van een beperkt aantal risicofactoren afhangen en daardoor voor hoge-risico-verzekerden het gat tussen de premie en de premiesubsidie onvoldoende opvullen, worden in alle genoemde landen ook beperkingen opgelegd aan de vrije concurrentie tussen zorgverzekeraars. Naast een periodieke acceptatieplicht gelden stringente beperkingen aan de hoogte van de directe betalingen van de verzekerde aan de verzekeraar⁵. Bijvoorbeeld, in de ziekenfondsmarkt in Nederland moet de zogenaamde 'nominale premie', dat wil zeggen de 'premie minus premiesubsidie', voor alle verzekerden bij eenzelfde ziekenfonds gelijk zijn.

Europese regelgeving

Voor de beoogde basisverzekering in Nederland is van belang of strijdigheid bestaat tussen de Europese regelgeving en de boven besproken interventiestrategieën om solidariteit te realiseren op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. De EG-regelgeving is verschillend voor particuliere verzekeringen en sociale verzekeringen. *Particuliere* verzekeringen zijn onderworpen aan de drie EG-richtlijnen voor schadeverzekeringen. Deze richtlijnen beogen belemmeringen voor vrije concurrentie en een vrij verkeer van verzekeringen binnen de EG weg te nemen. *Sociale* verzekeringen, dat wil zeggen, verzekeringen die een onderdeel vormen van het stelsel van sociale zekerheid, zijn niet onderworpen aan de EG-richtlijnen voor schadeverzekeringen. Een stelsel van sociale zekerheid kan voor een belangrijk deel aan de werkingssfeer van het EG-verdrag onttrokken zijn. Sociale verzekeringen zijn wel onderworpen aan de bepalingen inzake de EG-verordeningen ter coördinatie van de sociale zekerheid⁶. Ook zijn uitvoeringsorganen van sociale verzekeringen onderworpen aan de Europese mededingingsregels indien zij, zoals de Nederlandse ziekenfondsen, ondernemingsrisico lopen en economische activiteiten uitvoeren. Particuliere verzekeringen vallen niet onder de EG-verordeningen ter coördinatie van de sociale zekerheid. Gegeven deze dichotomie in het bestuurlijk regime bespreken wij de vraag betreffende een mogelijke strijdigheid tussen de EG-regelgeving en elk van de twee interventiestrategieën apart voor particuliere en sociale verzekeringen.

Particuliere zorgverzekering

Premiesubsidies behoeven in beginsel geen belemmering te vormen voor het vrije verkeer van verzekeringen en behoeven derhalve niet strijdig te zijn met EG-regelgeving. Problematischer is de tweede interventiestrategie, te weten het opleggen van beperkingen aan de vrije concurrentie: acceptatieplicht en premieregulering. Hierbij is duidelijk sprake van een belemmering van het vrije verkeer van diensten. In artikel 54 van de derde EG-richtlijn wordt evenwel een geclausuleerde uitzondering gemaakt voor verzekeringen die de door het wettelijk

stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen. De Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (wtz) valt onder deze uitzondering. Op basis van de WTZ zijn particuliere verzekeraars verplicht nader bepaalde groepen mensen, bijvoorbeeld alle particulier verzekerden ouder dan 65 jaar, te accepteren voor de standaardpakketpolis tegen een premie die niet hoger is dan de door de overheid vastgestelde, niet-kostendekkende maximumpremie. Achteraf ontvangen de verzekeraars een volledige compensatie voor alle niet door de premie-ontvangsten gedekte schade-uitkeringen.

Al ruim tien jaar is het de regering een doorn in het oog dat particuliere verzekeraars geen financieel risico dragen voor de WTZ-verzekeringen. In het *Regeerakkoord* 1998 zijn maatregelen aangekondigd om verzekeraars risicodragend te maken voor de WTZ. Binnen een jaar waren deze maatregelen echter al van tafel, waarbij mogelijke strijdigheid met EG-regelgeving een belangrijke overweging was. In februari 1998 had de landsadvocaat al ernstig gewaarschuwd⁷. Een zodanige bemoeienis van de overheid met de premievaststelling en het acceptatiebeleid, dat een verzekeraar zou kunnen worden gedwongen een zeker verlies op de particuliere verzekering te accepteren, draagt volgens de landsadvocaat aanmerkelijke risico's in zich. De reden hiervan is strijdigheid met het gemeenschapsrecht, in het bijzonder met de gemeenschapsbepalingen inzake vrijheid van vestiging en dienstverrichtingen⁸. De uitzonderingsbepaling in artikel 54 van de derde schaderichtlijn biedt dus blijkbaar wel de mogelijkheid om solidariteit te combineren met een particuliere zorgverzekering *zonder* concurrentie; maar praktisch niet om solidariteit te combineren *met* concurrentie tussen risicodragende particuliere zorgverzekeraars.

De conclusie is dat het combineren van solidariteit en concurrentie tussen risicodragende particuliere zorgverzekeraars uitsluitend kan worden gerealiseerd via premiesubsidies. Het in aanvulling daarop opleggen van beperkingen aan de vrije concurrentie lijkt geen begaanbare route.

Sociale zorgverzekering

Voor de sociale zorgverzekering zijn beide interventiestrategieën toegestaan: premiesubsidies en beperkingen aan de vrije concurrentie. In diverse EG-landen, bijvoorbeeld Nederland, België en Duitsland, worden beide strategieën toegepast in de verplichte ziekenfondsverzekering, die wordt uitgevoerd door concurrerende risicodragende ziekenfondsen.

Basisverzekering: particulier of sociaal?

Voor het beantwoorden van de vraag of de EG-regelgeving het toestaat dat Nederland de basisverzekering zodanig organiseert dat sprake is van zowel concurrentie als solidariteit, is dus van belang: "Is de basisverzekering een particuliere of een sociale verzekering?" en: "Welke interventiestrategieën worden toegepast: premiesubsidies of beperkingen aan de vrije concurrentie of beide?"

Voor de eerste vraag is van belang wat de definitie van 'sociale verzekering' is. Tot onze verbazing blijkt, ondanks de verregaande consequenties in regelgeving, een heldere definitie te ontbreken. Wel zijn er uitspraken van het Europese Hof van Justitie waaruit blijkt wat voldoende voorwaarden zijn voor een sociale verzekering⁹. Een heldere definitie met noodzakelijke en voldoende voorwaarden ontbreekt echter.

Wat betreft de tweede vraag, menen wij dat bij de basisverzekering vooralsnog beide interventiestrategieën moeten worden toegepast. Het uitsluitend verlenen van premiesubsidies stuit op doelmatigheidsproblemen dan wel op toegankelijkheidsproblemen. Premie-afhankelijke subsidies reduceren de prikkel tot doelmatigheid. Uitsluitend risico-afhankelijke premiesubsidies resulteren bij de huidige in de ziekenfondsverzekering gehanteerde risicofactoren al snel in een 'premie minus subsidie' voor hoge-risico verzekerden van circa 15.000 euro per persoon per jaar¹⁰. Dit lijkt een onaanvaardbaar toegankelijkheidsprobleem. Niettemin bestaan er, gegeven de vooruitgang die de afgelopen vijftien jaar is geboekt op het terrein van risicocompensatiemethoden, gunstige perspectieven dat bij het gebruik van adequate risicokenmerken risico-afhankelijke premiesubsidies het toegankelijkheidsprobleem aanzienlijk kunnen reduceren¹¹.

Het toepassen van beide interventiestrategieën impliceert dat de basisverzekering géén particuliere verzekering kan zijn, maar een onderdeel van het stelsel van sociale zekerheid moet zijn.

Dit roept de vraag op of de beoogde basisverzekering voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden voor een sociale verzekering. Zoals gezegd bestaat hier geen eenduidige definitie van. Onzes inziens is het meest essentiële criterium dat sprake moet zijn van wettelijk geregelde solidariteit zodanig dat betrokkenen, ongeacht leeftijd of gezondheid, een wettelijk gegarandeerde financiële toegang hebben tot een basispakket zorg. De uiteindelijke beslissing of de basisverzekering kan worden aangemerkt als een sociale verzekering die onderdeel vormt van het stelsel van sociale zekerheid, is niet aan de Nederlandse overheid, maar aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen.

De conclusie is dat, als geen adequate risicokenmerken kunnen worden gebruikt voor het bepalen van risico-afhankelijke premiesubsidies en als premie-afhankelijke subsidies ongewenst zijn vanwege doelmatigheidsproblemen, restricties moeten worden opgelegd aan de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt om voldoende solidariteit te waarborgen. Het opleggen van restricties aan concurrentie kan alleen als de basisverzekering als een sociale verzekering een onderdeel vormt van de sociale zekerheid en niet een particuliere verzekering is die onder de EG-schaderichtlijnen valt.

Conclusie en discussie

In beginsel bestaan er twee strategieën om solidariteit én mededinging op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt te laten samengaan: premiesubsidies en restricties aan de vrije concurrentie. Met uitsluitend risico-afhankelijke premiesubsidies zou kunnen worden volstaan als deze voldoende differentiëren naar de relevante risicokenmerken en als er geen risicoselectie plaatsvindt. Omdat aan die voorwaarden in de praktijk nog niet wordt voldaan, blijken alle landen met een concurrerende zorgverzekeringsmarkt risico-afhankelijke premiesubsidies aan te vullen met stringente beperkingen aan de vrije concurrentie.

De huidige Europese regelgeving staat het niet toe de particuliere zorgverzekeringsmarkt zodanig te reguleren dat sprake is van

voldoende solidariteit én concurrentie. Deze strijdigheid met Europese regelgeving doet zich niet voor als de basisverzekering een sociale zorgverzekering is, dat wil zeggen een onderdeel vormt van de sociale zekerheid. Een basisverzekering waarbij solidariteit én mededinging samengaan, kan dus alleen een sociale, en geen particuliere, zorgverzekering zijn. De consequentie hiervan is dat de premies voor de basisverzekering worden gerekend tot de collectieve lastendruk en waarschijnlijk ook invloed hebben op het EMU-tekort. Voorts zal de overheid een garantie moeten geven voor mogelijke insolventies van verzekeraars en zal voldaan moeten worden aan de relevante bepalingen van de ILO-verdragen en de EG-verordeningen ¹².

Teneinde de omvang van de verplichte basisverzekering (en derhalve van de collectieve lastendruk) te beperken zou aan de huidige particulier verzekerden de mogelijkheid kunnen worden geboden vrijwillig een eigen risico aan de voet te nemen tot bijvoorbeeld maximaal EUR 3000 per jaar. Zorgverzekeraars concurreren vervolgens onderling op de premie voor de basisverzekering zónder eigen risico en de overheid stelt regels voor de premiekortingen bij bepaalde eigen risico bedragen, net als in Zwitserland. Dit komt de transparantie en daarmee de effectiviteit van de prijsconcurrentie ten goede en het voorkomt excessieve premiekortingen als gevolg van antiselectie. Alle zorg waarvoor geen solidariteit is gewenst, kan worden overgelaten aan de vrije markt van aanvullende particuliere verzekeringen

1 M. de Bruine en J.W. Lintsen, Individuele gezondheidssubsidie, *ESB*, 15 juni 1988, blz. 569-572.

2 W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, [Vouchers voor particuliere ziektekostenverzekeringen](#), *ESB*, 20 november 1996, blz. 948-952.

3 Er zullen overigens altijd wel verzekeraars zijn die zich specialiseren in het aanbieden van zorgverzekeringen aan buitengewoon-hogericoverzekerden, zoals de Onderlinge Verzekering Maatschappij O.O.M..

4 W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies?, *Journal of Health Economics*, 2000, blz. 311-339.

5 Voor nadere informatie over de gehanteerde risicofactoren ter bepaling van de risico-afhankelijke premiesubsidies en over de beperkingen op de vrije concurrentie in elk van de tien genoemde landen, zie W.P.M.M. van de Ven en R.E. Ellis, Risk Adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, *Handbook of health economics*, Elsevier, North-Holland, Amsterdam, 2000 (verschijnt binnenkort).

6 Bijvoorbeeld EG-Verordening 1408/71 betreffende onder andere grensoverschrijdende zorg.

7 Bijlage 11 bij het rapport *Risico in de WTZ*, MDW-werkgroep WTZ, Den Haag, maart 1998.

8 Zie ook de *Interpretatieve mededeling van de Commissie: vrij verrichten van diensten en algemeen belang in het verzekeringsbedrijf*, Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen, 16 februari 2000, C43/5-C43/27.

9 Zie bijvoorbeeld H.E.G.M. Hermans en I. Tiems, Convergentie in de ziektekostenverzekering: mogelijkheden en belemmeringen in Europees perspectief, *Sociaal Recht*, 1995, blz. 113-119.

10 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.

11 Van de Ven en Ellis, *op. cit.*, 2000.

12 Zie brief *Maatregelen in de WTZ* van Minister Borst aan de Tweede Kamer d.d. 22 december 1999.