

Individuele gezondheidssubsidie

Voor de financiering van de gezondheidszorg zijn diverse hervormingsvoorstellen in omloop. Die voorstellen hebben als gemeenschappelijk kenmerk de oprichting van een centrale kas die inkomensafhankelijke heffingen verdeelt over de verzekeraars naar rato van de omvang en de gezondheidstoestand van het verzekerdenbestand. Cruciaal probleem bij deze voorstellen is het vinden van een werkbare verdeelsleutel. In dit artikel wordt een financieringsstructuur voorgesteld die dat probleem omzeilt. In plaats van een overdracht aan de verzekeraar per afgesloten ziektekostenpolis vindt een overdracht plaats aan de verzekerde ter grootte van een bepaald percentage van de premie die deze in vrije onderhandeling met de verzekeraar overeenkomt.

DRS. M. DE BRUINE – DRS. J.W. LINTSEN*

In de huidige polemiek rondom de financiering van de gezondheidszorg staat 'beheersbaarheid' centraal. Hoewel ook wordt verwezen naar andere doeleinden, zoals kwaliteit, efficiency en het verantwoord omgaan met de gezondheid, spitst de publieke discussie zich toe op kostenbeheersing¹. Deze wil men bereiken door de uitgaven van ziektekostenverzekeraars te budgetteren op basis van normkosten. In dit artikel wordt een andere invalshoek gehanteerd. We gaan uit van de welvaarts-theorie. Wij beschouwen gezondheidszorg als een individueel, op de markt verhandelbaar goed dat op grond van diverse motieven deels via dwangheffingen wordt gefinancierd. Op basis van dit uitgangspunt doen we voorstellen voor een financieringsstructuur waarin de hoogte van de te betalen ziektekostenverzekeringpremie tot stand komt op een vrij concurrerende verzekeringsmarkt. De negatieve effecten van deze vrije-marktwerking worden beperkt door een stelsel van 'vouchers' voor verzekerden. De ogenschijnlijke afnemering van de solidariteit in het voorgestelde stelsel van ziektekostenverzekering wordt gecompenseerd door een volledige integratie in het inkomensbeleid. Het voornaamste doel van ons voorstel is een optimale allocatie van middelen te bereiken. Zodra de omvang van de uitgaven aan gezondheidszorg in overeenstemming is gebracht met de voorkeuren van de economische subjecten vervalt namelijk het probleem van de beheersbaarheid.

Op de markt voor gezondheidszorg valt in de eerste plaats op dat een groot deel van de financiële transacties verloopt via verzekeringsmaatschappijen. Dit komt voornamelijk door de risico-aversie bij consumenten, de relatief hoge kosten van gezondheidszorg en de onmogelijkheid of grote onwenselijkheid van uitstel, fasering of beperking van consumptie. Daarnaast geldt dat voor een betrekkelijk groot deel van de bevolking verzekering verplicht is gesteld. Dit wordt gerechtvaardigd op grond van het 'merit good'-karakter van de gezondheidszorg, solidariteitsoverwegingen, de aanwezigheid van externe effecten en de wens om liftersgedrag te voorkomen. Een tweede eigenaardigheid van de financieringsstructuur van de gezondheidszorg is de nadrukkelijke aanwezigheid van de over-

heid. Deze doet zich niet alleen gelden door de verzekeringsverplichting, maar ook door een stelsel van regels en organen waarmee zij beoogt de verzekeringsmarkt te beheersen.

Als motief voor overheidsingrijpen in de verzekeringsmarkt zijn allereerst gebreken te noemen die we tegen komen in ieder verzekeringsstelsel². Het gaat hierbij om negatieve externe effecten die voortkomen uit de informatie-asymmetrie die op de verzekeringsmarkt bestaat. In een aantal opzichten geldt immers dat de verzekerde beter geïnformeerd is over zijn gezondheidstoestand dan de verzekeraar, vooral waar het de actuele gezondheidstoestand betreft. De verzekeraar kan door middel van controle natuurlijk wel enig inzicht krijgen in deze zaken, maar controle kost geld en kan nooit geheel afdoende zijn. De verzekeraar loopt zodoende het risico van ongunstige selectie. De verzekeraars van hun kant zullen, gegeven een zekere regulering van de premiestelling, streven naar gunstige selectie. Zij gaan op zoek naar een zo gunstig mogelijke samenstelling van het verzekerdenbestand, geholpen door een grote hoeveelheid gegevens over schaderisico's. Een bijkomend probleem dat tot overheidsregulering aanleiding geeft is de geringe prikkel tot kostenbeperking die van verzekeringsstelsels uitgaat. Toegespitst op ziektekostenverzekeringen zou dit kunnen betekenen dat gedrag dat risi-

* Universitair docent bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam, respectievelijk beleidsmedewerker bij het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu. De auteurs bedanken drs. F.T. Schut en prof. dr. W.P.M.M. van de Ven voor hun commentaar.

1. Wetenschappelijk instituut van het CDA, *Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*, Den Haag, 1987. Prof. Mr. B.M. Teldersstichting, *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*, Den Haag, 1986. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker), *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, 1987.

2. Zie onder andere M. Rothschild en J. Stiglitz, *Equilibrium in competitive insurance markets; essay on the economics of imperfect information*, *Quarterly Journal of Economics*, jg. 90, nr. 4, november 1976, blz. 630-649.

co van ziektekosten met zich meebrengt niet wordt vermeden. Externe effecten in de consumptie van gezondheidszorg vormen eveneens een aanleiding voor overheidsregulering. Tot slot kent de ziektekostenverzekering een aantal risico's die niet verzekeraar zijn. Dit komt onder andere door de grote mate van voorspelbaarheid, de hoge gemiddelde kosten per gebeurtenis en de onbegrensde van het risico³.

Naast deze economische motieven bestaan er ook niet-economische motieven voor overheidsingrijpen in de financiering van de gezondheidszorg. Zo wordt gezondheidszorg als een 'merit good' gekwalificeerd en wordt de solidariteit tussen zwakken en sterken in aanmerking genomen bij de financiering. In dit artikel wordt gezocht naar een methode om deze doelen te bereiken die niet ten koste gaat van de efficiency van het stelsel. Daartoe zal in de volgende paragraaf worden ingegaan op alternatieven die het afgelopen jaar zijn gepresenteerd, waarbij met name het gemeenschappelijke element, te weten het systeem van vergoeding op basis van normkosten ('prospective rate-setting') zal worden beoordeeld. Vervolgens zetten we onze aanpak uiteen. Het gaat hierbij om een systeem van vouchers dat wij individuele gezondheidssubsidie (igs) noemen. Ten slotte wordt ingegaan op enige voor- en nadelen van het voorstel.

Recente voorstellen

Van verschillende kanten is de afgelopen jaren gewezen op de bezwaren van het huidige stelsel van ziektekostenverzekering⁴. Om die reden is de laatste tijd een aantal voorstellen gedaan tot herziening (zie noot 1). In al deze voorstellen wordt uitgegaan van een centrale kas die voornamelijk wordt gevoed door inkomensafhankelijke heffingen. Vanuit deze centrale kas worden op basis van objectieve criteria per verzekerde vergoedingen gegeven aan elke aangesloten verzekeraar. Het totaal aan uit de centrale kas verkregen vergoedingen vormt voor de verzekeraar als het ware een budget. Aangezien de vergoeding niet voldoende zal zijn om alle uitgaven te dekken is eveneens voorzien in een nominaal premiedeel. De hoogte van dit premiedeel hangt vooral af van de efficiëntie van de betreffende verzekeraar. De nominale premie schept de mogelijkheid voor concurrentie en moet dus de prikkel voor doelmatigheid worden. Een dergelijk systeem stelt hoge eisen aan de te hanteren budgetformule. De verzekeraars moeten, op straffe van faillissement, de uitkering uit de centrale kas aanvullen. Als er wordt gewerkt met een imperfecte budgetformule kunnen zij dit doen door gunstige selectie. De concurrentieslag tussen verzekeraars zal dan niet meer leiden tot efficiencyverbetering maar tot versterkte gunstige selectie.

Het probleem met het vaststellen van de budgetformule is dat variabelen die de werkelijk gemaakte kosten goed voorspellen moeilijk meetbaar of controleerbaar zijn, dan wel te beïnvloeden zijn door de verzekeraar of de verzekerde. Het gaat hier om variabelen als subjectieve perceptie van gezondheidstoestand, sterfecijfer, gebruik, indices van functionele gezondheidszorg e.d. Variabelen die makkelijk meetbaar zijn en moeilijk beïnvloedbaar, zoals demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, regio) blijken vrij slechte voorspellers van de feitelijke ziektekosten te zijn⁵.

Indien de indicatoren waardoor de kosten kunnen worden voorspeld zouden verschillen per verzekeraar (vanwege een specifieke opbouw van het verzekerdenbestand, hetgeen niet als variabele in de budgetformule kan worden meegenomen) kan gunstige selectie ook bij de best voorspellende budgetformule voorkomen. De verzekeraar zal namelijk altijd over meer informatie over de verzekerden kunnen beschikken dan de overheid, zodat hij op basis van

de budgetformule en zijn overige informatie gunstig kan selecteren. Het optimisme dat in het rapport van commissie-Dekker wordt geventileerd over het vaststellen van een goede budgetformule lijkt dus nogal ongegrond.

Individuele gezondheidssubsidie

Het voorstel voor een individuele gezondheidssubsidie (igs) heeft alleen betrekking op de relatie tussen de verzekeraar en de verzekerde. De igs beoogt een verbetering van de huidige allocatieve efficiëntie in de verstrekking van ziektekostenverzekeringsspolissen. Deze verbetering wordt in het voorstel bereikt door verzekeraars op een concurrerende markt te laten dingen naar de gunsten van de verzekerden. De verzekeraars zijn hierbij vrij in de bepaling van de hoogte van de premie. Mensen die een verzekering willen zullen streven naar een minimale premie.

De concurrentie leidt naar verwachting tot grote premieverschillen naar gezondheidsrisico. De nadelige consequenties worden bestreden door een individuele subsidie van verzekerden in de vorm van vouchers. Een subsidie in deze vorm voorkomt het gebruik van het geld voor andere bestedingen. De hoogte van de subsidie wordt verderop besproken.

De igs gaat niet in op efficiëntie in de relatie tussen verzekerde en zorgverlener en die tussen verzekeraar en zorgverlener. Anders dan bij schadeverzekeringen gebruikelijk is, vergoeden ziektekostenverzekeraars de werkelijk gemaakte kosten, niet de getaxeerde schade. De gemaakte kosten hangen echter sterk af van de gezamenlijke beslissingen van verzekerde en zorgverstrekkers. De relatie tussen verzekeraar en verzekerde kan derhalve niet geïsoleerd worden gezien. De igs hoeft evenwel andere doelmatigheidsbevorderende maatregelen niet in de weg te staan.

In de vorige paragraaf is een aantal bezwaren genoemd van budgettering van de uitgaven van ziektekostenverzekeraars op basis van normkosten. De igs komt naar onze mening aan deze bezwaren tegemoet. De kern van dit voorstel is dat aan verzekerden een voucher wordt verstrekt om een ziektekostenverzekeringsspolis te kopen. De hoogte van de individuele, nominale ziektekostenpremie wordt volkomen vrij gelaten en zal dus sterk afhangen van het ingebrachte risico. De igs vormt derhalve een individuele subsidie op de te betalen ziektekostenverzekeringsspremie. De hoogte van de premie komt op de markt tot stand. Uitgangspunt hierbij is dat er op deze markt een redelijke mate van concurrentie heerst en dat consument en producent beschikken over adequate informatie over de hoogte van de premie, de aanwezigheid van eigen betalingen, verzekeringsdekking, ingebracht risico en dergelijke.

Naast de igs is naar onze mening een voor iedereen verplichte basisverzekering voor zware risico's gewenst. Als deze risico's, die nu grosso modo door de AWBZ worden gedekt, binnen het igs-stelsel moeten worden verzekerd, zouden de daarmee verband houdende kosten een groot deel van de premie en de igs in beslag nemen. Omdat die kosten behalve hoog veelal ook in hoge mate voorspelbaar zijn, zou het premiedeel waarover onderhandeld kan worden klein worden.

3. Zie hiervoor W.P.M.M. van de Ven, *Sociale ziektekostenverzekering en doelmatigheid*, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 15 oktober 1987, blz. 12 en met name voetnoot 18.

4. M. Rothschild J. Stiglitz, op cit., blz. 637.

5. Zie onder meer W.P.M.M. van de Ven, *Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid*, *ESB*, 26 januari 1983 en M. de Bruine en R.M. Lapré, *Overheidsregulering in de Nederlandse gezondheidszorg*, verschijnt medio 1988 in *Acta Hospitalia*.

6. J.W. Thomas, R. Lichtenstein, Including health status in medicare's AAPCC formula, *Medical Care*, jg. 24, nr. 3, maart 1986, blz. 259-275.

De igs kan zowel gelden voor één standaardpakket als voor verscheidene vooraf omschreven pakketten. Wanneer de igs gekoppeld wordt aan verscheidene pakketten, dan moet overwogen worden in hoeverre de subsidiëring gehandhaafd moet blijven. Twee zaken kunnen hierbij een rol spelen. Allereerst is de vraag van belang of de overheid alle pakketten gelijk waardeert. Ten tweede moet ermee rekening worden gehouden dat de relatief goede gezondheidsrisico's bij een onvolledige subsidiëring minder geneigd zijn om zich te verzekeren voor een extra uitgebreid pakket dan de relatief slechte gezondheidsrisico's. Dit heeft tot gevolg dat de bedrijfseconomisch verantwoorde premie voor de ongunstige risico's zal stijgen. Hiermee neemt het draagvlak van de betreffende verzekering af. Vervolgens wordt het stelsel gekenmerkt door zowel verzekeringsplicht⁷ als acceptatieplicht. Eén en ander kan worden gerechtvaardigd aan de hand van de eerder genoemde argumenten.

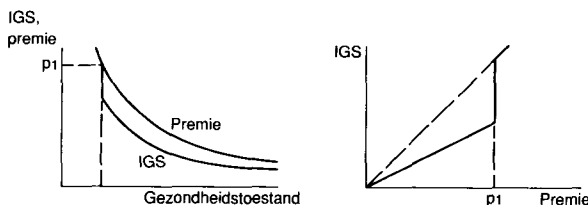
Tot zover de contouren van het stelsel. Nu zullen wij ingaan op de bepaling van de waarde van de voucher. Uitgangspunt is, dat de igs uitsluitend een allocatieve functie heeft en dus niet gebruikt zal worden als instrument voor inkomensherverdeling. Dit impliceert dat we veronderstellen dat de inkomensherverdeling plaatsvindt via de inkomstenbelasting en dat de bestaande inkomensverdeling als gegeven wordt beschouwd. Dit wil overigens niet zeggen dat het inkomen geen rol kan spelen voor de vaststelling van de subsidiehoogte.

Bij de bepaling van de hoogte van de igs zal rekening worden gehouden met de marginale kosten en baten voor verzekerden en verzekeraars, die het gevolg kunnen zijn van de verschillende vormen van subsidiëring. Dit betekent dat de subsidie de verzekerde moet stimuleren om, gegeven een bepaalde ziektekostenverzekeringsspolis, met de goedkoopste verzekeraar een contract te sluiten. Tegelijkertijd geeft dit de verzekeraar een stimulans om zo doelmatig mogelijk te werken.

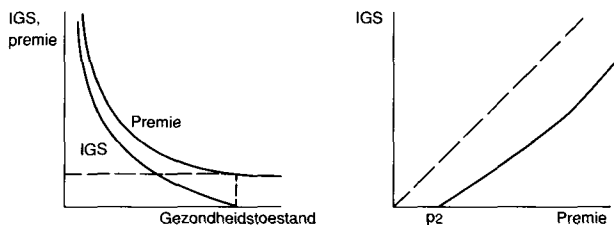
Aan de vraagzijde (de verzekerden) moeten hiertoe derhalve prikkels worden ingebouwd. De premie moet dus niet volledig worden vergoed. Alleen zo kan het systeem efficiënter zijn dan de huidige ziekenfondspremie. Voor de verhouding tussen premie en igs worden twee opties besproken. In de eerste optie is gekozen voor een vaste verhouding tussen igs en premie. Deze verhouding kan afhankelijk worden gesteld van de gewenste hoogte van het door de verzekerde nominaal bij te betalen deel van de totale premie. (In het voorstel van de commissie-Dekker wordt bij voorbeeld gesproken van 10% van de totale kosten.) Nadeel van deze optie is dat de hoogte van het zelf te betalen premiedeel relatief gezien weliswaar constant is, maar dat het in absolute termen onbegrensd is. In extreme gevallen zou het zelfs voor kunnen komen dat het totale inkomen van een verzekerde ontoereikend is om jaarlijks het nominale deel van zijn premie te voldoen. Om aan dit bezwaar tegemoet te komen zou gedacht kunnen worden aan een soort waarborgfonds voor extreme risico's⁷. Het grootste voordeel van deze optie is de eenvoud waarmee een igs-stelsel op deze manier kan worden ingevoerd. Grafisch ziet dit eruit als in figuur 1. In deze figuur is p_1 de premiehoogte met de maximale nominale bijbetaling.

In een tweede optie, waarin nadrukkelijk wordt gekozen voor solidariteit – met andere woorden, voor een inkomensherverdelende werking van het stelsel van ziektekostenverzekering in aanvulling op de herverdeling die de directe belastingen bewerkstelligen – is sprake van een variabele verhouding tussen igs en premie. De verhouding tussen premie en igs hangt in deze optie op indirecte wijze af van de gezondheidstoestand⁸ en wel zodanig, dat naarmate de premie hoger is, de igs een groter deel van de premie vergoed. Grafisch ziet dit eruit als in figuur 2. Bij een premie p_2 geldt dat igs = 0.

Figuur 1. Vaste verhouding tussen premie en igs



Figuur 2. Variabele verhouding tussen premie en igs



Het nadeel van deze optie is dat de hoogte van de subsidie moeilijker is vast te stellen. Daartegenover staat een toeneming van de solidariteit binnen het stelsel van ziektekostenverzekering, die het gevolg is van de afhankelijkheid van de subsidiehoogte van (een 'proxi' van) de gezondheidstoestand van de verzekerde. Hiermee kunnen onevenwichtigheden in het zelf te betalen deel van de premie deels worden weggewomen. In beide opties blijft er derhalve een prikkel bestaan die de verzekerde stimuleert om in een zo laag mogelijke actuariële risicogroep te worden ingedeeld. Het inbrengen van een stimulans om in een zo laag mogelijke actuariële risicogroep te worden ingedeeld heeft twee voordelen; de totale subsidiestroom wordt zo laag mogelijk gehouden en het kan verzekerden aanzetten tot 'gezond gedrag'. Is de kennis van de gezondheidstoestand echter asymmetrisch verdeeld – weet de verzekerde meer dan de verzekeraar – dan zal het bereiken van allocatieve efficiëntie worden belemmerd.

Op een aantal punten zal overheidsregulering noodzakelijk blijven, met name om marktgebreken tegen te gaan. In eerste instantie zal er sprake moeten zijn van een informatieplicht. Ten eerste zal de verzekeraar duidelijke informatie moeten verschaffen aan de potentiële verzekerden, zodat zij een goede afweging kunnen maken van de kosten en de baten per verzekeraar. De duidelijkheid wordt vergroot als de igs wordt gekoppeld aan één of wellicht meer vaste, vooraf omschreven verzekeringspakketten. De pakketten die worden aangeboden, moeten in ieder geval inhoudelijk controleerbaar zijn. Dat wil zeggen dat zowel de (potentiële) verzekerden als het toezichthoudend orgaan moeten beschikken over overzichtelijke informatie omtrent met name verzekeringsdekking en premiestelling.

Ten tweede zullen de verzekerden juiste informatie moe-

7. In het igs-stelsel impliceert dit dat de verzekerde, gegeven het verzekerde pakket, het laagste bod van de verzekeraar moet accepteren. De laagste premie kan in absolute termen een hoog bedrag zijn.

8. Uitgaande van een redelijke mate van concurrentie kan de resulterende premie als 'proxi' van de gezondheidstoestand worden gehanteerd. Een verzekeringspremie weerspiegelt namelijk het ingebrachte risico, de administratiekosten, de kosten van marketing enz. Aangezien concurrentie de verzekeraars dwingt tot een zo efficiënt mogelijke bedrijfsvoering terwijl het ingebrachte risico gegeven is, is de overeengekomen premie bruikbaar als indicator.

ten verschaffen aan de verzekeraars, met name betreffende hun gezondheidstoestand. Indien de verzekeraar niet over deze informatie kan beschikken is het immers onmogelijk een op het ingebrachte risico gebaseerde bedrijfs-economisch verantwoorde premiehoogte vast te stellen. En ten slotte mogen de verzekeraars onderling geen informatie achterhouden betreffende de gezondheidstoestand van de potentiële verzekerden. Deze eis is complementair aan de voorafgaande.

Om ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt die uit oogpunt van concurrentie ongewenst zijn tegen te kunnen gaan, zal de overheid moeten blijven beschikken over de mogelijkheid om in deze markt in te grijpen. Het is echter de vraag of het huidige instrumentarium, te weten de Wet op de Economische Mededinging en de Prijzenwet, hiertoe voldoende is. Wat betreft het toezicht op het functioneren van de ziektekostenverzekeringsmarkt kan de Commissie Economische Mededinging zich op dit moment weliswaar laten bijstaan door de Verzekeringkamer, maar dit toezichthoudend orgaan richt zich krachtens de Wet Toezicht Schadeverzekeringsbedrijf voornamelijk op de liquiditeit en solvabiliteit van in Nederland opererende schadeverzekeraars en heeft derhalve weinig ervaring met de controle op de marktgedragingen van verzekeraars. Een volgend punt van overheidsregulering, waarop eerder reeds werd ingegaan, is de verplichting voor verzekerden om zich te verzekeren voor het standaardpakket c.q. voor één van de 'erkende' verzekeringspakketten en de acceptatieplicht aan de kant van de verzekeraars.

Besluit

In een systeem waarin de verzekerde betaalt naar het risico dat hij loopt, wordt hij geprikkeld om van zijn informatievoorsprong op de verzekeraar gebruik te maken door zijn gezondheidstoestand gunstiger te doen voorkomen dan deze in feite is. In een systeem waarin het risico niet op de premie van invloed is, maakt het een verzekerde niet uit in welke risicoklasse hij zit, en zal hij er dus ook geen moeite mee hebben zijn gezondheidstoestand naar waarheid uit de doeken te doen.

In een stelsel van budgettering op basis van normkosten is de keuze gemaakt ten faveure van een betere informatievoorziening door de verzekerde aan de verzekeraar. Dit gaat ten koste van de efficiency. In het stelsel van igs wordt gekozen voor een premievaststelling onder een redelijke mate van concurrentie. Op die manier wordt het informatieprobleem niet verschoven van de relatie verzekerde-verzekeraar naar verzekeraar-overheid. Er zijn voldoende redenen om aan te nemen dat er voor een verzekeraar, in een competitieve situatie zoals hiervoor beschreven, meer prikkels en mogelijkheden zijn om de informatie van de verzekerde te controleren, dan er prikkels en mogelijkheden zijn voor de overheid om de verzekeraar te controleren, zeker wanneer de laatste in samenspanning met de verzekerde handelt. Ook binnen de igs kan een samenspanning tussen verzekeraar en verzekerde optreden, indien zij stilzwijgend overeenkomen dat de verzekerde in een hogere klasse wordt ingedeeld dan strikt noodzakelijk is, (hij moet dus een te hoge premie voor het basispakket betalen) onder gelijktijdige verlaging van de premie voor het aanvullende pakket. De premielast voor igs blijft in dit geval dezelfde (evenals de omvang van het totale pakket) maar de premielast na igs is aanmerkelijk lichter. Immers, de verhoging van de premie voor het volledige pakket wordt deels afgewenteld op de overheid. Een oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn te bepalen dat de verzekering van het basispakket en het extra pakket bij verschillende verzekeraars dient te geschieden. Naast kanttekeningen

uit een oogpunt van efficiency zijn ook vanuit andere gezichtspunten nuanceringen aan te brengen bij het voorstel.

We beperken ons hier tot het aspect van de beheersbaarheid. Hoewel wij van mening zijn dat beheersbaarheid (over de jaren heen) het best gewaarborgd is met een flexibel financieringssysteem dat vooral allocatieve efficiëntie ten doel heeft, is de constatering juist dat binnen het begrotingsjaar de uitgaven voor igs moeilijk beheersbaar zijn. Dit komt voornamelijk doordat een variabele in de vergelijking ter bepaling van de igs-uitkering exogeen is (gezondheidstoestand). Ook de tweede variabele in de vergelijking die het totale begrotingsbedrag bepaalt, het aantal aanvragers, is een exogene. De regeling is daarmee een openeinderegeling *pur sang*. Naast beïnvloedbaarheid heeft beheersbaarheid echter ook een voorspelbaarheidsaspect. Voor allebei de genoemde variabelen geldt namelijk dat, met name op geaggregeerd niveau, de voorspelbaarheid betrekkelijk goed is. Aan de hand van ramingen kan dan de vermenigvuldigingsfactor worden bepaald, uitgaande van het totale begrotingsbedrag dat men ter beschikking wil stellen. Men zou kunnen bepalen dat overschrijdingen in het begrotingsjaar in de raming van t+1 worden gecompenseerd door het verlagen van de vermenigvuldigingsfactor.

Het beheersbaarheidsprobleem kan daarnaast aanmerkelijk worden beperkt door de onderhandelingen tussen verzekerde en verzekeraar over de premiehoogte plaats te laten vinden ruim voor de aanvang van het nieuwe begrotingsjaar. Op deze wijze komt de benodigde informatie in een vroeg stadium ter beschikking van de overheid. Over de begrotingsjaren heen kan dus een heel redelijke beheersbaarheid worden bereikt.

Als voordeel van de igs kan ten eerste worden genoemd dat de aansluiting op preferenties van de consumenten verbetert. Met name wanneer gebruik wordt gemaakt van keuzemogelijkheden is het waarschijnlijker dat de verstrekking van verzekeringspolissen meer in overeenstemming is met de preferenties van de verzekerden. Voor zover er wordt gewerkt met één standaardpakket, is de prijs één van de belangrijkste beslissingsvariabelen.

Ten tweede krijgt de verzekerde in het igs-stelsel direct financieel voordeel van de keuze van de goedkoopste verzekeraar.

Ten derde is het stelsel flexibel. De efficiëntiebevordering die zich in het voorstel voornamelijk richt op de relatie tussen verzekerde en verzekeraar kan eenvoudig worden uitgebreid naar de relatie tussen verzekeraar en verstrekker van zorg.

Ten vierde wordt de overheid in het stelsel ontlast, doordat een rigide stelsel van zeer gedetailleerde wetten en regels op een aantal punten niet langer noodzakelijk is.

Ten vijfde is het systeem eenvoudig van opzet. Vergelijking met de individuele huursubsidie leert dat de geautomatiseerde uitvoering van dergelijke regelingen relatief lage besluitvormingskosten en bestuurlijke lasten voor de (semi-)overheid kent.

Ten zesde komt de premie tot stand onder een redelijke mate van concurrentie. De consument zal hierbij streven naar een zo laag mogelijke premie. De verzekeraar daarentegen streeft naar een premie die hem de beste bedrijfsresultaten oplevert. Gegeven de concurrentie op de markt voor ziektekostenverzekeraars, zal dit de laagst mogelijke premie bij een zo hoog mogelijke kwaliteit van de dienstverlening zijn. Ten slotte is de keuzevrijheid voor de verzekeraar in de uitvoering in beginsel groot, zij het afhankelijk van de mate waarin verscheidene pakketten kunnen worden aangeboden.

M. de Bruine
J.W. Lintsen