

Kapitaaldekking en concurrentie tussen verzekeraars

Volgens Van der Knoop ondervangt kapitaaldekking de nadelen van het huidige premiestelsel in de particuliere ziektekostenverzekering alsmede die van financieringsstelsels met inkomensafhankelijke premies. Het enige nadeel van kapitaaldekking acht hij de op korte termijn benodigde premieverhoging. Naast het probleem van premieverhoging kleven er echter andere bezwaren aan kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering. Deze bezwaren zijn dermate groot dat de door Van der Knoop voorgestelde remedie erger lijkt dan de kwaal.

De effecten van een kapitaaldekkingssysteem in de ziektekostenverzekering zijn sterk afhankelijk van de mate van vrijheid voor verzekeraars bij de vaststelling van de premies en de acceptatie van aspirant-verzekerden. Van der Knoop verzuimt echter aan te geven of, en zo ja op welke wijze, in zijn voorstel concurrerende verzekeraars (moeten) worden gebonden aan een acceptatieplicht en aan een vorm van premieregulering. Beide aspecten vormen een cruciaal onderdeel van het plan-Simons en van de hervormingsplannen van het huidige kabinet, waar Van der Knoop pretendeert een alternatief voor te kunnen bieden.

Met betrekking tot een acceptatieplicht voor verzekeraars kunnen de volgende drie situaties worden onderscheiden, die bij een kapitaaldekkingssysteem alle tot forse problemen leiden.

Geen acceptatieplicht

Wanneer verzekeraars niet gebonden zijn aan een acceptatieplicht ontstaan er toegankelijkheidsproblemen voor hoge-risicogroepen. Indien, zoals Van der Knoop impliciet lijkt te veronderstellen, de ziektekostenpremies alleen (mogen) variëren op basis van de entree-leeftijd (dat wil zeggen het levensjaar waarop men zich verzekert) zijn er voor de ziektekostenverzekeraar eenvoudig waarneembare,

zwaar verliesgevende risicogroepen. Elke waarneembare extra risicofactor (naast leeftijd) levert namelijk over de gehele looptijd van het verzekeringscontract voor de verzekeraar een voorspelbaar verlies op. In een concurrerende markt zullen ziektekostenverzekeraars dergelijke 'ongunstige risico's' (bij voorbeeld een 18-jarige diabetes-patiënt) niet kunnen accepteren omdat zij anders in solvabiliteitsproblemen komen. In het geval van premieregulering zullen hoge-risicogroepen dus niet worden geaccepteerd. Indien er geen sprake is van premieregulering en dus ook andere risicofactoren in de ziektekostenpremies zouden mogen worden verdisconteerd, zal voor sommige hoge-risicogroepen de premiestijging een veelvoud van de door Van der Knoop berekende 27% bedragen, waardoor een ziektekostenverzekering voor hen onbetaalbaar wordt.

Incidentele acceptatieplicht

Bij een incidentele acceptatieplicht moet een verzekeraar in bepaalde omschreven gevallen (bij voorbeeld bij geboorte, immigratie of overschrijding van de ziekenfondsloongrens) iedereen zonder uitsluitingen accepteren (thans kent de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WTZ) een dergelijke acceptatieplicht). Een incidentele acceptatieplicht heeft alleen zin als de polis niet door de verzekeraar kan worden opgezegd en als de premiestelling aan restricties gebonden is (bij voorbeeld door te bepalen dat de premie alleen mag variëren op basis van de entree-leeftijd). Een probleem is dat elke vorm van premieregulering leidt tot het ontstaan van voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Verzekeraars waarbij zich, om welke reden dan ook, relatief veel van dergelijke ongunstige risico's aanmelden zullen worden gedwongen een hogere premie te berekenen, waardoor zij op den duur niet meer effectief kunnen concurre-

ren en in solvabiliteitsproblemen kunnen komen.

Nog belangrijker is het bezwaar dat verzekeren na acceptatie door een verzekeraar voor de rest van hun leven met deze verzekeraar 'getrouwd' zijn. Bij de levensverzekering, waarvan de premies van oudsher op basis van kapitaaldekking worden vastgesteld, is deze langdurige verbintenis geen probleem omdat het produkt niet of nauwelijks verandert (zo kennen levensverzekeringen vrijwel altijd een tariefgarantie, wat betekent dat een tarief tijdens de duur van de verzekering niet eenzijdig door de verzekeraar mag worden gewijzigd). Bij de ziektekostenverzekering is er echter geen garantie dat het produkt hetzelfde blijft. Zo is het onmogelijk om te voorspellen welke nieuwe behandelmethoden en medische technologieën over 25 jaar beschikbaar zijn. Hierdoor is het voor verzekeraars onmogelijk om over een lange periode precieze verzekeringsaanspraken vast te stellen op grond waarvan verzekeren nu een keuze zouden kunnen maken. Voorts krijgen ziektekostenverzekeraars steeds meer vrijheid en verantwoordelijkheid om naar eigen inzicht zorgverleners te contracteren en de wijze van zorgverlening te organiseren. Bij een incidentele acceptatieplicht kunnen hoge-risico verzekeren niet meer van verzekeraar veranderen als zij niet (langer) tevreden zijn over het 'zorginkoopbeleid' van de verzekeraar. Bovendien zullen ziektekostenverzekeraars geen tariefgarantie kunnen geven omdat zowel de ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg op lange termijn als de invloed die de verschillende verzekeraars daarop kunnen uitoefenen, onmogelijk met voldoende zekerheid kunnen worden voorspeld¹.

Periodieke acceptatieplicht

Bij een periodieke acceptatieplicht moet een verzekeraar iedereen zonder uitsluitingen accepteren voor een bepaalde contractperiode (thans geldt een dergelijke acceptatieplicht in ziekenfondssector, waar verzekeren eens per twee jaar van ziekenfonds mogen veranderen). Een periodieke acceptatieplicht maakt het voor ontevreden verzekeren mogelijk om van ziektekostenverzekeraar te veranderen en vormt in de beoogde hervorming van het gezondheidszorgstelsel een noodzakelijke voorwaarde

om verzekeraars aan te sporen tot doelmatigheid.

In een kapitaaldekkingssysteem leidt een periodieke acceptatieplicht echter tot de complicatie dat bij de overstap van verzekeren ook de opgebouwde reserves moeten worden overgedragen. Bovendien is een periodieke acceptatieplicht alleen effectief bij een geregleerde premiestructuur, waarin bij voorbeeld alleen entree-leeftijd als risicofactor mag worden gehanteerd. Bij een geregleerde premiestructuur zullen de door hoge-risicogroepen opgebouwde reserves onvoldoende zijn, hetgeen voor verzekeraars een sterke stimulans tot risico-selectie inhoudt. Weliswaar zijn verzekeraars gehouden aan een acceptatieplicht maar dit laat onverlet dat er voor verzekeraars tal van mogelijkheden resteren om de samenstelling van de in- en uitstroom van verzekeren te beïnvloeden². Naarmate ziektekostenverzekeraars meer vrijheid krijgen bij het contracteren van zorgverleners en instellingen worden de mogelijkheden voor risicoselectie navenant groter. Zo zouden verzekeraars bij voorbeeld zo min mogelijk kunnen investeren in vormen van zorg die vooral aantrekkelijk zijn voor ongunstige risicogroepen.

In de huidige en voorafgaande hervormingsplannen voor de gezondheidszorg wordt voorgesteld het probleem van risicoselectie op te lossen via de invoering van een normuitkeringensysteem, waarbij verzekeraars een belangrijk deel van hun inkomsten ontvangen uit een Centrale Kas in de vorm van uitkeringen die zijn gerelateerd aan het risico van hun verzekeren³. In de afgelopen jaren is gebleken dat de ontwikkeling van een adequaat normuitkeringensysteem niet eenvoudig is en nog het nodige onderzoek zal vergen⁴. Kernprobleem hierbij is het voorspellen van de ziektekosten in het *komende jaar* op basis van het ziekterisico van de verzekeren. Voorkoming van risico-selectie in een kapitaaldekkingssysteem vereist de opbouw van risico-gerelateerde reserves, ten einde bij de overstap van verzekeren voldoende reserves te kunnen overdragen. Dit is echter nog veel ingewikkelder dan de ontwikkeling van een normuitkeringensysteem omdat op basis van het ziekterisico van verzekeren niet alleen hun ziektekosten in het komende jaar maar gedurende de rest

van hun *verwachte levensduur* moeten worden voorspeld.

De conclusie is dat in elk van de drie te onderscheiden situaties een kapitaaldekkingssysteem in de ziektekostenverzekering leidt tot grote problemen met betrekking tot risicoselectie, toegankelijkheid en/of solvabiliteit. Noch voor het omslagstelsel in de huidige particuliere ziektekostenverzekering, noch voor de huidige plannen voor herziening van het verzekeringsstelsel kan een kapitaaldekkingssysteem derhalve als een realistisch alternatief worden bestempeld.

F.T. Schut

De auteur is werkzaam bij het Instituut voor Beleid & Management Gezondheidszorg, verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

1. In de Duitse particuliere ziektekostenverzekering, waar al enige decennia met een soort wettelijk verplichte kapitaaldekking wordt gewerkt, kampt men thans met het probleem dat door de onvoorziene sterke stijging van de kosten van gezondheidszorg en door de toename van de levensverwachting in de loop der jaren onvoldoende reserves gevormd zijn. Zie voor een recente bespreking J. Wasem, *Regulating private health insurance markets*, paper prepared for the International Workshop in Health Economics, Parijs, 5-7 juli 1995.
2. Voor een overzicht van de mogelijkheden voor gunstige risicoselectie, zie W.P.M.M. van de Ven, *Risicoselectie en zorgverzekering*, *ESB*, 17 mei 1989, blz. 477-482.
3. Volgens de huidige kabinetsplannen zal in de komende jaren de normuitkeringensystematiek zodanig moeten worden verbeterd dat ziekenfondsen per 1 januari 1998 volledig risicodragend kunnen zijn voor de curatieve zorg (uitgezonderd de vaste ziekenhuiskosten). Voor de particuliere ziektekostenverzekering (inclusief WTZ) wordt beoogd een premiebandbreedte, een acceptatieplicht en een financieel vereveningssysteem in te voeren. Met het oog op de beoogde convergentie van de ziekenfonds- en particuliere verzekering ligt het in de rede dat het vereveningssysteem voor particuliere verzekeraars zal overeenkomen met het normuitkeringensysteem voor de ziekenfondsen. Zie: Ministerie van VWS, *Kostenbeheersing in de zorgsector*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 21124 (1-2).
4. Voor recente suggesties ter verbetering van de normuitkeringensystematiek zie: L.M. Lamers en R.C.J.A. van Vliet, *Meerjarige diagnose-informatie als voorspeller van ziektekosten van individuen: een optie voor normuitkeringen*, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jg. 73, 1995, blz. 267-273.

In mijn artikel heb ik betoogd dat de premiestijging welke invoering van kapitaaldekking voor de (particuliere) ziektekostenverzekering teweegbrengt in zijn uitwerking op de verzekeren wel eens behoorlijk mee zou kunnen vallen indien bij ziektekostenverzekeringen het Ricardiaans Equivalentie (RE) principe van kracht is. In dat geval is een nadere beschouwing van kapitaaldekking gerechtvaardigd. Ik stel het dan ook zeer op prijs dat een aantal lezers van *ESB* zich al zo snel heeft gezet aan zo'n nader onderzoek – ook al deel ik de conclusies daarvan niet.

Gaat RE niet op?

Allers, De Haan en De Kam betwijfelen of het empirische onderzoek – ook voor Nederland – naar de geldigheid van RE bij de openbare financiën voldoende positieve aanwijzingen oplevert om kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering eens nader te bezien. Als ik het goed zie, steunen zij daarbij op eerder door hen gerapporteerde enquêteresultaten waaruit zou blijken dat het publiek nauwelijks enige notie heeft van de hoogte van de staatsschuld en het financieringstekort.

Ik had mijn artikel evenwel niet geschreven als ik dit enquête-onderzoek zo overtuigend zou hebben gevonden als argument tegen RE bij de openbare financiën, dat daarmee ook een streep door RE bij de ziektekostenverzekering wordt gezet. Is het echt nodig dat het publiek op een willekeurig moment de feitelijke hoogte van staatsschuld en financieringstekort kan opnoemen opdat RE geldig is¹? Zou bovendien voor het publiek het (toekomstige) verschil tussen een kapitaaldekkingpremie en een omslagpremie niet transparanter kunnen zijn (of worden gemaakt) dan het verschil tussen schuldfinanciering en belastingheffing?

In de sociale en economische psychologie is het voorts een klassiek onderzoeksresultaat dat er fenomenale afwijkingen kunnen bestaan tussen wat mensen menen of zeggen dat ze (zullen) doen en wat ze feitelijk doen². Een aardige illustratie hiervan is micro-economisch 'delay of gratification'-onderzoek volgens welk men-

sen extreme rentevergoedingen – in de orde van grootte van 5000% per jaar – verlangen bij een simpele keuze tussen geld nu en later – hetgeen op eerste gezicht niet bepaald strookt met het macro-economisch waarneembare gedrag waarbij mensen bereid zijn miljarden guldens spaargeld aan te houden tegen rentevoeten die in het licht van die 5000% amper van nul verschillen³.

Mijns inziens geldt voor RE bij uitstek het dictum 'the proof of the pudding is in the eating': wat telt is het feitelijk gedrag van het publiek, en niet wat het publiek meent of aan geeft te weten. Gedrag blijkt uitsluitend uit het soort onderzoek waarnaar ik eerder heb verwezen en waaruit naar voren komt – met alle voorbehouden van dien – dat bij de openbare financiën RE als goede benadering van de werkelijkheid niet uitgesloten kan worden.

Allers, De Haan en De Kam kunnen mij met hun enquêteresultaten derhalve niet afbrengen van mijn voorzichtige stelling dat een nader onderzoek, ondermeer vanuit RE-perspectief, naar de financiering van de ziektekostenverzekering de moeite van het proberen waard is. De ziekte van Baumol staat daar mijns inziens toch los van. Het is een der verklaringen van kostenstijgingen in de gezondheidszorg, naast de voortgang van de medische techniek, waar elk financieringssysteem mee te maken krijgt. Bij kapitaaldekking valt daarmee rekening te houden door een jaarlijkse aanpassing der premies – zoals ik die ook om die redenen heb toegepast in de berekeningen voor mijn artikel. Wat de uitwerking van Baumol betreft zie ik dan niet zoveel verschil met omslag, waar zulke premie-aanpassingen ook jaar in jaar uit plaats hebben.

Prijsstijgingen

Iets heel anders is in hoeverre kapitaaldekking ten onder kan gaan aan een stijging van het algemene prijspeil. Baumol heeft het immers alleen over veranderingen van reële of relatieve kosten in samenhang met produktiviteitsverschillen⁴. Inflatie kan bij kapitaaldekking de reële waarde van de reserves aantasten en aldus de verzekeren dwingen grotere reële offers te brengen dan bij een stelsel zonder reserves. Anderzijds kunnen we niet voorbijgaan aan mo-

gelijkheden om reserves inflatieresistent aan te houden, of om juist bij inflatie een hoger nominaal rendement te realiseren dan de rekenrente.

Wel zijn we hiermee eigenlijk in mijn opinie buiten het kader getreden van mijn artikel. Dat concentreert zich uitdrukkelijk op de premielasten welke invoering van kapitaaldekking meebrengt. Andere aspecten van kapitaaldekking, zoals vatbaarheid voor het inflatievirus, acceptatieplicht, premieregulering en risicoselectie, heb ik met opzet buiten beschouwing gelaten.

Hiermee raak ik ook aan de reactie van Schut die meent dat ik de initiële premieverhoging het enige nadeel van kapitaaldekking acht; vervolgens gaat hij uitgebreid in op de marktwerking bij kapitaaldekking. Dat ik mij hierover niet heb uitgesproken impliceert evenwel niet dat ik van mening ben dat hierin niet een bron van mogelijk prohibitieve complicaties kan zijn gelegen. Mijn betoog komt er nu juist op neer om ook zulke aspecten eens nader te bekijken als het inderdaad met de uitwerking van die premieverhoging mee zou vallen.

Risicoselectie

Ondertussen heeft Schut zonder enige twijfel belangwekkende onderwerpen aangesneden die thuishoren op de agenda van het door mij bepleite nadere onderzoek. De verleiding is te groot om daar niet kort op in te gaan, ook al treden we daarmee buiten het

1. Ook bij de vraag welke Allers, De Haan en De Kam blijkens het door hen aangehaalde artikel hebben gesteld over de samenhang tussen spaarbeslissingen en staatsschuld rijzen bedenkingen, zoals over het voorwaardelijke karakter alsook over het gelijkstellen van sparen aan opzijleggen van spaargeld.

2. Zie ondermeer C. Keers en H. Wilke, *Oriëntatie in de sociale psychologie*, 1990, hoofdstuk 2; L. Berkowitz, *A survey of social psychology*, 1986, met name hoofdstuk 7; S.E.G. Lea e.a., *The individual in the economy, a textbook of economic psychology*, 1987, met name hoofdstuk 1.

3. Zie Lea e.a. op.cit., blz. 125.

4. Zie W.J. Baumol, *Macroeconomics of unbalanced growth, the anatomy of urban crisis*, *American Economic Review*, 1967, blz. 415-426; idem, Comment: Measurement of output and productivity in the servicesector, in: R.P. Inman (red.), *Managing the service economy*, prospects and problems, 1988, Cambridge University Press, Cambridge, blz. 124-126.

kader van mijn artikel. Het lijkt mij inderdaad dat kapitaaldekking zonder periodieke acceptatieplicht of premiereregulering zal leiden tot maatschappelijk onaanvaardbare premie-differentiatie en gebrek aan prikkels tot doelmatigheid bij verzekeraars. De situatie met periodieke acceptatieplicht (met overdracht van opgebouwde reserves) en premiereregulering zie ik – in eerste aanleg – minder somber dan Schut. De gevaren van risicoselectie zouden kunnen worden ondervangen door aanvullende juridische en bestuurlijke maatregelen, alsmede door certificatie van en ethische codes voor verzekeraars, en voorlichting en informatievoorziening aan verzekerden⁵. Voorts zou voor zware, voorspelbare risico's met extreme kosten een aparte regeling kunnen worden ontworpen zoals dat eveneens werd beoogd bij het Centrale Kassysteem⁶. Ook op basis van aspecten als zojuist besproken blijf ik van mening dat kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering niet op voorhand buiten de discussie kan worden gehouden⁷.

Han van der Knoop

De auteur is werkzaam bij het Ministerie van Financiën. Deze bijdrage is op persoonlijke titel geschreven.

5. Conform de nadere waarborgen bij het Centrale Kassysteem zoals bepleit in J. Gerritse en J.D. Poelert, *Middelen op maat, Naar een verdeelstelsel voor uitkeringen aan zorgverzekeraars*, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1990, blz. 168-170 of door W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in P. Zweifel en H.E. Frech III (red.), *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Publishers, blz. 39 en 40.

6. Zie Gerritse en Poelert, op.cit., blz. 102-105 en blz. 165-168.

7. Zie in dit verband ook J.H. Cochrane, Time-Consistent Health Insurance, *Journal of Political Economy*, nr. 3, juni 1995, blz. 445-473, met een voorstel voor de ziektekostenverzekering dat aan kapitaaldekking verwante elementen bevat.