

# Marktwerking, normuitkeringen en risicoselectie

**Aan de ziektekostenverzekeraars is in de voorstellen van de commissie-Dekker een centrale rol toegedacht. Zij moeten de concurrentie in de gezondheidszorg aanwakkeren vanuit hun onderlinge competitie op de verzekeringsmarkt. De basisverzekering zal inkomensafhankelijk worden gefinancierd, maar de verzekeringsmaatschappijen ontvangen een vergoeding per verzekerde toegesneden op de aard van het risico. Deze normuitkeringen moeten voorkomen dat de verzekeraars risicoselectie gaan toepassen. De auteurs pleiten voor een eenvoudig te hanteren stelsel van normuitkeringen.**

**R. VAN DUUREN – DRS. B.H. POSTHUMA – DRS. F.A.M. RUYGT\***

Het in maart 1987 gepubliceerde rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (kortweg de commissie-Dekker) heeft zonder twijfel een belangrijke impuls gegeven aan het denken over de gezondheidszorg<sup>1</sup>. In vele publikaties hebben auteurs vanuit hun specifieke deskundigheid commentaar geleverd op het door de commissie beoogde stelsel, of alternatieve voorstellen gepresenteerd<sup>2</sup>. De pretentie van dit artikel is niet zo verstrekkend. Getracht zal worden een bijdrage te leveren aan de discussie over het stelsel van normuitkeringen. Hierbij dient de basisgedachte van de commissie-Dekker, de werking van de markt waarbij de verzekeraar optreedt als intermediair in de driehoeksverhouding tussen de vrager en de aanbieder van zorg, als uitgangspunt<sup>3</sup>. Allereerst zal de receptuur zoals die door de commissie-Dekker is voorgeschreven, kort worden belicht. Vervolgens schenken wij aandacht aan de nota *Verandering verzekerd* en gaan we in op de overeenkomsten en verschillen met de oorspronkelijke plannen<sup>4</sup>. Daarna wordt de blik gericht op de functie van de normuitkeringen.

## Voorstellen tot herstructurering

Over het beoogde verzekeringsstelsel werd door de commissie-Dekker in hoofdlijnen het volgende opgemerkt. Het nieuwe stelsel kenmerkt zich door een vermindering van de rechtstreekse beheersing door de overheid van de kosten van de zorg. Het primaat ligt bij de marktwerking, geïnitieerd vanuit het verzekeringsstelsel. Het stelsel is gediend met één financieringssysteem, waarin concurrerende zorgverzekeraars optreden als schakel tussen de vraag naar en aanbod van zorg. Verzekeraars bieden een in functionele termen geformuleerd uniform basispakket aan. Dit garandeert de verzekerden een bepaald niveau van zorg. De premieheffing van dit basispakket is een combinatie van draagkrachtelementen en nominale elementen. In deze verzekeringsvorm vindt kostenbeheersing plaats door een budget per verzekeraar, dat wordt gevormd door een uitkering uit de centrale kas. Door middel van prikkels tot doelmatig contracteren met het aanbod wordt

onder invloed van concurrentie de nominale premie voor de basisverzekering laag gehouden. Het aanvullende pakket wordt eveneens in een concurrerende marktsituatie aangeboden. Alweer dient de concurrentie tussen verzekeraars een incentive te zijn om deze premie laag te houden. Daar waar de markt onvoldoende functioneert kan de overheid desgewenst regulerend optreden. De Wet op de Economische Mededinging en de Prijzenwet zijn hiervoor aangewezen. Samenvattend moeten marktwerking en doelmatigheid leiden tot beheersing van kosten in een marginaal gereguleerde, concurrentiële markt.

## Verandering verzekerd

### De inrichting van het verzekeringsstelsel

In de in maart 1988 verschenen kabinetsnota *Verandering verzekerd* wordt het advies van de commissie-Dekker in hoofdlijnen overgenomen. Gekozen is voor een stapsgewijze invoering van het nieuwe stelsel. Volgens de oors-

\* R. van Duuren is beleidsmedewerker bij de Vereniging van Non-profit Ziektekostenverzekeraars (NPZ) te Bunnik; drs. B.H. Posthuma is hoofd Research Aegon Schadeverzekering te Den Haag; drs. F.A.M. Ruygt is hoofd bestuurlijke informatie bij Nationale Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij te Den Haag. Dit artikel is op persoonlijke titel geschreven. De auteurs zijn drs. J.M.A. Hotterbeekx, drs. H.W. Janssen, J.M. de Mos en drs. J.T.G.M. Smit erkentelijk voor hun commentaar op een vorige versie van dit artikel.

1. Advies van de Commissie Structuur en Financiering en Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, Distributiecentrum Overheidspublicaties, maart 1987.

2. Voor beschouwingen hierover zie onder andere: W.P.M.M. v.d. Ven, *Risicoselectie en zorgverzekering*, *ESB*, 17 mei 1989 en H.S. van der Knoop, Een centrale kas zonder risicoselectie, *Het Verzekerings-Archief*, jg. 66, nr. 1, 1989.

3. Voor een gestructureerde benadering van de verhouding tussen verzekerde, vrager en de aanbieder van zorg zie: R.G. Evans, *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry*, in: E.J. v.d. Gaag and M. Periman, *Health, economics, and health economics*, Amsterdam, 1981, blz. 329-354.

4. Nota *Verandering verzekerd*, Tweede Kamer, 19945, nrs. 27-28, 1987-1988.

pronkelijke plannen van het kabinet worden in 1992 de schotten tussen de ziekenfondsverzekering en de privaate en publiekrechtelijke verzekering weggenomen. Er ontstaat een systeem waarbij het onderscheid tussen verzekeraars is weggevoerd; zij zullen zich moeten transformeren tot zorgverzekeraar. De door de commissie-Dekker bepleite tweedeling van het verzekeringsstelsel wordt onderschreven en nader ingevuld. De tweedeling heeft zowel betrekking op het stelsel als op de financiering. Wat betreft het stelsel zal uitgaande van de ruime definitie van gezondheidszorg – naast de bestaande gezondheidszorgvoorzieningen zal ook de maatschappelijk dienstverlening in het stelsel worden geïmplementeerd – circa 85% van de totale dekking bestaan uit een in functionele termen beschreven basispakket. Het resterende deel zal worden opgenomen in een vrijwillig af te sluiten aanvullend pakket. Aan de financieringskant is de tweedeling als volgt. Circa 75% van de premie zal inkomensafhankelijk via de fiscus worden geïnd en de resterende 25% als nominale premie.

De gefiscaliseerde bijdrage, die dus uitsluitend van toepassing is op het basispakket, wordt gestort in een centrale kas. Vervolgens wordt dit bedrag gealloceerd op basis van objectieve criteria. Dit laatste wordt het normuitkeringsysteem genoemd. Doordat op deze wijze het basispakket nog niet geheel is gefinancierd ontstaat een tekort bij de zorgverzekeraar. Dit tekort moet dan als nominale premie bij de verzekerde worden geïncasseerd. Daarbij is premiedifferentiatie verboden; met andere woorden, er bestaat een 'door-éénpremie'. De hoogte van de normuitkering zal dus zodanig moeten zijn dat de zorgverzekeraar bij iedere verzekerde gemiddeld genomen een zelfde bedrag tekort komt.

In het aanvullende pakket zijn de huidige voorzieningen tandheelkunde, fysiotherapie en geneesmiddelen opgenomen. Dit pakket zal geheel nominaal worden gefinancierd. In afwijking van hetgeen de commissie-Dekker opmerkt, is in Verandering verzekerd sprake van een 'gedwongen winkelnering'. Als de verzekerde een aanvullend pakket afsluit, dient dit te geschieden bij de verzekeraar waarvan ook het basispakket is betrokken. Verzekeraars kunnen potentiële klanten niet weigeren; er bestaat een acceptatieplicht. Ook bij het aanvullende pakket is geen premiedifferentiatie mogelijk.

### Verandering verzekerd en normuitkeringen

De meest in het oog springende vraag is dan: waarom normuitkeringen in plaats van gewone prijsvorming? Uitgaande van de beoogde marktwerking ligt dit laatste immers voor de hand. Het antwoord is waarschijnlijk dat het maatschappelijk niet aanvaardbaar wordt geacht dat prijsvorming via het marktmechanisme plaatsvindt. Dit zou immers tot gevolg hebben dat de risicodifferentiatie tot uitdrukking wordt gebracht in de aan de verzekerden in rekening te brengen premie. Deze premie zou voor bepaalde groepen verzekerden onverantwoord hoog worden. Subsidies, (premie-)overdrachten ex-ante zijn noodzakelijk om de verzekering voor deze kwetsbare groepen betaalbaar te houden. Als we de risicopremie definiëren als dat deel van de premie dat bestemd is voor de betaling van de gemiddelde schade (de te verwachten schade (uitkering)) per verzekerde, en als de premie doelbewust verschilt van de risicopremie, dan is er sprake van overdrachten ex-ante. Overdrachten ex-ante moeten worden onderscheiden van overdrachten ex-post. Deze laatste vormen de kern van verzekeren. Velen betalen premie, maar weinigen hebben schade. Het gerealiseerde verschil na afloop van een contractperiode tussen risicopremie en uitkering vormt de overdracht ex-post. Voor verzekeringen in een private markt zal de prijsvorming steeds in de richting gaan van de risicopremie. Er is als regel sprake van kanssolidariteit; een proces van overdrachten ex-post dat bij verzekerden ontstaat door het groeperen van verzekerden tot ho-

mogene risicogroepen. Subsidiërende solidariteit is de uitbreiding van processen van kanssolidariteit met ex-ante overdrachten: specifieke groepen verkrijgen een premiekorting die door andere groepen wordt gefinancierd door middel van een premieopslag<sup>5</sup>.

De achterliggende gedachte om met een centrale kas de gezondheidszorg te financieren door normuitkeringen is dat de subsidiërende solidariteit uniform wordt geïnstituëerd. De inkomsten zijn gefiscaliseerd en vallen onder het regime van het draagkrachtbeginsel. De uitgaven zijn, met een nominaal tekort<sup>6</sup>, afgestemd op de risicopremie per verzekerde. Voor de verzekeringsinstellingen geldt feitelijk, net als in andere private markten, slechts de kanssolidariteit: een gelijkheid tussen het totaal der premieontvangsten van een homogene groep en het totaal der uitkeringen. Met de centrale kas voor de basisverzekering moeten in principe alle overdrachten ex-ante zijn geïnstituëerd. Voor de aanvullende verzekering zijn ex-ante overdrachten niet wenselijk, omdat hier geen verevening op maatschappijniveau zal plaatsvinden en dergelijke overdrachten dus instabiele markten zouden geven<sup>7</sup>.

### Nominale premie

Andere elementen die reeds in het rapport van de commissie-Dekker waren opgenomen kunnen worden teruggevonden in het toenmalige regeringsstandpunt. Om de marktwerking inhoud te geven moet het aanvullende pakket een substantiële omvang hebben. Dit weerspiegelt zich uiteraard in een nominale premie die concurrentie zinvol maakt. Aan de andere kant is de omvang van het basispakket tevens van gewicht voor het toestaan van eigen risico's. Wil dit enig effect sorteren dan dient de hoogte van de nominale premie niet te laag te zijn.

Hieruit volgt dat de nominale premie een belangrijke functie in het stelsel gaat vervullen. Verschillen in nominale premies tussen verzekeraars moeten verzekerden verleiden tot wisseling van verzekeraar. Verzekeraars zullen hierdoor de stimulans ondervinden de kosten te verlagen en maatregelen tot schadebeheersing te nemen. Hoe groter het verschil tussen normuitkering en kosten, des te hoger zal de nominale premie moeten worden vastgesteld. De nominale premie is derhalve onderhevig aan een zogenaamde hefboomwerking. Dit hefboomeffect kan worden gekwantificeerd als de elasticiteit van de nominale premie ten opzichte van de kosten van de basisverzekering<sup>8</sup>. Deze elasticiteit zal in de huidige voorstellen zeer hoog zijn en rond de 3,4 liggen.

5. Voor een uiteenzetting over solidariteit en verzekering verwijzen wij naar het gelijknamige boekje *Solidariteit en verzekering*, (i.h.b. blz. 35-53), Astin-Nederland, 1985, op aanvraag bij de auteurs verkrijgbaar.

6. De basisverzekering beslaat 85% van de kosten, waarvan 75% via de centrale kas wordt gefinancierd. Er ontstaat een tekort van 10, hetgeen in nominale premies voor het basispakket moet worden vertaald.

7. Indien de risicopremie voor de aanvullende verzekering sterk zou toenemen met de leeftijd van de verzekerde, kan worden overwogen de geïndividualiseerde premie te berekenen op basis van een kapitaaldekking.

8. Dit kan als volgt worden aangetoond. Voor een verzekeraar kan een uitgaven- en ontvangstenvergelijking (gemiddeld per verzekerde) worden gespecificeerd. Uitgaven aanvullende verzekering plus basisverzekering is gelijk aan de totale uitgaven:

$$U(A) + U(B) = U(T) \quad (1)$$

$$\text{Ontvangsten centrale kas plus nominale premie is gelijk aan de totale ontvangsten: } O(C) + O(N) = O(T) \quad (2)$$

$$\text{In beginsel geldt voor een verzekeraar: } U(T) = O(T) \quad (3)$$

$$\text{Uit (2) en (3) volgt: } O(N) = U(A) + U(B) - O(C)$$

$$e = \frac{d \ln O(N)}{d \ln U(B)}$$

$$= \frac{U(B)}{U(A) + U(B) - O(C)}$$

Als 75% van de ontvangsten afkomstig is uit de centrale kas en met de basisverzekering 85% van de uitgaven is gemoed, dan zal e bij benadering gelijk zijn aan 3,4. De markt voor aanvullende verzekeringen ontvangt dus een extra prijsimpuls vanuit de kostprijs van de basisverzekering.

De vraag kan worden gesteld wat de zorgverzekeraar kan doen om de kosten te beïnvloeden. Een aantal mogelijkheden is hierbij te onderscheiden:

- een efficiënte inrichting van het administratief apparaat. Het omlaagbrengen van de kosten verbonden aan de administratieve afwikkeling van schadegevallen heeft directe invloed op de hoogte van de nominale premie. Hiervoor zullen verzekeraars wellicht dienen te streven naar een bepaalde schaalgrootte;
- beïnvloeding van de gezondheidszorgkosten van de verzekerden, door een adequaat prijs- en/of volumebeleid. Zoals in de inleiding reeds is opgemerkt krijgt de zorgverzekeraar in het beoogde stelsel een 'scharnierfunctie'. Hij is het intermediair tussen aanbieders en vragers van de zorg. Sturing van de vraag die wordt uitgeoefend door de consument kan leiden tot lagere kosten. Aan dit element wordt door de commissie-Dekker een groot gewicht toegekend. Een actief substitutiebeleid, waarbij de verzekerde zijn zorgbehoefte bevredigt ziet in een lager of ander echelon, leidt wellicht tot kostenbesparing. Daarnaast zal de verzekeraar overeenkomsten sluiten met de zorgaanbieders. De concurrentie zal hier zijn werk moeten doen. Daarom is het van belang dat eventuele marktperfecties bij voorbaat worden uitgesloten. Een clustering van de belangen van zorgverzekeraars en de aanbieders van gezondheidszorg leidt tot monopolistische of oligopolistische structuren, die de marktwerking per definitie in de wielen rijdt.

Van een andere orde, maar zeer essentieel, is de mogelijke risicoselectie door de verzekeraar. Door het selecteren van zogenaamde goede risico's is de verzekeraar in staat het verschil tussen de kosten en de normuitkering te drukken. In de praktijk komt deze verzekeraar minder tekort op de normuitkering dan zijn concurrent. Extreem gesteld zou een ondoelmatig werkende zorgverzekeraar door het aantrekken van goede risico's een zeer lage nominale premie kunnen noteren. Met name dit element staat haaks op de uitgangspunten van de commissie-Dekker. De prikkel om een ontmoedigingsbeleid voor bepaalde categorieën verzekerden (de zware geneeskundige risico's) te voeren moet derhalve worden weggenomen. Evenzeer dient de prikkel te worden ontnomen om juist de goede gezondheidsrisico's aan te trekken.

---

## Normuitkeringen

---

### Beschouwing

De eerste voorwaarde die aan de normuitkering moet worden gesteld is dat deze zoveel mogelijk aansluit op het risicoprofiel van de verzekerde. Daarbij moet de normuitkering de risicoselectie uitsluiten of zoveel mogelijk beperken, in samenhang met een open marktwerking, een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Deze eis, ingesloten in een complex aan randvoorwaarden, toont overeenkomsten met de probleemstelling waar particuliere ziektekostenverzekeraars in het algemeen mee worden geconfronteerd. Binnen het bestand van verzekeraars zijn groepen verzekerden te onderscheiden met per groep dezelfde kenmerken. De eigenschap van een groep is dat daarbinnen elk individu een gelijke kans op schade heeft. Bij een voldoende aantal individuen binnen de groep zal de schade voor de groep als totaal dan goed voorspelbaar zijn. Het gaat dus om homogene groepen verzekerden. In verzekeringstermen: groepen van verzekerden met dezelfde risicofactoren.

In statistische zin gaat het dan om het verdelen van de verzekerdenpopulatie in groepen, zodanig dat binnen één groep de kans op schade gelijk is. Met andere woorden,

het moet niet mogelijk zijn binnen één groep nog deelpopulaties te onderscheiden met verschillende schadekanalen. Hiermede is het voornaamste probleem geschetst; voor de onderscheiding in groepen dienen relevante (significante) risicofactoren te worden onderkend, dus alleen die factoren die een verklaring geven voor het risico van een groep verzekerden. De schadelast kan dan worden geschat in modellen met behulp van deze risicofactoren. Het gaat hierbij om de zogenaamde aannemelijkheidsmodellen. Daarbij kan de schadelast direct, of in twee fasen worden geschat. In dat laatste geval onderscheiden we (1) de kans op een (gedeclareerde) schade van (2) de hoogte van het schadebedrag. De modellen gaan er van uit dat de schadelast als toevalsvariabele door een stochastisch model is te reproduceren. Het model is op groepsniveau beschreven door de risicofactoren en op individueel niveau door de afwijking van de groep als toeval in statistische zin te beschouwen.

### Fijnmazig of grofmazig

De discussies over het stelsel van normuitkeringen worden gedomineerd door de vraag of het stelsel fijnmazig of grofmazig moet worden ingevuld. Moet de budgetformule veel of weinig parameters bevatten? Het antwoord hierop is in aanvang simpel. De budgetformule moet worden opgebouwd met parameters die de verschillen in kosten significant verklaren. Uit de huidige particuliere verzekeringspraktijk blijkt dat het voor zover het de gezondheidszorgkosten betreft, het met name gaat om de risicofactoren leeftijd, geslacht en regio. Dit zou pleiten voor een verdeelstelsel met weinig parameters, een robuust stelsel. De vraag hoe verfijnd een normuitkering moet differentiëren naar risicofactoren is er een met formele gelijken. Gesteld zou kunnen worden dat iedere intuïtieve celverdeling in beginsel de volledigste representatie van een statistisch model vormt. De maximale aannemelijkheidsschatter van een celgemiddelde wordt immers per definitie weergegeven door het steekproefgemiddelde. De vraag moet dus anders worden gesteld. Welke efficiënte reductie met behulp van een statistisch model moet worden nagestreefd opdat oneigenlijke risicoselectie door verzekeraars niet meer loont en zij dus de aandacht zullen verleggen naar maatregelen van schadebeheersing. Bij het pleiten voor een robuust stelsel – daarbij afgaande op de ervaringen die zijn opgedaan bij particuliere ziektekostenverzekeraars – moet worden aangetekend dat deze verzekeraars momenteel werkzaam zijn in een specifiek marktsegment, waarbinnen de groepskenmerken betrekkelijk homogeen zijn. Bij het wegvallen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden (waarbij alle verzekerden zullen instromen in het basispakket) ontstaat een nieuwe groep, waarbij de sociaal-economische klasse verschilt. Of deze beweging met zich brengt dat hiervan bij de bepaling van de significante risicofactoren invloed uitgaat is vooralsnog een onbeantwoorde vraag. Statistische analyses zullen moeten uitwijzen of het opnemen van een sociaal-economische variabele bijdraagt tot de verklaring van de kostenverschillen.

Hoewel het streven erop gericht lijkt voor de normuitkeringen een robuust verdeelsysteem te ontwikkelen, kan het noodzakelijk zijn (bij voorbeeld in de beginfase) een correctie per maatschappij toe te passen. Aldus zou worden voorkomen dat de overschakeling op normuitkeringen direct al tot insolventies zou leiden. Ook hiermee kunnen onvolkomenheden in het robuuste systeem worden geëlimineerd. Te denken valt aan een correctiemechanisme dat is gebaseerd op de trendmatige realisaties van de gemiddelde schade per verzekeringsmaatschappij. In de econometrie staan deze technieken gerangschikt onder de crosssectie/tijdserie-analyses. Actuariële toepassingen hiervan zijn allerlei zogenaamde 'credibility-technieken', waarbij

een normuitkering wordt berekend op basis van een convex-gemiddelde van enerzijds de maatschappij realisaties en anderzijds het cross-sectionele totaal gemiddelde.

### Zware geneeskundige risico's

Een tweede, voor het systeem van normuitkeringen complicerende 'storingsterm' is dat in de basisverzekering tevens de maatschappelijke dienstverlening moet zijn opgenomen. Dit voor verzekeraars tot nu toe vrijwel onbekende terrein zal naar verwachting zeker invloed uitoefenen op de samenstelling en het relatieve gewicht van de parameters. De consumptie in deze zorgvormen (bejaardenoorden, verpleeghuizen en de zwakzinnigenzorg) is immers zeer ongelijk gespreid. Deze vaststelling vertoont overigens overeenkomsten met de ervaring bij de verzekering tegen ziektekosten. Ook hier is niet elke afwijking van de individuele schade ten opzichte van de groepsschade als toeval te beschouwen. Gegeven de een of andere gezondheidsaandoening, die in het recente verleden tot hoge schade heeft geleid, zal het kunnen voorkomen dat de toekomstige schade min of meer vaststaat. Als er geen sprake meer is van toeval (hetgeen bij vervolgvverpleging in één van de bovengenoemde voorzieningen het geval is), dan zal dit gegeven in principe in de budgetformule moeten worden ingepast. Terzijde wordt opgemerkt dat een eerste opname nog wel als toeval is te beschouwen. Alleen voor de vervolgschade zal dus een andere werkwijze moeten worden toegepast. De vraag is overigens wel of dit als een risicofactor moet worden meegenomen. De risicofactoren proberen immers het groepsrisico te onderscheiden, terwijl het hier om een individuele, weliswaar statistisch significante afwijking kan gaan. Wellicht dat een andere vorm van specifieke kostentoeedeling, buiten de normuitkering om, dan meer voor de hand ligt. Te denken valt hierbij aan een pooling-systeem, een herverzekeringsconstructie, dan wel een aparte uitkering voor specifieke ziektebeelden of bepaalde behandelmethoden.

### Verschillen in 'risicokennis'

In aansluiting op het voorgaande kan nog worden opgemerkt dat in de private sfeer verzekeren ook mogelijk blijkt zonder dat de verzekeraar het individuele risico exact kent. Tussen de verzekerde en de verzekeraar bestaat immers een kennis-asymmetrie. We kunnen dit fenomeen terugvoeren tot het feit dat een verzekerde over zijn risico altijd meer weet dan een verzekeraar er over aan de weet kan komen. In beginsel ontstaan hierdoor ook ex-ante overdrachten, ook wel aangeduid als geïnduceerde of onzekerheidssolidariteit. Mits alle verzekeraars maar ongeveer in dezelfde mate te lijden hebben van deze onzekerheidssolidariteit blijft de markt bestaan. Er geldt mutatis mutandis ook iets dergelijks voor de normuitkering. Evidente risicofactoren moeten uiteraard tot uitdrukking worden gebracht in de berekening van een normuitkering. Kleine onvolkomenheden mogen best bestaan, mits men er maar voor zorgt dat iedere verzekeraar in gelijke mate te lijden heeft van deze fricties.

### Randvoorwaarden bij risicofactoren

Bij de keuze van de risicofactoren geldt nog een aantal randvoorwaarden:

- meetbaarheid. De risicofactoren moeten meetbaar en objectief zijn. Manipulatie door de verzekerde, de instelling en of de verzekeraar moet worden voorkomen. Het operationaliseren van parameters die niet eenvoudig meetbaar zijn (bij voorbeeld sociaal-economische kenmerken) is problematisch. Onderzocht zal moeten worden of langs afgeleide weg een goede vervanger (proxy) is samen te stellen. In dit kader is de postcode genoemd. Duidelijk is dat deze variabele goed meetbaar, maar tevens aan vele mutaties onderhevig is (verhuisgedrag);

- doelmatigheid. Hiermede wordt bedoeld op de administratieve consequenties voor de verzekeraar. De risicofactoren moeten zonder al te grote inspanningen voor of door de verzekeraar kunnen worden waargenomen en bewaard. Duidelijk is dat een opvulling van de budgetformule met een groot aantal parameters met deze randvoorwaarde in strijd kan zijn. Het verzamelen en actueel houden van achtergrondkenmerken van de verzekerden confronteert de verzekeraar met een grote administratieve last;
- privacy. Rond het verzamelen en opslaan van kenmerken van de verzekerden, voor zover dat betrekking heeft op de gezondheidstoestand kleven uiteraard privacy-aspecten. Mede in het kader van de privacy-wetgeving dient dit een aandachtspunt te zijn.

---

## Conclusie

De conclusie uit deze bijdrage kan in een aantal kernpunten worden weergegeven. Het doel van het overheidsbeleid is om kostenbeheersing in de gezondheidszorg te bewerkstelligen. Dit dient te geschieden door marktwerking en een grotere doelmatigheid. De verzekeraar treedt hierbij op als intermediair tussen de vraag- en de aanbodkant. Hiertoe moet aan twee belangrijke voorwaarden worden voldaan:

- evenwichtige marktverhoudingen. Dus geen kartel- of monopolievorming bij vragers (de verzekerden), verzekeraars en aanbieders (de zorgverleners);
- een adequaat normuitkeringsysteem, waarbij statistisch significante risicofactoren worden gehanteerd onder een aantal randvoorwaarden zoals objectieve meetbaarheid, doelmatigheid en privacy-aspecten.

De hiervoor aangegeven opzet van het normuitkeringsstelsel leidt voor de verzekeraars tot een uitkering uit de centrale kas die alleen door toeval afwijkt van de door hem uitgekeerde schade. De door de verzekeraar te behalen kostenvoordelen staan hier los van, uiteraard met uitzondering van de risicoselectie. Indien alle significante factoren in de budgetformule zijn opgenomen en de onvolkomenheden gelijkmatig over de markt worden gespreid, leidt dit tot de simpele conclusie dat de mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om op risico te selecteren is weggefallen. Het heeft niet langer zin om te differentiëren of segmenteren, omdat dit geen effect heeft op de uitkomst voor de verzekeraar.

Samen met de gereguleerde acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie ontstaat dan een samenhangend geheel, waarin de concurrentie in de markt kan leiden tot de beoogde kostenbeheersing en waarin risicoselectie niet mogelijk is.

**R. van Duuren**  
**B.H. Posthuma**  
**F.A.M. Ruygt**