

Simons' vrijwillige eigen risico

F.M. Bakker, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet*

Staatssecretaris Simons heeft de zorgverzekeraars een financiële stimulans gegeven om vrijwillige eigen risico's in de AWBZ in te voeren. Als eigen risico's worden aangeboden, zullen chronisch zieken meer gaan betalen dan gezonden en zullen bij de huidige regeling particuliere verzekeraars beter af zijn dan ziekenfondsen. Marktwerking kan er zelfs toe leiden dat een vrijwillig eigen risico neerkomt op een verplicht eigen risico en dat uiteindelijk alle zorgverzekeraars slechter af zijn vergeleken met een situatie zonder eigen risico.

Sinds 1 januari 1992 kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden de mogelijkheid bieden een vrijwillig eigen risico te nemen voor geneesmiddelen en enkele andere onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallende verstrekkingen¹. Tot november 1993 heeft geen enkele zorgverzekeraar zijn verzekerden deze mogelijkheid geboden. Politici die een warm voorstander zijn van invoering van eigen risico's, hebben zich hierover opgewonden. In november 1993 heeft staatssecretaris Simons besloten het aanbieden van eigen risico's voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker te maken.

In dit artikel zullen wij allereerst aangeven waarom zorgverzekeraars voor genoemde AWBZ-verstrekkingen tot nu toe geen eigen risico's en bijbehorende premiekorting hebben aangeboden. Vervolgens wordt uiteengezet dat de door Simons voorgestelde financiële regeling het aanbieden van eigen risico's voor een individuele zorgverzekeraar profijtelijk kan maken en zorgverzekeraars kan aanzetten tot diverse vormen van strategisch gedrag: winstmaximalisatie, winstdeling, risicoselectie en het aanbieden van een aanvullende verzekering voor de onder het eigen risico vallende kosten.

Waarom nog geen eigen risico's?

De reden dat zorgverzekeraars tot nu toe geen eigen risico's hebben aangeboden is gelegen in een onvolkomenheid in de financieringssysteem van de AWBZ. Zorgverzekeraars ontvangen voor de genoemde AWBZ-verstrekkingen normuitkeringen uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dit fonds wordt gevuld met de inkomensafhankelijke AWBZ-premies, die via de belasting binnen komen. Naast de inkomensafhankelijke AWBZ-premie betaalt de verzekerde een nominale premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar bepaalt zelf de hoogte van de nominale premie (in 1993: circa f 130

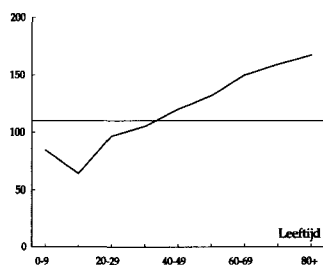
per volwassene). Voor alle verzekerden die een zelfde AWBZ-verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar hebben, moet de nominale premie gelijk zijn. Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars is toegestaan en wordt door de regering beoogd. De normuitkeringen en de nominale premies vormen te zamen in principe het budget voor de zorgverzekeraar ter bekostiging van de genoemde AWBZ-verstrekkingen. Elke gulden die een zorgverzekeraar meer (of minder) aan ziektekosten uitgeeft dan het normatieve kostenniveau komt voor ca. 85% ten laste (c.q. ten goede) van het Algemeen Fonds en voor ca. 15% van de zorgverzekeraar (nacalculatie)².

De onvolkomenheid in de financieringssysteem van de AWBZ is nu dat als een zorgverzekeraar een eigen risico plus premiekorting aanbiedt, het normatieve kostenniveau ongewijzigd blijft. Dit heeft tot gevolg dat een zorgverzekeraar wel de lasten (verminderde premie-inkomsten), maar nauwelijks de lusten (verminderde uitgaven) van een eigen risico

* De auteurs zijn werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

1. Geneesmiddelen, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek, revalidatie en hulpmiddelen. Voor 1994 worden de totale kosten van deze verstrekkingen geraamd op circa 7 miljard gulden.

2. Vanwege de onvoldoende verfijndheid van de normuitkeringen wordt in 1994 ook een systeem van onderlinge verevening (voor 75%) tussen de zorgverzekeraars toegepast. Dit heeft tot gevolg dat elke gulden waarmee de gemiddelde kosten per volwassenequivalent van een zorgverzekeraar het normatieve kostenniveau méér (of minder) overschrijft dan de gemiddelde overschrijding van alle zorgverzekeraars te zamen, voor 75% ten laste (c.q. ten goede) komt van de gezamenlijke zorgverzekeraars en voor 25% van de betreffende zorgverzekeraar. De verevening vindt plaats vóór de nacalculatie. De verevening heeft geen invloed op de totale inkomsten van de gezamenlijke zorgverzekeraars; de nacalculatie wel.



Figuur 1. Gemiddelde kosten voor eigen rekening bij verplicht eigen risico van f 200

Algemeen Fonds voor 85%. Maar de premiekorting komt volledig in mindering op de inkomsten van de zorgverzekeraar! Het moge duidelijk zijn dat op deze wijze het aanbieden van een eigen risico plus premiekorting voor de zorgverzekeraar zwaar verliesgevend, en dus absoluut onaantrekkelijk is.

Los van de problematiek rond verevening en nacalculatie is er nog een tweede motief waarom zorgverzekeraars tot nog toe geen eigen risico hebben aangeboden. De AWBZ (art. 17, lid 8) schrijft namelijk voor dat een zorgverzekeraar aan alle verzekerden die een bepaald eigen risico kiezen, dezelfde premiekorting moet aanbieden. Zoals uit figuur 1 blijkt, is het gemiddelde bedrag dat verzekerden bij een eigen risico van f 200 voor eigen rekening moeten nemen sterk leeftijdsafhankelijk. Het lijkt derhalve redelijk aan ouderen en ongezonden een hogere premiekorting te geven dan aan jongeren en gezonden. Vanwege het wettelijke verbod op zo'n differentiatie van de premiekorting zullen zorgverzekeraars de premiekorting afstemmen op de verminderde schadeclaims van de groep verzekerden met de laagste verwachte kosten. Dit betekent een premiekorting dicht in de buurt van nul gulden. Geeft de zorgverzekeraar een hogere premiekorting, bij voorbeeld gebaseerd op de te verwachten reductie van de schadeclaims van de 'gemiddelde' verzekerde, dan zullen de 'bovengemiddelde' verzekerden geen eigen risico kiezen en zal de zorgverzekeraar aan de jonge en gezonde verzekerden die wel een eigen risico kiezen, een premiekorting geven die hoger is dan de verwachte vermindering van de schadeclaims. Per saldo betekent dit een verlies voor de zorgverzekeraar. Het wettelijke verbod op differentiatie van de premiekorting leidt er dus toe dat, zo er al eigen risico's zouden zijn aangeboden, de premiekorting uiterst minimaal zou zijn.

Een derde motief waarom ziekenfondsen tot nu toe geen eigen risico's hebben aangeboden, is dat de wet (AWBZ, art. 17, lid 8) hiertoe vooralsnog alleen de mogelijkheid biedt als het zogenaamde restitutiesysteem wordt gehanteerd. De meeste ziekenfondsen hebben echter bij reglement bepaald dat de zorg aan hun verzekerden als verstrekking wordt verleend, dat wil zeggen vergoeding in natura. De meeste particuliere verzekeraars hanteren het restitutiesysteem.

Financiële compensatie

Ten einde de introductie van eigen risico's te stimuleren heeft staatssecretaris Simons besloten de zorgverzekeraars in 1994 de volgende financiële compensatie aan te bieden.

heeft. Een verzekerde die een eigen risico van zeg f 200 neemt, moet alle kosten tot f 200 voor eigen rekening nemen en dient derhalve minder schadeclaims in bij de zorgverzekeraar. Omdat het normatieve kostenniveau ongewijzigd blijft, profiteren de zorgverzekeraars als gevolg van de nacalculatie slechts voor 15% van de verminderde schadeclaims en het

Ten behoeve van de verevening en nacalculatie mag een zorgverzekeraar zijn uitgekeerde schades fictief verhogen met een bedrag van f 125 per jaar (kinderen: f 42) voor elke verzekerde die een eigen risico neemt van ten minste f 200 per verzekerde per jaar. Het normatieve kostenniveau blijft ongewijzigd. De fictieve bijtelling dient ter compensatie van het feit dat 85% van de verminderde schade-uitkeringen die het gevolg zijn van het eigen risico, ten goede komt aan het Algemeen Fonds. Het fictieve verhogen van de schade met f 125 komt erop neer dat een zorgverzekeraar per volwassen verzekerde die een eigen risico van ten minste f 200 neemt, circa $(0,85 \cdot 125 =)$ f 106 van het Algemeen Fonds ontvangt, ongeacht de werkelijke vermindering van de uitgekeerde schades, ongeacht hoever het eigen risico boven f 200 ligt en ongeacht de premiekorting. De extra winst W die een zorgverzekeraar maakt per volwassen verzekerde die een eigen risico neemt van ten minste f 200 is (vergeleken met de situatie van geen eigen risico):

$$W = 106 - PK + 0,15 RS \quad (1)$$

waarbij PK de premiekorting is die de verzekerde ontvangt en RS de reductie in schade-uitkeringen door de zorgverzekeraar³. De reductie in schade-uitkeringen wordt veroorzaakt doordat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt en door het remgeldeffect, dat wil zeggen de vermindering in ziektekosten als gevolg van het feit dat de verzekerde zelf (een gedeelte van) de kosten moet betalen. Het aanbieden van een eigen risico is financieel gezien aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar indien (afgezien van administratiekosten) W positief is, dat wil zeggen als geldt:

$$PK < 106 + 0,15 RS \quad (2)$$

Dit brengt ons tot de volgende conclusies:

- Zorgverzekeraars kunnen risicoloo een eigen risico van f 200 met een premiekorting van f 106 aanbieden.
- Naarmate de verzekerden genoeg nemen met een lagere premiekorting betekent dit een hogere winst per verzekerde die een eigen risico neemt.
- Zorgverzekeraars met relatief veel gezonde verzekerden zullen meer van de voorgestelde regeling kunnen profiteren dan zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden. Gezonde mensen die geen of weinig kosten verwachten, zullen een eigen risico nemen en wellicht genoeg nemen met een lage premiekorting, bij voorbeeld f 75 of minder, hetgeen de winst voor de verzekeraar ten goede komt. Chronisch zieken die veel geneesmiddelen gebruiken, zullen zelfs bij een premiekorting van f 199 nog geen eigen risico van f 200 willen.
- Omdat de financiële compensatie niet afhankelijk is van leeftijd en andere risicofactoren (behalve

3. Hierbij is ervan uitgegaan dat alle zorgverzekeraars een zelfde percentage verzekerden met een eigen risico hebben en gemiddeld dezelfde reductie in schade hebben, zodat de eigen risico's geen invloed hebben op de onderlinge verevening (zie voetnoot 2).

het onderscheid volwassenen-kinderen) is het wettelijke verbod om de premiekorting te differentiëren naar risicofactoren, op zich niet langer een reden voor zorgverzekeraars om alleen eigen risico's met minimale premiekorting aan te bieden.

- De werkelijke schadelastvermindering als gevolg van eigen risico's speelt een geringe rol bij de overwegingen van een zorgverzekeraar om al dan niet een eigen risico aan te bieden en bij de overweging hoe hoog het aangeboden eigen risico zal zijn. Het extra voordeel bij een eigen risico boven f 200, te weten de toename in 0,15 RS weegt niet op tegen de extra premiekorting. Vanuit dit perspectief bezien mag verwacht worden dat eigen risico's hoger dan f 200 niet zullen worden aangeboden. Andere overwegingen (risicoselectie; zie onder) zouden wel hiertoe kunnen leiden.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de door staatssecretaris Simons in het vooruitzicht gestelde financiële compensatie het aanbieden van eigen risico's en premiekorting voor de zorgverzekeraars profijtelijk kan maken en tegemoet komt aan twee van de drie in de vorige paragraaf genoemde bezwaren.

Strategische keuzen

Hoe zullen zorgverzekeraars nu reageren op deze financiële compensatie? Zullen eigen risico's worden aangeboden? Zo ja, met welke premiekorting, en hoe hoog zal het eigen risico zijn? Onderstaand worden een vijftal strategische opties besproken.

Geen eigen risico

De Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars hebben hun leden dringend aangeraden in 1994 geen eigen risico's aan te bieden. Overwegingen hierbij zijn dat het aanbieden van eigen risico's is gekoppeld aan het restitutie-systeem en dat een eigen risico voor een zo beperkt aantal verstrekkingen tot antiselectie door verzekerden zal leiden⁴. Andere overwegingen zijn het mogelijke gebruik van het vrijwillige eigen risico als instrument voor profijtelijke risicoselectie; uitvoeringsproblemen, fraudegevoeligheid en aantasting van risicosolidariteit: het is zelfs mogelijk dat zieken moeten bijdragen voor gezonden⁵. Een eerste strategische optie voor zorgverzekeraars is derhalve om geen eigen risico's aan te bieden.

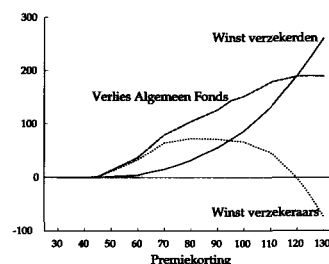
Winstmaximalisatie

Een tweede mogelijke strategie is winstmaximalisatie. Aangezien staatssecretaris Simons pas in november 1993 de financiële compensatieregeling voor 1994 bekend heeft gemaakt, zullen veel verzekerden, gezien de opzegtermijn bij hun huidige zorgverzekeraar, niet in de gelegenheid zijn per 1 januari 1994 van zorgverzekeraar te veranderen. De zorgverzekeraars verkeren derhalve als het ware in een monopoliepositie wat betreft het aanbieden van de premiekorting in 1994 voor een eigen risico van f 200. De totale extra winst die kan worden behaald door het aanbieden van eigen risico's, is gelijk aan het aantal

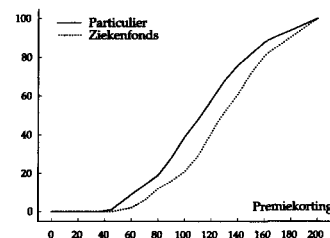
verzekerden dat een eigen risico kiest vermenigvuldigd met de gemiddelde winst per verzekerde met een eigen risico van f 200. Zoals we in formule (1) kunnen zien, is de winst per verzekerde grotendeels afhankelijk van de hoogte van de premiekorting. Hoe lager (c.q. hoger) de premiekorting, des te hoger (c.q. lager) de winst per verzekerde, maar des te kleiner (c.q. groter) het aantal verzekerden dat een eigen risico neemt. Dit impliceert een klassiek optimaliseringsprobleem voor de zorgverzekeraar, waarbij een juiste inschatting van de prijsgevoeligheid van de verzekerden voor een eigen risico van f 200 een belangrijke rol speelt. Deze winstmaximalisatiestrategie levert slechts een eenmalige hoge winst op. In de volgende contractperioden zal de concurrentie dwingen tot hogere premiekortingen.

Ten einde ter illustratie een indicatie te geven van de orde van grootte van de mogelijke winst bij diverse premiekortingen, worden in de figuren 2 en 3 enkele resultaten van een simulatie gepresenteerd. Verondersteld is dat een verzekerde een eigen risico neemt als de kosten die naar verwachting voor eigen rekening komen, lager zijn dan de premiekorting. De resultaten kunnen slechts beschouwd worden als indicatief omdat zij gebaseerd zijn op oude gegevens en omdat enkele veronderstellingen noodzakelijk waren⁶. Volgens deze berekeningen zou een verzekeraar met een voor de Nederlandse bevolking representatief verzekerdenbestand een maximale winst behalen bij een premiekorting van circa f 90. Als alle zorgverzekeraars een eigen risico van f 200 met een premiekorting van f 90 zouden aanbieden, dan zou circa 20% van de bevolking een eigen risico kiezen en zouden de zorgverzekeraars een gezamenlijke winst maken van circa f 71 mln. De verzekerden die een eigen risico kiezen, zouden gezamenlijk circa f 55 mln. meer aan premiekorting ontvangen dan zij aan kosten voor eigen rekening nemen. Het Algemeen Fonds zou dan in 1994 in totaal circa f 126 mln. meer uitgeven dan in het geval van géén eigen risico. Als dit tekort wordt gecompenseerd via een hogere AWBZ-premie in 1995, gaan degenen die géén eigen risico nemen er per saldo gemiddeld circa f 10 op achteruit, en degenen die wel een eigen risico nemen circa f 11 op vooruit. Aan wie de winst van de zorgverzekeraars ten goede komt, hangt af van hun beleid.

Figuur 2. Winst en verlies bij vrijwillig eigen risico van f 200, excl. remgeld-effect, f mln.



Figuur 3. Percentage verzekerden dat vrijwillig eigen risico van f 200 kiest (vlg. model)



4. VNZ-Journaal, 17 november 1993.

5. VNZ-Journaal, 18 november 1993.

6. Nadere informatie hieromtrent is verkrijgbaar bij de auteurs.

Het is de vraag in hoeverre de zorgverzekeraars zullen kiezen voor deze strategie van winstmaximalisatie. Weliswaar zullen de meeste verzekerden per 1 januari 1994 niet meer van zorgverzekeraar kunnen veranderen, maar een (te) lage premiekorting kan de zorgverzekeraar een slechte reputatie bezorgen. Ook zal een zich als monopolist gedragende zorgverzekeraar niet aantrekkelijk zijn voor de verzekerden die wel in 1994 voor een nieuwe zorgverzekeraar kunnen kiezen, zoals degenen die de loongrens van de ziekenfondsverzekering overschrijden of onderschrijden of nieuwkomers op de arbeidsmarkt. Toch moet zeker in het eerste jaar waarin eigen risico's worden aangeboden de geschetste strategie van winstmaximalisatie niet geheel worden uitgesloten.

Geen winst

Niet op winst gerichte zorgverzekeraars zouden ervoor kunnen kiezen om geen winst, maar ook geen verlies te maken. Invulling van $W = 0$ in formule (1) impliceert

$$PK = 106 + 0,15 RS \quad (3)$$

Een dergelijke premiekorting zal naar schatting gemiddeld circa f 120 bedragen (zie figuur 2). Als alle zorgverzekeraars een eigen risico van f 200 en een premiekorting van f 120 zouden aanbieden, dan zou naar schatting circa 50% van de bevolking een eigen risico nemen en hiermee een gezamenlijk voordeel behalen van circa f 190 mln. Dit tekort van het Algemeen Fonds zal in 1995 moeten worden aangezuiverd, bij voorbeeld via verhoogde AWBZ-premies voor de gehele bevolking.

Aanvullende verzekering

Een vierde strategie zou kunnen zijn dat een zorgverzekeraar de onder het eigen risico vallende kosten opneemt in de verzekeringsdekking van een aanvullende verzekering. Stel dat een zorgverzekeraar met een laag kostenniveau heeft berekend dat het totaal van alle kosten die per verzekerde onder de f 200 liggen, gemiddeld f 80 per verzekerde bedraagt. Dan is de volgende constructie denkbaar. De zorgverzekeraar doet al zijn verzekerden het aanbod om voor de AWBZ-verzekering formeel een eigen risico van f 200 te nemen met een bijbehorende premiekorting van maximaal f 118 ($106 + 15\%$ van 80), waarbij zij tegelijkertijd voor f 80 de aanvullende verzekering moeten kopen waarin alle AWBZ-kosten tot f 200 worden vergoed. Deze zorgverzekeraar kan dan adverteren met de slogan: "Bij ons betekent een eigen risico: een gelijkblijvende verzekeringsdekking en f 38 lagere premie". Essentieel bij deze constructie is het lage kostenniveau van de zorgverzekeraar en de koppeling van de keuze voor het eigen risico aan de aanvullende verzekering. Een zorgverzekeraar met een hoog kostenniveau zal een hogere premie voor de aanvullende verzekering moeten vragen. Hetzelfde geldt als de jonge en gezonde verzekerden de aanvullende verzekering niet zouden nemen.

Risicoselectie

Een zorgverzekeraar zou ook kunnen kiezen voor de strategie van risicoselectie. Omdat de AWBZ-verzeke-

ring is gekoppeld aan de ziekenfonds- en particuliere verzekering (AWBZ, art. 9, lid 1), zou een zorgverzekeraar bewust een verlies kunnen nemen op de AWBZ door een eigen risico van meer dan f 200 aan te bieden met een verliesgevende premiekorting, in de verwachting hiermee zéér gezonde verzekerden aan te trekken. De maximale premiekorting impliceert een nominale premie voor de AWBZ van nul gulden. Het bijbehorende eigen risico zou dan bij voorbeeld f 300 kunnen zijn. Een globale indicatie van de mogelijke winstgevendheid van een dergelijke strategie kan ontleend worden aan de volgende schatting: de voorspelde kosten voor ziekenhuishulp en specialistenhulp van degenen die op enig moment behoren tot zeg de 50% gezondste mensen, zijn in de daarop volgende vier jaar, na correctie voor leeftijd en geslacht, circa 25 à 40% lager dan gemiddeld⁷. Dit impliceert een mogelijke winst van enkele honderden gulden per verzekerde per jaar. Voor ziekenfondsen geldt dat deze mogelijke winst thans grotendeels wordt afgeroomd vanwege verevening en nacalculatie binnen de ziekenfondsverzekering. Voor particuliere verzekeraars geldt dit niet (afgezien van de standaardpakketpolis).

Een tweede vorm van risicoselectie bestaat uit het (sterk) verhogen van de nominale AWBZ-premie voor degenen die géén eigen risico kiezen. Hiermee maakt een zorgverzekeraar zich onaantrekkelijk voor degenen die géén eigen risico willen, i.e. de chronisch zieken en andere verzekerden die hoge ziektekosten verwachten. Ook kan een zorgverzekeraar dan adverteren met de slogan: "Bij ons krijgt u bij een eigen risico van f 200 een premiekorting van (ten minste) f 200". Dergelijk marktgedrag kan ertoe leiden dat uiteindelijk geen enkele zorgverzekeraar bereid is een AWBZ-verzekering zonder eigen risico tegen een redelijke premie aan te bieden⁸. Zodra namelijk één zorgverzekeraar begint, moeten de andere uit concurrentieoverwegingen wel volgen. Voorts lijkt het in die situatie waarschijnlijk dat alle zorgverzekeraars een nominale premie gelijk aan nul zullen vragen en zullen concurreren op de hoogte van het eigen risico (hoe lager het eigen risico, des te aantrekkelijker). Immers zodra één verzekeraar wel een nominale premie groter dan nul vraagt met een lager eigen risico dan bij een nominale premie van nul gulden het geval zou zijn, is deze verzekeraar aantrekkelijk voor de ongezonden. Gegeven dat geconcurrereerd wordt op de hoogte van het eigen risico bij een nominale premie van nul gulden, is het niet onwaarschijnlijk dat een of meer zorgverzekeraars, in een poging om het marktaandeel te vergroten, het minimum eigen risico van f 200 zullen vragen. Immers, de reductie in schade-uitkeringen speelt een geringe rol bij de vaststelling van de hoogte van het eigen risico (zie formule 1). Als uiteindelijk alle zorgverzekeraars uit concurrentieoverweging een eigen risico van f 200 aanbieden met een nominale premie

7. W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, *Normuitkeringen: de achillesbiel van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering*, Kluwer-SOVAC-reeks, 1993, tabel 2.

8. W.P.M.M. van de Ven, *Risicoselectie en zorgverzekering*, *ESB*, 17 mei 1989, blz. 477-482 (zie blz. 479).

van nul gulden, dan leidt dit tot de volgende merkwaardige situatie:

- alle verzekerden 'kiezen' voor een vrijwillig eigen risico (hetgeen de facto een verplicht eigen risico is geworden);
- de zorgverzekeraars leiden gemiddeld een verlies van circa 27 gulden per verzekerde⁹;
- geen enkele zorgverzekeraar heeft uiteindelijk een voordeel als gevolg van risicoselectie omdat alle zorgverzekeraars 'even hard selecteren' (behoudens wellicht een initieel voordeel voor de zorgverzekeraar die met risicoselectie was begonnen);
- alle zorgverzekeraars zijn slechter af dan in de situatie waarin geen enkele zorgverzekeraar een eigen risico aanbiedt¹⁰.

Een belangrijke vraag is uiteraard of er zorgverzekeraars zijn die (in 1994) voor de strategie van risicoselectie zullen kiezen. In verband met in acht te nemen opzegtermijnen is het aantal nieuw te werven verzekerden in 1994 beperkt. Zoals gezegd zou gemikt kunnen worden op de eerder genoemde groepen verzekerden die in 1994 wel van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Een andere overweging zou gelegen kunnen zijn in het opbouwen van een reputatie als zorgverzekeraar die is 'gespecialiseerd in jonge, gezonde verzekerden'. Op iets langere termijn moet risicoselectie zeker niet worden uitgesloten. Zo is er al een particuliere verzekeraar die een ziekenfonds heeft opgericht en openlijk in de vakpers heeft verklaard aan risicoselectie te zullen gaan doen: "We mikken op de mensen die 25 tot 40% minder gezondheidszorg consumeren dan de gemiddelde ziekenfondspatiënt. De 'bovenkant van de onderkant', die willen we graag verzekeren, de jonge tweeverdieners en potentiële loongrensoverschrijders. Ons marketingbeleid zal heel specifiek op die groep worden afgestemd"¹¹.

Conclusie en discussie

In hoeverre mag de burger nu verwachten dat zijn zorgverzekeraar hem de komende weken de mogelijkheid zal bieden voor 1994 een vrijwillig eigen risico in de AWBZ te nemen? In dit artikel hebben wij geconcludeerd dat zorgverzekeraars, als gevolg van de door staatssecretaris Simons geboden financiële compensatie risicoloos een vrijwillig eigen risico van f 200 met een premiekorting van f 106 kunnen aanbieden. Vervolgens hebben wij laten zien dat het aanbieden van vrijwillige eigen risico's, afhankelijk van de hierbij door de zorgverzekeraars gekozen strategie, kan leiden tot verrassende, onvoorziene en uiteindelijk voor de branche als geheel ongunstige effecten. Als geen enkele zorgverzekeraar een eigen risico aanbiedt, blijft de onderlinge concurrentiepositie onveranderd. Indien evenwel één zorgverzekeraar wel een eigen risico's aanbiedt, kan dit leiden tot een verbetering van diens concurrentiepositie en tot een aantasting van de concurrentiepositie van de zorgverzekeraars die geen eigen risico's aanbieden. Gezien de mogelijke voordelen die een individuele zorgverzekeraar zowel financieel (in ieder geval op korte termijn) als publicitair kan behalen, achten wij het niet on-

waarschijnlijk dat er ten minste één zorgverzekeraar is die eigen risico's en premiekortingen zal aanbieden. Uit concurrentieoverwegingen zullen andere zorgverzekeraars dan vermoedelijk volgen.

Ziekenfondsen vs particuliere verzekeraars

Om een viertal redenen lijken de potentieel te behalen financiële voordelen van het aanbieden van eigen risico's voor een particuliere verzekeraar groter dan voor een ziekenfonds. Allereerst is vanwege de gemiddeld betere gezondheid van particulier verzekerden het percentage verzekerden voor wie een eigen risico financieel interessant is, bij particuliere verzekeraars groter dan bij ziekenfondsen (zie figuur 3). Ten tweede mag verwacht worden dat particulier verzekerden meer geïnteresseerd zijn in eigen risico's dan ziekenfondsverzekerden vanwege hun bekendheid met het fenomeen 'eigen risico' en vanwege hun gemiddeld hogere inkomen en lagere risicoaversie. Ten derde leiden eigen risico's bij particuliere verzekeraars vanwege de vermindering van het aantal schadeclaims tot lagere administratiekosten. Ziekenfondsen daarentegen worden geconfronteerd met hogere administratiekosten als zij voor het aanbieden van eigen risico's het natuursysteem moeten omzetten in een restitutiesysteem. Ten slotte is, vanwege de nacalculatie en verevening in de ziekenfondsverzekering, de profijtelijkheid van de risicoselectiestrategie voor een particuliere verzekeraar groter dan voor een ziekenfonds.

Financiële consequenties

Het is moeilijk precies de financiële consequenties te voorspellen van het aanbieden van eigen risico's. Deze hangen af van het aantal zorgverzekeraars dat eigen risico's aanbiedt, de hoogte van het eigen risico, de premiekorting en het aantal verzekerden dat een eigen risico neemt. In het algemeen kan worden gesteld dat uiteindelijk gezonden die een eigen risico nemen, financieel beter af zullen zijn dan ongezonden. Ook zullen zorgverzekeraars met relatief veel gezonde verzekerden meer financieel profijt hebben van eigen risico's dan zorgverzekeraars met relatief veel chronisch zieken. Zorgverzekeraars die geen eigen risico aanbieden, zullen vanwege de verevening¹² een gedeelte van de winst moeten bekostigen die andere zorgverzekeraars kunnen behalen met het aanbieden van eigen risico's. Ter illustratie hiervan het volgende rekenvoorbeeld: stel dat geen enkel ziekenfonds een vrijwillig eigen risico aanbiedt en dat 40% van de particulier verzekerden een eigen risico van f 200 neemt met een premiekorting van f 100

9. Gegeven het advies van de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars om voor 1994 de nominale premie zonder eigen risico vast te stellen op 150 gulden, impliceert een nominale premie van nul gulden een premiekorting van 150 gulden. Uitgaande van circa 110 gulden reductie in schade-uitkering, impliceert formule (1) een gemiddeld verlies per verzekerde van circa 27 gulden.

10. Bij PK = 150 geldt dat $W < 0$ als $RS < 293$ (zie formule 1), hetgeen zeer waarschijnlijk voor alle zorgverzekeraars het geval is.

11. *Verzekerings Magazine VVP*, 3 maart 1993, blz. 4.

12. Zie voetnoten 2 en 3.

(zie figuur 3). Dan behalen de particuliere verzekeraars in 1994 een gezamenlijk voordeel van *f* 41 mln. en de particulier verzekerden met een eigen risico een gezamenlijk voordeel van *f* 45 mln. In 1994 wordt dit voordeel voor circa 10% bekostigd door de zorgverzekeraars die géén eigen risico aanbieden (voornamelijk ziekenfondsen) en voor 90% door het Algemeen Fonds. Deze extra uitgaven van het Algemeen Fonds zullen in 1995 door alle verzekerden (ziekenfonds en particulier) gezamenlijk bekostigd moeten worden.

Naast bovengenoemde effecten kan ook een remgeldeffect als gevolg van eigen risico's worden verwacht. Het is moeilijk op voorhand een precieze schatting hiervan te maken. Dit hangt mede af van hoeveel en welke verzekerden een eigen risico nemen en hoe hoog het eigen risico is. Ook moet rekening worden gehouden met ongewenste substitutie: vervanging van goedkope geneesmiddelen (bij voorbeeld pijnstillers) door een duurdere behandeling (bij voorbeeld fysiotherapie). Als per saldo een kostenverlagend remgeldeffect optreedt, hetgeen waarschijnlijk lijkt, dan gaan als gevolg van vrijwillige eigen risico's, *ceteris paribus*, de kosten van de gezondheidszorg in 1994 omlaag, terwijl de uitgaven van het Algemeen Fonds in 1994 omhoog gaan.

Aangezien vrijwillige eigen risico's in de AWBZ aanleiding kunnen geven tot effectieve en profijtelijke vormen van risicoselectie door de zorgverzekeraars, moet het niet onwaarschijnlijk worden geacht dat op risicoselectie gerichte strategieën zullen wor-

den gehanteerd. De marktwerking zal er dan toe leiden dat een vrijwillig eigen risico uiteindelijk neerkomt op een verplicht eigen risico, en dat uiteindelijk alle zorgverzekeraars slechter af zullen zijn dan in de situatie waarin geen enkele zorgverzekeraar een eigen risico aanbiedt.

Dit artikel heeft duidelijk gemaakt dat naast de politieke problemen ook veel verzekeringstechnische problemen kleven aan vrijwillige eigen risico's in de AWBZ. Hiervoor zijn technische oplossingen denkbaar. Bij het bedenken van deze oplossingen is het goed te realiseren dat het onvoldoende functionerende normuitkeringstelsel in wezen de wortel van het probleem vormt. Indien er goed functionerende normuitkeringen zouden zijn, dan zou er geen verevening en nacalculatie nodig zijn, dan zou de fictieve bijtelling van *f* 125 niet nodig zijn en dan zou risicoselectie niet profijtelijk zijn. Dan zouden de zorgverzekeraars zich uitsluitend bezig kunnen houden met de verzekeringstechnische aspecten van eigen risico's en met 'normale' marktstrategieën, en niet met de onvoorspelbare en onbedoelde effecten van de als een lappendeken functionerende regelgeving. Deze analyse toont nogmaals aan hoe cruciaal de rol van normuitkeringen in het beoogde verzekeringsstelsel is.

Frank Bakker
Wynand van de Ven
René van Vliet