



## Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel

**Auteur(s):**

Schut, F.T.

Laske-Aldershof, T.

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

ESB, 86e jaargang, nr. 4333, pagina 860, 9 november 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

*Heet hangijzer in het komende debat over de herziening van het zorgstelsel is de vraag of de premies nominaal of inkomensafhankelijk moeten zijn. Op grond van economische overwegingen verdient een gedeeltelijk nominale premie de voorkeur boven een volledig nominale premie.*

**Onder de titel *Vraag aan bod* presenteerde het kabinet in juli 2001 zijn plan voor een herziening van het stelsel van gezondheidszorg <sup>1</sup>. Het plan behelst de invoering van een verplichte basisverzekering met gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. De basisverzekering moet gefaseerd worden ingevoerd. Allereerst moeten de ziekenfonds- en de particuliere verzekering in 2005 worden samengevoegd tot een algemene verzekering curatieve zorg. Vervolgens moet een afgeslankte Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in deze algemene verzekering worden geïntegreerd.**

Het plan is te beschouwen als een testament voor een volgend kabinet. Blijkens de recent verschenen concept-verkiezingsprogramma's van de Paarse coalitiepartners en het CDA kan het plan op brede politieke steun rekenen. Op twee politiek controversiële punten, de premiestructuur en de omvang van het basispakket, zijn echter nog geen knopen doorgehakt. Vooral de premiestructuur lijkt in mei 2002 inzet te worden van de verkiezingsstrijd en de daaropvolgende onderhandelingen over een nieuw regeerakkoord. Kernvraag daarbij is in welke mate de premie van de basisverzekering nominaal dan wel inkomensafhankelijk moet zijn. Zo blijkt de PvdA voorstander van een grotendeels inkomensafhankelijke premie, D66 van een substantiële nominale premie en CDA en VVD voorstander van een volledig nominale premie (voor een pakket zonder AWBZ-verstrekingen). Ofschoon een concrete invulling van de premiestructuur ontbreekt, stelt het kabinet wel als randvoorwaarde dat de nominale premiecomponent voldoende hoog moet zijn om concurrentie tussen zorgverzekeraars en kostenbewustzijn bij de vragers te bewerkstelligen.

**Varianten**

De huidige ziekenfondsverzekering wordt voor bijna negentig procent betaald via inkomensafhankelijke premies, terwijl de huidige particuliere ziektekostenverzekering uitsluitend nominale premies kent. Bovendien zijn in de ziekenfondsverzekering gezinsleden grotendeels gratis meeverzekerd, terwijl de particulier verzekerden een individuele premie betalen (al is vaak vanaf het derde kind geen premie meer verschuldigd). Elke keuze voor een uniforme premiestructuur zal daarom gepaard gaan met inkomenseffecten voor ziekenfonds- en particulier verzekerden.

Om de inkomenseffecten te verkennen heeft het kabinet een aantal varianten van een mogelijke premiestructuur uitgewerkt, waarbij wordt uitgegaan van individuele premies die niet mogen worden gedifferentieerd naar kenmerken van verzekerden. Onderscheiden worden een ziekenfondsvariant met grotendeels inkomensafhankelijke premies, een particuliere variant met volledig nominale premies en een tussenvariant, waarbij het nominale en het inkomensafhankelijke premiedeel ongeveer even groot zijn.

**Waarom volledig nominale premie?**

Inmiddels hebben werkgeversorganisaties, de vakbeweging en de commerciële particuliere verzekeraars hun teleurstelling uitgesproken over het feit dat het kabinet ten aanzien van de premiestructuur niet ondubbelzinnig het advies van de Sociaal Economische Raad (SER) heeft opgevolgd <sup>2</sup>. Het in december 2000 uitgebrachte SER-advies pleit voor een volledige nominale premie voor de algemene zorgverzekering (exclusief AWBZ), waarbij de negatieve inkomenseffecten "op robuuste en duurzame wijze" moeten worden gerepareerd via het belastingstelsel <sup>3</sup>. De compensatie voor toekomstige inkomenseffecten ten gevolge van kostenontwikkeling binnen de algemene zorgverzekering moet volgens de SER zelfs wettelijk worden verankerd.

Uitgangspunt daarbij is dat het inkomensverlies van de meest getroffen groep moet worden gecompenseerd. Omdat de fiscale instrumenten onvoldoende kunnen differentiëren tussen de diverse groepen, gaan de minder getroffen bevolkingsgroepen er dankzij de fiscale reparatiemaatregelen soms aanzienlijk op vooruit. Er is een aanzienlijk bedrag nodig om niemand er op achteruit te laten gaan. Het kabinet raamt dat een volledige nominalisering van de premie één à anderhalf miljard gulden meer kost dan de ziekenfondsvariant of de tussenvariant. De omvang van dit bedrag zou kunnen worden beperkt door de inzet van meer gerichte fiscale instrumenten, zoals de door de SER voorgestelde inkomensafhankelijke heffingskorting. Het kabinet lijkt echter beducht om dergelijke nieuwe instrumenten in het fiscale systeem in te voeren vanwege de gevolgen daarvan voor de administratieve lasten en marginale druk. Overigens blijkt uit het SER-advies dat zelfs de inzet van meer gerichte fiscale reparatiemiddelen leidt tot substantiële positieve inkomenseffecten voor bepaalde bevolkingsgroepen.

### Drie verwachte voordelen

Gelet op de extra kosten is de vraag wat een volledig nominale premie ons oplevert. Voorstanders van een volledig nominale ziektekostenpremie noemen drie voordelen.

Ten eerste zouden volledig nominale premies noodzakelijk zijn om voldoende concurrentie tussen verzekeraars mogelijk te maken. In de huidige ziekenfondsverzekering bestaat bijna negentig procent van de premieontvangsten uit inkomensafhankelijke premies die voor alle ziekenfondsen gelijk zijn. Deze premies worden gestort in een Algemene Kas waaruit de ziekenfondsen per verzekerde een risicogerelateerde normuitkering ontvangen. Ziekenfondsen kunnen alleen concurreren op het beperkte nominale premiedeel dat zij zelf mogen vaststellen. Ondanks dat de nominale premies van ziekenfondsen aanzienlijk uiteenlopen, blijken ziekenfondsverzekerden hier niet of nauwelijks op te reageren<sup>4</sup>. Volgens de voorstanders van een forse verhoging van de nominale premie zou een hogere nominale premie leiden tot grotere premieverschillen en daarmee tot effectievere prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars.

Als tweede voordeel van nominalisering wordt genoemd dat het tot meer kostenbewust gedrag bij verzekerden zou leiden omdat er bij een nominale premie een sterkere band zou bestaan tussen betalen en genieten dan bij een inkomensafhankelijke premie.

Tenslotte zou een voordeel van een volledig nominale premie zijn dat daarmee het gezondheidszorgbeleid wordt losgekoppeld van het inkomensbeleid. Inkomenspolitieke overwegingen zouden dan niet langer in de weg staan van zorginhoudelijk gewenst beleid.

Hieronder zetten wij uiteen waarom deze vermeende voordelen ons inziens niet opgaan.

### Meer concurrentie?

Het is een hardnekkig misverstand dat hogere nominale premies zullen leiden tot grotere premieverschillen.

Ofschoon de huidige ziekenfondsen gemiddeld slechts circa twaalf procent van hun inkomsten ontvangen uit nominale premies, moeten zij eventuele tekorten volledig dekken via hun nominale premies (of bekostigen uit hun reserves). Stel een zorgverzekeraar kan door effectieve zorginkoop vijf procent besparen op de gemiddelde kosten van circa f 2800 per premiebetalende verzekerde. Een volledig kostendeckende nominale premie zal hij dan met f 140 (vijf procent) kunnen verlagen, van f 2800 tot f 2660. Bij een nominale premie die slechts twaalf procent van de kosten per betalende verzekerde dekt (f 340), kan dezelfde vijf procent besparing op de uitgaven leiden tot een premiereductie met ruim veertig procent (van f 340 tot f 200). Doordat de marginale resultaten volledig doorwerken in de beperkte nominale premie is er sprake van een soort hefboomeffect: relatief kleine winsten of verliezen werken door in relatief grote nominale premieverschillen.

Een volledige nominale premie leidt dus niet tot grotere absolute premieverschillen maar wél tot sterk afnemende relatieve premieverschillen. Wanneer consumenten gevoelig zijn voor relatieve premieverschillen, zal van een forse verhoging van de nominale premie dus zelfs een averechts effect uitgaan op prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars.

### Relatieve premieverschillen hebben grootste invloed

Om vast te stellen of relatieve premieverschillen van invloed zijn op het keuzegedrag van verzekerden hebben wij personen door middel van een enquête geconfronteerd met twaalf keuzesituaties<sup>5</sup>. De respondenten moesten achtereenvolgens kiezen of zij wel of niet in ruil voor een premiekorting van f 200 per persoon per jaar de voorkeur gaven aan:

- » een beperkte keuze van zorgverlener in plaats van een vrije keuze van zorgverlener;
- » een pakket zonder huisarts in plaats van een pakket met huisarts;
- » een trage in plaats van een snelle uitbetaling van de gemaakte kosten.

De eerste keuzesituatie komt overeen met de door de ser en het kabinet voorgestelde mogelijkheid dat verzekeraars tegen een premiekorting hun verzekerden een 'preferred provider arrangement' aanbieden (waarbij de keuze beperkt is tot een door de zorgverzekeraar geselecteerde groep zorgverleners). De tweede keuzesituatie komt overeen met het voorstel van de SER om de pakketten te differentiëren in een basispakket (zonder huisarts) en een standaardpakket (met huisarts)<sup>6</sup>. De derde keuzesituatie reflecteert verschillen in service van de zorgverzekeraar. De premiekorting van f 200 is ongeveer gelijk aan het huidige maximale premieverschil tussen ziekenfondsen.

Om te onderzoeken of de respondenten gevoelig waren voor relatieve premieverschillen, moesten zij dezelfde drie situaties beoordelen bij een premiehoogte van f 2900 per jaar (vergelijkbaar met een volledig nominale ziekenfondspremie) en een premiehoogte van f 500 per jaar (vergelijkbaar met de huidige ziekenfondspremie). Verder is gekeken of het uitmaakt of de premie en de korting per jaar of per maand worden gegeven, omdat het laatste bij veel zorgverzekeraars gebruikelijk is.

In totaal moesten de respondenten de drie keuzesituaties viermaal beoordelen, tweemaal bij uiteenlopende jaarpremies en tweemaal bij uiteenlopende maandpremies. De resultaten van het onderzoek zijn samengevat in [tabel 1](#).

**Tabel 1. Percentage personen (n = 1867) dat kiest voor een premiekorting van f 200 per persoon per jaar of f 17 per maand, bij verschillende premiehoogten**

premiehoogte

percentage dat kiest voor een premiekorting in ruil voor:

zonder korting	beperkte keuze zorgverleners	niet-vergoeding huisartskosten	trage schade- betaling
f 500 per jaar	19,8	16,0	45,3
f 42 per maand	15,7	13,4	44,2
f 2900 per jaar	13,0	11,8	37,9
f 242 per maand	11,2	10,0	38,5

Ten aanzien van alle drie keuzeaspecten - zorgarrangement, pakketomvang en service - blijken respondenten bij een identieke premiekorting eerder bereid om te switchen bij een lage nominale premie dan bij een hoge nominale premie. Zo kiest bijna twintig procent van de respondenten in ruil voor een premiekorting van f 200 voor een beperkte groep zorgverleners bij een premiehoogte van f 500, tegen dertien procent bij een premiehoogte van f 2900. De respondenten blijken dus gevoelig voor relatieve premieverschillen. Voorts blijken verzekerden minder gevoelig voor dezelfde premieverschillen als deze per maand in plaats van per jaar worden aangegeven (bij de snelheid van betaling was dit verschil niet significant). Tenslotte blijkt dat de respondenten het meeste waarde hechten aan een goede huisartsdekking en het minste aan een snelle schadeafhandeling.

Een volledig nominale premie lijkt dus geen geschikt middel om de prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars aan te wakkeren. Juist het hefboomeffect van een beperkte nominale premie kan een effectieve manier zijn om kleine doelmatigheidsverschillen voor de consument voelbaar te maken.

In plaats van door een nominalisering van de premie kan de prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen beter worden gestimuleerd door verzekerden actief aan te zetten om van hun keuzevrijheid gebruik te maken. De overheid zou een jaarlijkse keuze door verzekerden actief moeten bevorderen door een verbetering van de consumenteninformatie en een betere structurering van het keuzeproces.

### Meer kostenbewust?

De redenering dat een volledig nominale premie leidt tot meer kostenbewust gedrag gaat mank omdat bij elke vorm van premiebetaling de band tussen betalen en genieten wordt verbroken. Na betaling van de premie worden de marginale kosten van zorg immers gelijk aan nul en worden de kosten van zorgconsumptie gespreid over alle premiebetalers. Het is daarom onwaarschijnlijk dat een premie die geënt is op de verwachte kosten tot meer kostenbewustzijn leidt dan een premie waarvoor dat niet geldt. Overigens geldt ook voor een volledig nominale premie dat er weinig verband bestaat met de verwachte ziektekosten, omdat de premie vanwege de vereiste risicosolidariteit niet gedifferentieerd mag worden.

### Ontkoppeling inkomenspolitiek?

Het is eveneens een illusie dat dankzij het vervangen van inkomensafhankelijke door nominale premies het zorgbeleid voortaan kan worden gevrijwaard van inkomenspolitieke overwegingen. Want door de eis van de SER dat de inkomenseffecten van nominalisering op robuuste en duurzame wijze moeten worden gerepareerd via het belastingstelsel zal de invloed van inkomenspolitiek op het zorgbeleid alleen maar toenemen. In plaats van een automatische reparatie via de inkomensafhankelijke premie moet de fiscale reparatie telkens expliciet plaatsvinden. Daarmee blijft het zorgbeleid direct gekoppeld aan het inkomensbeleid. Elke toekomstige kostenstijging en elke beslissing om nieuwe verstrekkingen in het basispakket op te nemen, zal fiscaal moeten worden gerepareerd. Met het voor achteruitgang behoeven van de meest getroffen groepen, zal iedere keer weer het nodige geld gemoeid zijn. Gelet op de prognose van de SER dat het beslag van de zorgkosten op het nationaal inkomen zal toenemen van 8,5 procent nu tot dertien procent in 2040, zal het daarbij gaan om forse bedragen. De toekomstige minister van Financiën zal daarom nog meer dan zijn voorgangers elke pakketuitbreiding en elke andere beleidsmaatregel in de zorgsector zorgvuldig willen toetsen op de fiscale consequenties.

### Werkgeversbijdrage

Een achterliggende reden waarom werkgevers voorstander zijn van een volledig nominale premie is dat de werkgeversbijdrage dan onderdeel kan worden van het arbeidsvoorwaardenoverleg. Werkgevers zouden via aantrekkelijke collectieve contracten hun positie op de arbeidsmarkt kunnen versterken. Evenals bij de huidige particuliere ziektekostenverzekeringen zouden werknemers via een gebonden werkgeversbijdrage kunnen worden aangespoord tot deelname aan een collectief contract dat de werkgever met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Dankzij de deelnamegarantie van de meeste werknemers krijgt de werkgever meer marktmacht waardoor hij bij de zorgverzekeraars gunstige contractvoorwaarden kan bedingen.

Een vrij onderhandelbare werkgeversbijdrage is echter inconsistent met de door de SER vereiste inkomenscompensatie. Hoewel het SER-advies zwijgt over de omvang en aard van de werkgeversbijdrage, wordt in een bijlage over de reparatie van de inkomenseffecten als 'werkhypothese' gehanteerd dat werkgevers gemiddeld vijftig procent van de premie van de algemene zorgverzekering aan werknemers vergoeden. Zonder garantie dat werknemers deze gemiddelde bijdrage ook daadwerkelijk ontvangen, kan natuurlijk niet worden voldaan aan de eis dat de negatieve inkomenseffecten voor iedereen op robuuste en duurzame wijze worden gerepareerd. De werkgeversbijdragen zullen immers sterk kunnen variëren, zoals thans het geval is bij de collectieve particuliere ziektekostenverzekeringen<sup>7</sup>. Bij een ruime arbeidsmarkt zullen vooral kleinere bedrijven mogelijk geheel afzien van het betalen van een werkgeversbijdrage. Wanneer de reparatie van de inkomenseffecten wordt gebaseerd op de gemiddelde werkgeversbijdrage, zoals in het SER-advies, zullen bepaalde groepen werknemers er dus fors op achteruitgaan. Een reparatie die gebaseerd is op de feitelijke in plaats van de gemiddelde werkgeversbijdrage is evenmin een alternatief. Niet alleen omdat het onuitvoerbaar is, maar ook omdat het werkgevers perverse prikkels geeft om de bijdrage te verlagen. Dus de voorwaarde dat inkomenseffecten structureel moeten worden gerepareerd is alleen mogelijk als de werkgeversbijdrage wettelijk wordt vastgelegd. Daarmee is voor de werkgevers echter wel het meest aantrekkelijke aspect van een volledig nominale premie verdwenen.

### Slot

Een volledig nominale premie leidt tot minder prijsgevoeligheid bij verzekerden dan een gedeeltelijk nominale premie en vereist bovendien kostbare inkomensreparaties. Uit het oogpunt van marktwerking dient het nominale premiedeel zo laag mogelijk te blijven, omdat de relatieve premieverschillen dan het grootst zijn.

Een belangrijk voordeel van een deels inkomensafhankelijke premie is voorts dat het eenvoudiger is om op termijn ook een deel van de AWBZ-verstrekingen in de algemene zorgverzekering te integreren. Omdat de AWBZ volledig inkomensafhankelijk wordt gefinancierd, zou bij een volledig nominale premie elke overheveling met forse fiscale compensatiemaatregelen gepaard moeten gaan. Niet voor niets laten partijen die voorstander zijn van een volledig nominale premie de AWBZ buiten beschouwing. Zorginhoudelijk is een integratie van de AWBZ en de algemene zorgverzekering echter zeer gewenst, uit hoofde van een betere afstemming tussen ziekenhuiszorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg. Een dergelijke afstemming wordt nu door de financiële schotten tussen beide typen verzekeringen verhinderd.

Niettemin zal het nominale premiedeel waarschijnlijk substantieel hoger moeten zijn dan bij de huidige ziekenfondsverzekering. De reden hiervoor is dat de premieverschillen tussen zorgverzekeraars fors kunnen toenemen door de beoogde veranderingen in het zorgstelsel. Naar verwachting zullen premieverschillen aanzienlijk toenemen wanneer het financieel risico voor zorgverzekeraars wordt vergroot, wanneer zorgverzekeraars meer mogelijkheden krijgen om de doelmatigheid van de zorg te beïnvloeden en wanneer verzekerden een premiekorting kunnen krijgen indien zij kiezen voor preferred provider arrangementen en een eigen risico. Zo zal bij de invoering van een door de SER geopperd maximum vrijwillig eigen risico van f 1000 gulden, de huidige nominale ziekenfondspremie moeten verdrievoudigen om in ruil voor dat eigen risico een reële premiekorting te kunnen bieden. Een hogere nominale premie is dus nodig, maar een volledig nominale premie dient geen enkel doel

---

1 Ministerie van VWS, *Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Tweede Kamer, 27 855 (1-2), Den Haag, 6 juli 2001.

2 Stichting van de Arbeid, *Reactie 'Vraag aan bod'*, Den Haag, 27 juli 2001. (Zorg)verzekeraars diep teleurgesteld over plan-Borst, Welwezen,

3 SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, 15 december 2000.

4 F.T. Schut, [Prijskoncurrentie ziekenfondsen nog niet effectief](#), *ESB*, 23 februari 2001, blz. 172-175.

5 De keuzesituaties zijn voorgelegd aan het CentER-panel, een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. In totaal hebben 1867 personen van 16 jaar en ouder de enquête ingevuld.

6 Het premieverschil van f 200 komt overeen met de gemiddelde bezoekfrequentie aan de huisarts (4,1 consulten per persoon per jaar) maal het particuliere consulttarief (f 46,60).

7 F.T. Schut, *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers*, Stichting FNV Pers, Amsterdam, december 2000.