



## Vouchers voor particuliere ziektekostenverzekeringen

**Auteur(s):**

Ven, W.P.M.M. van de  
Vliet, R.C.J.A. van  
Schut, F.T.  
Barneveld, E.M. van

*De auteurs zijn verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is mede gebaseerd op een onderzoek naar vouchers in opdracht van het ministerie van Economische Zaken: W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, Vouchers op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt; een alternatief voor een door regulering opgelegde bandbreedte, iBMG-rapport, EUR, 1996. De verantwoordelijkheid voor dit artikel berust uiteraard geheel bij de auteurs.*

**Verschenen in:**

ESB, 81e jaargang, nr. 4082, pagina 948, 20 november 1996

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

gezondheidszorg

*Het kabinet-Kok wil meer concurrentie op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen. Een probleem is echter dat de tucht van een concurrerende verzekeringsmarkt leidt tot risico-afhankelijke premies. Anders dan bij autoverzekeringen of brandverzekeringen zijn risico-afhankelijke premies bij ziektekostenverzekeringen maatschappelijk niet aanvaardbaar. Een oplossing is om aan ouderen en chronisch zieken een op naam gestelde voucher te geven, die een bepaalde geldswaarde heeft uitsluitend bij de aankoop van een ziektekostenverzekering.*

**Er waait een frisse wind door de Nederlandse economie. Het kabinet-Kok heeft besloten tot een intensivering van het marktwerkingsbeleid. Een nieuwe mededingingswet wordt ingevoerd en in het kader van het project Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW) worden de mogelijkheden van meer marktwerking onderzocht, onder meer, in de telecommunicatie, het hoger onderwijs, bij taxi's, vrije beroepsbeoefenaren, pensioenen en in de gezondheidszorg<sup>1</sup>.**

Binnen de gezondheidszorg wordt gestreefd naar meer concurrentie tussen zorgaanbieders (tandartsen, fysiotherapeuten, apotheken, artsen, ziekenhuizen) en concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars (moeten gaan) onderhandelen met de zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en dienstverlening en sluiten (selectief) contracten met hen af. Teneinde een prikkel te hebben deze zorginkoopfunctie zo goed mogelijk te vervullen, is het van belang dat er voldoende concurrentie is op de zorgverzekeringsmarkt. Concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars en de mogelijkheid van verzekerden om desgewenst van verzekeraar te veranderen vormen derhalve belangrijke randvoorwaarden voor concurrentie in de gehele zorgsector.

Een fundamenteel probleem is echter dat de tucht van een concurrerende verzekeringsmarkt leidt tot risico-afhankelijke premies. Anders dan bij autoverzekeringen en brandverzekeringen zijn risico-afhankelijke premies bij ziektekostenverzekeringen maatschappelijk niet aanvaardbaar. Een cruciale vraag is derhalve: hoe kunnen wij concurrentie tussen risicodragende verzekeraars combineren met een voor iedereen betaalbare premie?

Dit artikel beoogt hiervoor een werkbare oplossing te bieden. Allereerst zal aannemelijk worden gemaakt dat op de markt van particuliere ziektekostenverzekeringen thans sprake is van onvoldoende concurrentie<sup>2</sup>. Vervolgens wordt een indicatie gegeven van de mate van premiedifferentiatie op een echt concurrerende markt voor ziektekostenverzekeringen. De ogenschijnlijk meest voor de hand liggende manier om de premies op een concurrerende markt binnen een maatschappelijk aanvaardbare bandbreedte te houden, is het door (zelf) regulering opleggen van een maximumpremie en minimumpremie. Betoogd zal worden dat zo'n premiebandbreedte zonder een expliciete vereveningsregeling leidt tot ernstige problemen. Geconcludeerd zal worden dat een vouchersysteem een marktconforme oplossing biedt die het mogelijk maakt concurrentie tussen risicodragende verzekeraars te combineren met een voor iedereen betaalbare premie.

### Onvoldoende concurrentie

Op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen kan een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de risicodragende maatschappijpolissen en anderzijds de voor verzekeraars risicoloze Wtz-polissen op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz). De Wtz heeft betrekking op circa 15 procent van de particulier verzekerden, voornamelijk 65-plussers, met een aandeel van circa 35 procent in de totale schade op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt.

In het *Wtz-segment* bestaat geen enkele prijs- of productconcurrentie. Zowel de polisvoorwaarden als de maximumpremie van de Wtz-polissen worden door de overheid vastgesteld. De maximumpremie, die aan vrijwel alle Wtz-verzekerden wordt gevraagd, bedraagt gemiddeld circa de helft van de door de Wtz-verzekerden veroorzaakte schade plus (administratie)kosten. De verzekeraars dragen geen financieel risico bij de uitvoering van de Wtz omdat vrijwel alle tekorten via een verplichte Wtz-heffing worden omgeslagen over alle particulier verzekerden. Al jarenlang is het kabinetsbeleid gericht op het vergroten van de financiële prikkel voor verzekeraars tot schadebeheersing bij de uitvoering van de Wtz. Tot nu toe zijn alle pogingen vrijwel zonder succes.

In het *niet-Wtz-segment* dragen de verzekeraars volledig het financieel risico. In dit segment bestaat een grote variëteit aan producten en premies, maar de concurrentie beperkt zich voornamelijk tot de jonge, gezonde verzekerden en tot de collectieve contracten. Voor de meeste verzekerden ontbreekt de mogelijkheid van 'stemmen met de voeten'. Individueel verzekerden ouder dan veertig jaar of met een medisch verleden hebben geen reële keuze van verzekeraar. Zij worden of geweigerd, of moeten een forse premietoelag betalen en zijn daardoor als het ware levenslang met hun verzekeraar getrouwd. Zij hebben elke premieverhoging en elke wijziging in de polisvoorwaarden maar te accepteren. Verzekerden die twintig jaar geleden een verzekeraar hebben gekozen, moeten maar afwachten of deze verzekeraar nu nieuwe medische technologieën (bijvoorbeeld in vitro fertilisatie), nieuwe dure geneesmiddelen (bijvoorbeeld immigran en taxol) of nieuwe zorgaanbieders (bijvoorbeeld privé-klinieken) in de polis opneemt. Collectief verzekerden hebben meestal ook geen reële keuze van verzekeraar, omdat zij bij verandering van verzekeraar meestal de door de werkgever verleende tegemoetkoming mislopen. Met name als de verzekeraars de zorginkoopfunctie inhoud geven door selectief contracten te sluiten met bepaalde zorgverleners en niet met anderen, vereist gezonde marktwerking dat individuele verzekerden die ontevreden zijn, een reële mogelijkheid hebben naar een concurrerende verzekeraar over te stappen.

Concluderend is er op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen thans sprake van onvoldoende concurrentie omdat voor de meeste verzekerden een reële mogelijkheid tot 'stemmen met de voeten' ontbreekt. Daarnaast dragen de verzekeraars voor circa eenderde van hun omzet geen financieel risico.

## Equivalentie

Een concurrerende markt met risicodragende verzekeraars en met de mogelijkheid voor de verzekerden om desgewenst jaarlijks van verzekeraar te veranderen (zonder medische selectie of uitsluitingen), leidt op den duur tot premies die zijn gebaseerd op het equivalentiebeginsel. Dit beginsel impliceert dat er voor elke verzekeraar per afzonderlijk (individueel of collectief) verzekeringscontact een zo groot mogelijke gelijkheid bestaat tussen zijn inkomsten en zijn verwachte uitgaven in de contractperiode. De tucht van een concurrerende markt dwingt verzekeraars hiertoe. Zou een verzekeraar bij de premieberekening geen (of onvoldoende) rekening houden met een relevante risicofactor, dan lopen de betreffende 'lage risico'-verzekerden over naar een concurrent die hen een lagere premie in rekening brengt. Bijgevolg moet eerstgenoemde verzekeraar, bij wie alleen de 'hoge risico'-verzekerden achterblijven, de premies verhogen. Zo tendert een concurrerende verzekeringsmarkt naar equivalentie.

Leeftijd en zorggebruik/schade in het verleden blijken de belangrijkste risicofactoren te zijn ter bepaling van een kostendekkende premie voor een individuele ziektekostenverzekering. De gemiddelde schade voor een tachtigjarige is tienmaal zo hoog als voor een twintigjarige (circa 5000 gulden versus 500 gulden). Binnen elke leeftijdsgroep bestaat daarnaast een grote voorspelbare variatie in schade op basis van iemands medisch verleden (zie figuur op de volgende bladzijde).

Ter illustratie van een op equivalentie gebaseerde premiedifferentiatie hebben wij een eenvoudig premiemodel gesimuleerd met de volgende risicofactoren: leeftijd-geslacht, het aantal opname-vrije jaren in de afgelopen vier jaar en het al dan niet behoren tot de top-5% van de schadeverdeling voor elk van de vier achterliggende jaren. De risicopremie per verzekerde varieerde voor de onderscheiden risicoklassen van 200 tot 14.500 gulden per jaar. Voor 14 procent van de mensen was de risicopremie hoger dan 3.000 gulden; en voor 6 procent hoger dan 5.000. Een dergelijke premiedifferentiatie is aanzienlijk groter dan die op de huidige markt van particuliere ziektekostenverzekering. De conclusie lijkt gewettigd dat een op equivalentie gebaseerde premiestructuur voor ziektekostenverzekeringen tot een maatschappelijk niet aanvaardbare premiedifferentiatie leidt.

## Regeerakkoord: meer marktwerking

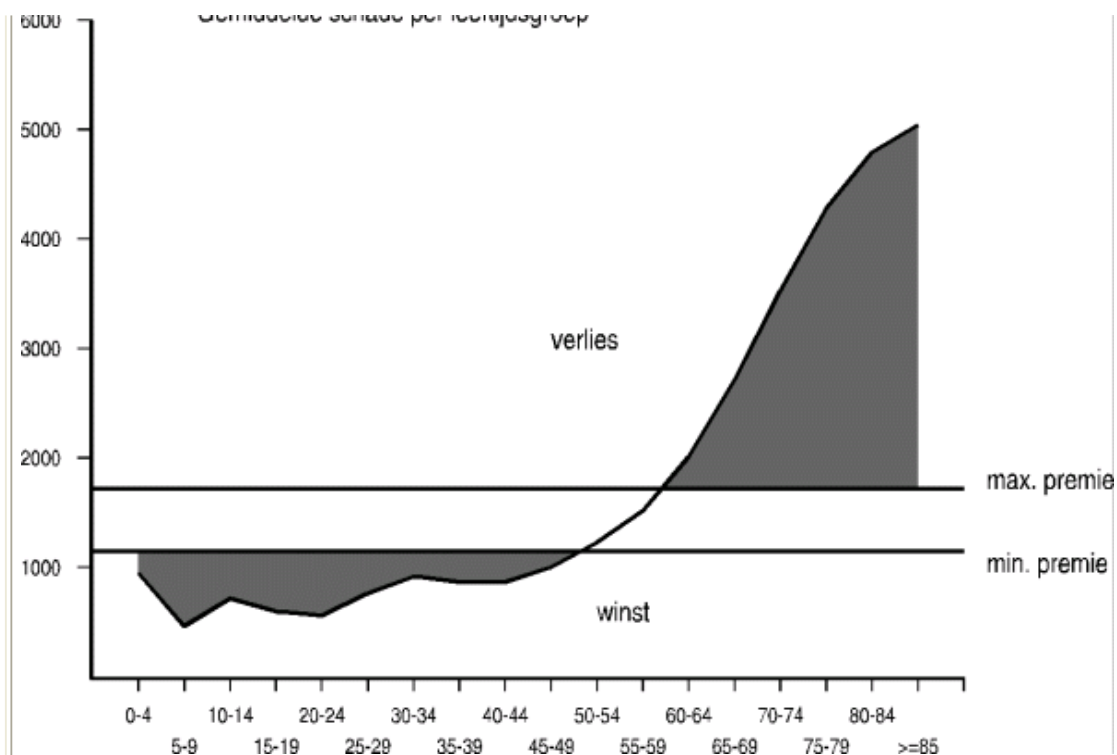
Het kabinet-Kok heeft zich voorgenomen het financieel risico van verzekeraars in de Wtz te vergroten en aan alle particulier verzekerden de mogelijkheid te geven om desgewenst te 'stemmen met de voeten', in combinatie met een voor iedereen betaalbare premie. Tegen deze achtergrond is in het regeerakkoord afgesproken dat "in de particuliere ziektekostenverzekering een acceptatieplicht komt en dat de premieheffing over het nominale gedeelte zich binnen een bepaalde bandbreedte dient te voltrekken, zodat de premie voor jong en oud en voor gezond en ongezond wordt verevend". In de gezondheidszorg zullen dus de verzekerden met een laag risico meer moeten betalen dan de door hen veroorzaakte kosten, en met dit overschot kunnen de kosten van de 'hoge risico'-verzekerden dan betaald worden. De vraag is hoe dit het beste kan worden gerealiseerd.

## Premiebandbreedte en acceptatieplicht

De ogenschijnlijk meest voor de hand liggende manier is het door (zelf)regulering opleggen van een premiebandbreedte. Een premiebandbreedte impliceert een bepaalde minimum- en maximumpremie. De verzekeraars zouden dan aan de 'lage risico'-verzekerden (jong/gezond) vanwege de minimumpremie een meer dan kostendekkende premie moeten vragen, en aan de 'hoge risico'-verzekerden (oud/ongezond), vanwege de maximumpremie, een premie onder de kostprijs. Idealiter zouden dan voor elke verzekeraar de voorspelbare verliezen op zijn 'hoge risico'-verzekerden gecompenseerd worden door de voorspelbare winsten op zijn 'lage risico'-verzekerden. Aldus vindt de gewenste verevening plaats binnen de verzekerdenportefeuille van elke verzekeraar.

Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de portefeuilles van verzekeraars qua risico een vergelijkbare samenstelling hebben. Aan deze voorwaarde is echter geenszins voldaan. Zo varieert bijvoorbeeld het aantal personen van 65 jaar of ouder als percentage van het totaal aantal verzekerden per verzekeraar van 2 tot 16 procent (medio 1995)<sup>3</sup>.

In een eerdere studie hebben wij de consequenties geanalyseerd van diverse vormen van een premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt<sup>4</sup>. De conclusie luidde dat zonder een expliciete vereveningsregeling - voor de voorspelbare verliezen - problemen ontstaan ten aanzien van de toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg voor hoge-risico verzekerden en/of solvabiliteit van (bepaalde) verzekeraars. Deze problemen zijn het gevolg van een 'knellende' premiebandbreedte, dat wil zeggen een bandbreedte die tot voorspelbare verliezen en winsten voor bepaalde groepen verzekerden leidt. Bovenstaande [figuur 1](#) geeft een illustratie van hoe knellend een premiebandbreedte is in het geval dat de maximumpremie bij voorbeeld 150 procent van de minimumpremie bedraagt.



Figuur 1. Premies en ziektekosten

Op een vrije markt voor ziektekostenverzekeringen zal iedereen een premie betalen die de te verwachten ziektekosten dekt. De figuur geeft een indicatie van de differentiatie van de risicopremie (dat is de component van de premie ter dekking van de verwachte schade) naar leeftijd. Jongeren betalen dan weinig, en ouderen veel. Indien de overheid een minimum- en een maximumpremie vaststelt, dan moeten verzekeraars de voorspelbare winst op de jongeren gebruiken om het verlies op de ouderen te compenseren. Verzekeraars zullen dan geneigd zijn geen ouderen meer te accepteren: concurrentie pakt zo slecht uit voor de keuzevrijheid van de oudere verzekerde.

Een van de problemen als gevolg van een knellende premiebandbreedte is dat de concurrentie tussen de verzekeraars zich vooral zal richten op de winstgevendende 'lage risico'-verzekerden en in veel geringe mate op de verliesgevendende 'hoge risico'-verzekerden (de grootgebruikers van zorg). Dit kan zich uiten in pakketsamenstelling, dienstverlening, zorginkoop en het niet inspelen op de preferenties van de 'hoge risico'-verzekerden. Welke financiële prikkel bestaat er voor verzekeraars om de beste zorg-op-maat in te kopen voor chronisch zieken en bejaarden? De verzekeraar die dit doet, wordt overspoeld met voorspelbaar-verliesgevendende verzekerden. Chronisch zieken en bejaarden zijn dan vanuit financieel oogpunt gezien bij elke verzekeraar ongewenste klanten. Het moge duidelijk zijn dat van een knellende premiebandbreedte financiële prikkels uitgaan die op lange termijn tot tegenstelde effecten leiden dan van gezonde marktwerking mag worden verwacht.

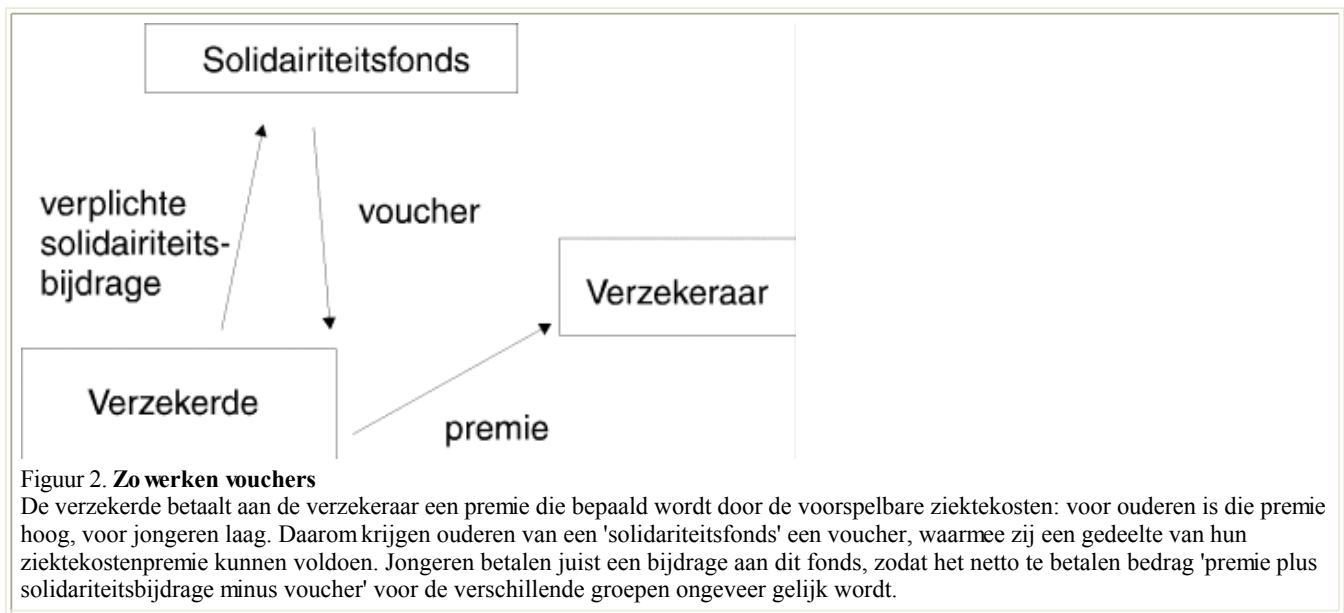
Een premiebandbreedte kan zowel door overheidsregulering als zelfregulering worden opgelegd. Al ruim tien jaar doen de particuliere verzekeraars vergeefse pogingen op basis van zelfregulering te komen tot een premiebandbreedte. Het laatste voorstel, van voorjaar 1995, beoogt grenzen te stellen aan de premieverschillen tussen oud en jong <sup>5</sup>. Het komt er op neer dat bij leeftijd-gerelateerde polissen de premie voor de hoogste leeftijdsgroep niet meer bedraagt dan 150 procent van de premie voor de laagste leeftijdsgroep. "Met deze bandbreedteregeling zijn de verzekeraars", aldus het Jaarverslag 1995 van Zorgverzekeraars Nederland, "bij de prolongatie van de polissen in 1996 reeds aan de slag gegaan". Op basis van een marktonderzoek kan evenwel worden geconcludeerd dat geen van de 33 bij dit onderzoek betrokken verzekeraars zich in 1996 aan de voorgestelde bandbreedteregeling houdt <sup>6</sup>.

Concluderend kunnen wij stellen dat het door (zelf)regulering opleggen van een premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende markt voor ziektekostenverzekeringen zonder een expliciete vereveningsregeling voor voorspelbare verliezen tot ernstige problemen leidt. De reden is dat een knellende premiebandbreedte en acceptatieplicht op gespannen voet staan met het equivalentiebeginsel. Gegeven deze conclusie en gegeven de in de vorige paragraaf geschetste mate van premiedifferentiatie op een echt concurrerende verzekeringsmarkt, zal het geen verwondering wekken dat alle pogingen om op basis van (zelf)regulering te komen tot een premiebandbreedte, ondanks alle goede bedoelingen, zijn mislukt.

## Vouchers

Het door zelf(regulering) opleggen van een premiebandbreedte kan beschouwd worden als een poging om op impliciete wijze de premie voor jong en oud en voor gezond en ongezond te verevenen. Wij zullen ons nu verder concentreren op expliciete vereveningsmethoden. In het bijzonder zullen wij ons bezighouden met een systeem van vouchers voor ziektekostenverzekeringen <sup>7</sup>. Bij een vouchersysteem zijn de 'lage risico's' verplicht een bijdrage te betalen aan een solidariteitsfonds. Vanuit het dit fonds ontvangen 'hoge risico'-verzekerden een op naam gestelde voucher (zie figuur), die zij kunnen verzilveren bij aankoop van een basispolis.

Bij een vouchersysteem (figuur 2) gaan wij er van uit dat verzekeraars in beginsel volledig vrij zijn om voor elke risicogroep van verzekerden een kostendekkende, marktconforme premie vast te stellen. Voorts zijn verzekeraars volledig vrij om, naast diverse varianten van een basispolis, elke denkbare ziektekostenpolis met bijpassende premiestelling aan te bieden. Het equivalentiebeginsel van een concurrerende verzekeringsmarkt wordt dus volledig gerespecteerd. De door de verzekeraar gevraagde marktconforme premie voor een basispolis wordt deels met geld en deels met de voucher betaald. De verzekeraar wisselt de voucher in voor geld bij het solidariteitsfonds.



De waarde van de voucher kan afhangen van de leeftijd van de verzekerde en van andere risicofactoren die de verzekeraars hanteren bij een vrije premievaststelling (bijvoorbeeld zorggebruik in het verleden). De waarde van de voucher is onafhankelijk van de door de verzekerde gekozen verzekeraar en onafhankelijk van de betaalde premie. Als gevolg van het expliciet verevenen van de kosten van jong en oud én van gezond en ongezond, ontstaat een bandbreedte ten aanzien van de 'premie plus solidariteitsbijdrage minus voucher' die kleiner is dan de bandbreedte van marktconforme premies. Hoe beter de voucherwaarden zijn afgestemd op de risico's, des te kleiner is de resulterende bandbreedte.

Een goed functionerend vouchersysteem kan derhalve worden beschouwd als een alternatief voor het door (zelf)regulering opleggen van een premiebandbreedte. Voorts neemt bij een vouchermodel de relevantie van (de precieze vormgeving van) een acceptatieplicht voor verzekeraars af. Immers, waarom zou een verzekeraar iemand willen weigeren als hij volledig vrij is in de premiestelling?

#### *De hoogte van de premieverschillen*

Ter illustratie van de werking van een vouchermodel hebben wij op basis van gegevens van een grote particuliere ziektekostenverzekeraar enkele kwantitatieve simulaties uitgevoerd. Hierbij zijn wij uitgegaan van het bovenbeschreven premiemodel met de risicofactoren leeftijd-geslacht, ziekenhuisgebruik in het verleden en schade in het verleden. Gekeken is naar vouchers die afhangen van één, twee respectievelijk drie van deze risicofactoren. Omwille van de eenvoud zijn bij de berekening van premies en vouchers de premie-toeslagen in verband met administratiekosten, distributiekosten, reservevorming en winst buiten beschouwing gelaten.

Zonder vouchers varieert de risicopremie per persoon van 200 tot 14.500 gulden per jaar. De gemiddelde risicopremie bedraagt 1.500 gulden per jaar. Naarmate de vouchers van meer risicofactoren afhangen, neemt de bandbreedte voor de premie die verzekerden moeten betalen, dat is 'premie plus solidariteitsbijdrage minus voucher', af. Vouchers die uitsluitend afhangen van leeftijd-geslacht, reduceren de bandbreedte van 14.300 tot 11.600 gulden. Dat is nog steeds aanzienlijk.

Rekening houden met het aantal opnamevrije jaren blijkt de verschillen in de te betalen premies flink terug te dringen, tot circa 5.400 gulden. In dat geval betaalt 2% van de verzekerden een 'premie plus solidariteitsbijdrage minus voucher' van meer dan 4.000 gulden, doch maximaal circa 6.700 gulden.

Verzekeraars kijken bij het vaststellen van hun premies echter naar veel meer risicofactoren. Indien de vouchers van dezelfde risicofactoren afhangen als de premie, is de bandbreedte per verzekeraar voor 'premie plus solidariteitsbijdrage minus voucher' gereduceerd tot 0 gulden. Iedereen bij eenzelfde verzekeraar betaalt dan uiteindelijk een gelijk bedrag (gemiddeld 1.500 gulden).

Bij de door ons gehanteerde methode ter berekening van de vouchers en solidariteitsbijdragen ontvangt circa eenderde van de verzekerden een voucher. De overigen betalen een verplichte solidariteitsbijdrage.

De laatstgenoemde situatie, waarbij de waarde van de vouchers zodanig wordt vastgesteld dat iedereen een per saldo gelijk bedrag betaalt, lijkt in de praktijk niet haalbaar. Immers, ten behoeve van de praktische bruikbaarheid moet een vouchermodel voldoen aan de voorwaarden van validiteit, betrouwbaarheid, uitvoerbaarheid en transparantie, en geen kostenopdrijvende prikkels. Dat stelt beperkingen aan het aantal risicofactoren, waarmee rekening gehouden kan worden<sup>8</sup>. Er zullen dus altijd premieverschillen overblijven.

Daarbij is het wel van belang het vouchersysteem als een dynamisch proces te beschouwen, en niet als een statisch gegeven. Zodra verzekeraars een nieuwe risicofactor introduceren waarvoor de vouchers (nog) niet compenseren, kan het vouchersysteem worden aangepast. Van verzekeraars mag daarbij de nodige prudentie en coöperatie worden verwacht, immers, ook zij hebben belang bij een goed functionerend vouchermodel. Immers, een al te grote bandbreedte, zo leert de ervaring, leidt tot maatschappelijke kritiek en dreigende overheidsregulering.

Ten slotte: een vouchermodel hoeft niet perfect te zijn, dat wil zeggen de bandbreedte per verzekeraar hoeft niet exact gelijk aan nul gulden te zijn. Ook op dit moment zijn de premies per verzekeraar niet voor iedereen gelijk.

#### *Overschade-vergoeding*

Indien het (tijdelijk nog) niet mogelijk mocht zijn de voucher-risicogroepen in voldoende mate te laten overeenkomen met de door de verzekeraars bij de premiestelling gehanteerde risicogroepen, kan de bandbreedte worden verkleind door toepassing van overschadevergoeding. Hierbij krijgen de verzekeraars voor elke verzekerde achteraf een kostenvergoeding voor zover de kosten van een verzekerde in enig jaar boven een drempelbedrag uitkomen.

## Invoering van vouchers

Wij komen tot de conclusie dat het aanbeveling verdient een vouchersysteem voor particuliere ziektekostenverzekeringen in te voeren. Hiermee kan worden bereikt dat de concurrerende verzekeraars risicodragend kunnen zijn en dat de verzekerden de mogelijkheid hebben om te 'stemmen met de voeten', met een voor iedereen betaalbare premie.

### *De wijze van invoering*

Een geleidelijke invoering van vouchers op de particuliere markt zou als volgt kunnen plaatsvinden. Gestart zou kunnen worden met vouchers in het Wtz-segment. De huidige Wtz-heffingen kunnen worden beschouwd als solidariteitsbijdragen. De huidige Wtz-omslagregeling kan worden vervangen door vouchers, eventueel aangevuld met een overschadevergoeding. Op termijn kan het vouchersysteem geleidelijk worden uitgebreid naar de gehele particuliere markt. Een dergelijke operatie zal, gezien de risico-samenstelling van het Wtz-segment en het niet-Wtz-segment, naar verwachting geen drastische uitbreiding van het aantal vouchergerechtigden tot gevolg hebben.

### *Reservevorming*

Reeds vanaf 1990 wordt geprobeerd meer risicodragende elementen in de Wtz in te voeren. Een groot probleem bij dit streven vormde de noodzaak tot het vormen van aanzienlijke solvabiliteitsreserves en verouderingsvoorzieningen. Door invoering van een vouchersysteem kan de verplichte solvabiliteitsreserve op grond van de EU-regelgeving (Eerste Richtlijn Schadeverzekeringsbedrijf) met tweederde worden verlaagd van 24 tot 8 procent van de gemiddelde betaalde jaarschade over de laatste drie boekjaren. Wanneer het vouchersysteem in de gehele particuliere verzekeringsmarkt zou worden ingevoerd zouden per saldo zelfs enige honderden miljoenen minder solvabiliteitsreserves nodig zijn dan thans vereist zijn.

Bovendien is bij invoering van een vouchersysteem de vorming van een verouderingsvoorziening niet nodig. Bijkomend voordeel is dat de invoering van een vouchersysteem niet leidt tot verstoring van de onderlinge concurrentieverhoudingen. Door de scheve portefeuille-opbouw van de verschillende particuliere verzekeraars zou in afwezigheid van een vouchersysteem de ene verzekeraar een veel grotere verouderingsvoorziening moeten opbouwen dan de andere. Dientengevolge zouden sommige verzekeraars een veel hogere premie-opslag in rekening moeten brengen dan anderen waardoor zij, net als sommige verzekeraars in de jaren tachtig, in een fatale verouderingsspiraal terecht zouden komen.

### *Bonus-malusladder*

Ten slotte verdient het aanbeveling nader onderzoek te doen naar de administratieve uitvoeringsaspecten en naar verzekeringstechnische aspecten van een vouchersysteem. Wat dit laatste betreft verdient het aanbeveling op een voldoende groot cohortgegevensbestand zo reëel mogelijke simulaties uit te voeren van de interactie tussen premie- en vouchermodellen die zijn gebaseerd op de risicofactoren waarvan verwacht wordt dat verzekeraars deze zullen gaan hanteren. In het bijzonder denken wij hierbij, naar analogie van de autoverzekeringen, aan de ontwikkeling van een bonus-malusladder voor ziektekostenverzekeringen. Schade in het verleden blijkt bij zowel autoverzekeringen als ziektekostenverzekeringen de krachtigste voorspeller van iemands toekomstige schade te zijn. Voorts leert de ervaring bij de autoverzekering dat het in de praktijk mogelijk is een werkbaar systeem te ontwikkelen om informatie omtrent de trede van de bonus-malusladder waarop de verzekerde zich bevindt, onderling tussen verzekeraars uit te wisselen (de royementsverklaring).

Zie ook:

- » B.M.S. van Praag, [Marktwerking in de zorg is een inkomenspolitiek probleem](#), *ESB*, 20 november 1996, blz. 953;
- » W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut, E.M. van Barneveld, [Vouchers maken kruissubsidies expliciet](#), *ESB*, 8 januari 1997, blz. 32 en
- » B.M.S. van Praag, [Naschrift](#), *ESB*, 8 januari 1997, blz. 33

---

1 *Jaarverslag Mededinging 1995-1996*, Ministerie van Economische Zaken, 17 september 1996; N van Hulst, [De baten van het marktwerkingsbeleid](#), *ESB*, 10 april 1996, blz. 316-320.

2 De ziekenfondsmarkt blijft in dit artikel buiten beschouwing.

3 W.P.M.M. van de Ven, E.M. van Barneveld, F.T. Schut en R.C.J.A. van Vliet, *Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt*, iBMG-rapport, EUR, 1995, figuur 8.1.

4 idem.

5 *Zorgverzekeraars Nederland, Jaarverslag 1995*, blz 10.

6 W.P.M.M. van de Ven e.a., op.cit. 1996, blz. 83-85.

7 Voor een 'voucher-model avant la lettre', zie G.W. de Wit, Rate making and society's sense of fairness, *Astin Bulletin*, nr. 14, 1984, blz. 151-163.

8 Overigens zullen verzekeraars niet de theoretisch maximale premiedifferentiatie toepassen, bijvoorbeeld omdat dan een premiesysteem ontstaat dat voor klanten of de administratie te ingewikkeld is. Zie ook G.W. de Wit, De prijsvorming van verzekeringen, in: J.H. von Eije et al. (red.) *Economie van het verzekeringsbedrijf* Kluwer, Deventer, 1987 blz. 43-55; G.W. de Wit, Marktorde in het schadeverzekeringsbedrijf, *Het VerzekeringsArchief* nr. 61, 1984, blz. 137-142.