

Normuitkeringen en risicoselectie

In een recent artikel in *ESB* zijn Van Duuren, Posthuma en Ruygt (DPR)¹ ingegaan op de functie van het normuitkeringstelsel in het toekomstige stelsel van ziektekostenverzekeringen. In dit nieuwe stelsel zullen concurrerende zorgverzekeraars per ingeschreven verzekerde een premie vervangende normuitkering ontvangen uit de Centrale Kas. Terecht stellen DPR dat de eerste voorwaarde die aan een normuitkering moet worden gesteld, is dat deze zoveel mogelijk aansluit op het profiel van de gezondheidsrisico's van de verzekerde. Evidente risicofactoren moeten derhalve tot uitdrukking worden gebracht in de berekening van de normuitkering. Het moet niet mogelijk zijn binnen een risicogroep nog subgroepen te onderscheiden met verschillende schadeverwachting. Zou dit namelijk wel het geval zijn, dan zet men de deur wagenwijd open voor allerlei vormen van maatschappelijk improductieve en wellicht zelfs schadelijke risicoselectie door de zorgverzekeraar². De cruciale vraag is dan ook: hoe verfijnd moet het normuitkeringstelsel zijn om risicoselectie niet profijtelijk te laten zijn?

Bij het beantwoorden van deze vraag komen DPR ons inziens tot een onjuiste conclusie. Zij stellen dat "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 met name gaat om de risicofactoren: leeftijd, geslacht en regio. Dit zou pleiten voor een verdeelstelsel met weinig parameters: een robuust stelsel". Onduidelijk is echter op welke praktijkervaring de conclusie is gebaseerd, dat een verdeelstelsel met weinig parameters, te weten leeftijd, geslacht en regio, voldoende verfijnd zou zijn om risicoselectie niet profijtelijk te laten zijn.

Allereerst leert de ervaring dat op de markt voor particuliere ziektekostenverzekering wel degelijk risicoselectie plaats vindt. Gewezen kan worden op bij voorbeeld het faillissement van de vrijwillige ziekenfondsverzekering in het midden van de jaren tachtig als gevolg van een langdurig selectieproces. Eenieder die geen vreemde is in Jeruzalem, zal erkennen dat risicose-

lectie thans een essentieel onderdeel vormt van de bedrijfsvoering van particuliere ziektekostenverzekeraars³. De praktijkervaring waar DPR zich op beroepen, kan genoemde conclusie derhalve niet onderbouwen.

Ten tweede blijkt de premie voor particuliere ziektekostenverzekering in werkelijkheid van meer risicofactoren af te hangen dan alleen leeftijd, geslacht en regio. Afhankelijk van het aanwezig zijn van bepaalde ziektebeelden of van anderszins te verwachten ziektekosten op het moment van het aangaan van de verzekering kan een hogere premie worden gevraagd of kunnen de betreffende ziektekosten worden uitgesloten van vergoeding. Bij collectieve verzekeringen bestaat veelal een direct verband tussen de gemiddelde premie en de gemiddelde ziektekosten in het verleden of de door de verzekeraar voorspelde gemiddelde ziektekosten van de betreffende groep verzekerden. Voorts is de premie ook afhankelijk van het al dan niet kiezen van een eigen risico, van het al dan niet meeverzekeren van huisartshulp en medicijnen, van het al dan niet kiezen van een 2e-klasverzekering⁴ en van de ziektekosten in het verleden. Dit laatste is het geval bij een zogenaamde no-claimpolis, waarbij de premiekorting toeneemt naarmate het aantal 'schadevrije' jaren toeneemt.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de risicofactoren leeftijd, geslacht en regio slechts een kleine fractie voorstellen van de maximaal voorspelbare variantie in individuele ziektekosten⁵. De oorzaak hiervan is dat niet expliciet rekening wordt gehouden met verschillen in individuele gezondheidstoestand per leeftijd/geslachtsgroep. Bij een normuitkeringstelsel dat uitsluitend gebaseerd is op de risicofactoren leeftijd, geslacht en regio zijn derhalve de meest significante risicofactoren buiten beschouwing gelaten. Een dergelijk normuitkeringsysteem laat volop ruimte voor allerlei vormen van profijtelijke risicoselectie⁶. Onze conclusie is dan ook dat een robuust normuitkeringstelsel meer risicofactoren dient te bevatten dan de *weinig* parameters, te weten leeftijd, geslacht en regio, waar DPR voor pleiten. De vele resultaten van buitenlands onderzoek op dit terrein zijn veelbelovend en zouden rich-

tinggevend moeten zijn voor het nodige verdere onderzoek hiernaar in Nederland.

W.P.M.M. van de Ven

Bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Naschrift

Bij particuliere verzekeraars blijken de huidige verzekeringen voor ziektekosten uitstekend getarifeerd te kunnen worden door op het individuele niveau in aanmerking te nemen de verschillen naar leeftijd, geslacht en regio. Uiteraard is het daarbij ook van belang rekening te houden met verschillen in dekking. Polissen met een hoog eigen risico geven bij voorbeeld een lager te vergoeden schadebedrag dan polissen zonder eigen risico. Doch binnen iedere productsoort is voor de tarifiering een onderscheid naar de hier genoemde tariefactoren effectief. Vrijwel iedere verzekeraar tarifeert aldus zijn collectiviteiten. En het is zelfs zo dat in de praktijk de tarieven van een bestaande collectiviteit nauwelijks (op grond van schade-ervaring) behoeven te worden bijgesteld, indien de contracten maar volgens deze juiste grondslagen hun

1. R. van Duuren, B.H. Posthuma en F.A.M. Ruygt, *Marktwerking, normuitkeringen en risicoselectie*, *ESB*, 13 december 1989, blz. 1232-1235.

2. W.P.M.M. van de Ven, *Risicoselectie en zorgverzekering*, *ESB*, 17 mei 1989, blz. 477-481.

3. Eén van de auteurs, drs. B.H. Posthuma, heeft op de ASTIN-dag van 8 november 1989 gesteld dat risicoselectie niet alleen nodig zou zijn, maar ook toegejuicht zou moeten worden omdat het de "motor van de vernieuwing" zou zijn. Zie hiervoor: *VVP Magazine*, nr. 47, 22 november 1989, blz. 19.

4. Indien de verzekeraar streeft naar een zoveel mogelijk kostendekkende premie per afzonderlijke polisvorm (hetgeen vanuit het oogpunt van een gezonde bedrijfsvoering is aan te bevelen) en indien het kiezen voor het meeverzekeren van huisartshulp, het kiezen voor een 2e-klasverzekering of het niet kiezen van een eigen risico aan de voet blijkt samen te gaan met een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand (hetgeen aannemelijk is) zal het premiedeel voor gelijke verzekeringsaanspraken (gedeeltelijk) afhangen van de gemiddelde gezondheidstoestand van degenen die de betreffende polisvorm hebben gekozen.

5. Zie bij voorbeeld W.P.M.M. van de Ven en H.J.M.I. Kemna, *Ziekfondsbudgettering: een eerste verkenning*, BMG-rapport 88.01, EUR, oktober 1989.

6. R.C.J.A. van Vliet, *Kwantificering van risicoselectie in een globaal normuitkeringsstelsel: een micro-simulatie studie*, Nederlands Economisch Instituut, september 1989.

prijs hebben verkregen¹. Deze praktijkervaring werd ook weer eens bevestigd toen wij met het KISG, het statistiekbureau van de particuliere ziektekostenverzekeraars, ten behoeve van het onderzoek naar de haalbaarheid van normuitkeringen, schattingen voor de gehele markt maakten. Leeftijd, geslacht en regio blijken, gegeven de dekkingvorm, voldoende significante factoren met een goede kwaliteit van voorspelling². Vandaar de conclusie dat een verdeelstelsel met weinig parameters mogelijk zou moeten zijn. Wij stelden overigens in ons artikel wel dat een significant verschil in sociaal-economische klasse zonnig mede in aanmerking moet worden genomen. Ook nuanceerden we ons standpunt voor de 'niet-stochastische' schade. Dat door verzekeraars hierop geen anti-selectie moet plaatsvinden behoeft geen betoog.

Van de Ven wijst op de risicoselectie vanuit de particuliere markt, die er toe leidde dat er voor het vrijwillige ziekenfonds geen plaats meer was. Je zou ook kunnen stellen dat, naast een markt, waar prijsvorming tendeeft naar een prijsstelling op risicobasis, een sociale ziektekostenverzekering, waar belangrijke ex-ante overdrachten plaatsvinden, niet goed kan bestaan. Iedereen die subsidie moet betalen vlucht immers naar de marktsector, waar ze goedkoper terecht kunnen. Particuliere verzekeraars kunnen op markten feitelijk alleen maar rekening houden met risicosolidariteit. Risicoselectie op markten, het verleiden van verzekerden tot zelfselectie, moet dan ook worden gezien als een marktgedrag dat probeert de risicostructuren te verfijnen. Als zodanig is het te beschouwen als de motoriek van vernieuwing³. Op open markten zijn duurzame ex-ante overdrachten uitgesloten.

Dit voert ons tot het volgende. In de discussies over een nieuw ziektekostenstelsel zijn vooral de voorgestane ex-ante overdrachten onderbelicht gebleven. Normuitkeringen, zo constateerden wij, zijn nodig om de subsidiërende solidariteit uniform te institueren. Maar het blijft een gewrochte redenering dat, enerzijds, de normuitkeringen voor de basisverzekering individueel bepaalbaar moeten zijn en dat, anderzijds, deze 'individueel toerekenbare' basisverzekering gefinancierd moet worden met inkomensafhankelijke heffingen. Als een deel individueel toerekenbaar is, waarom dat deel dan niet juist volledig overlaten aan de markt? Zo vanzelfsprekend vinden wij het bepaald niet, om juist de individueel toerekenbare delen in een basisverzekering te standaardiseren en te financieren met behulp van heffingsbijdragen naar inkomen. Inkomensherverdeling is ook op een andere manier te bereiken.

Tot slot nog een opmerking. Ziektekosten en verzekeringen hebben van oudsher sociale elementen met zich meegebracht. Dat is dan ook vaak een verklaring voor allerlei anomalieën die we momenteel in deze sector zien. In de particuliere sfeer is bij voorbeeld in de individuele premiestelling te lang geen rekening gehouden met de verzwaren van het risico bij het ouder worden. De majeure poolingsregeling voor 65+-verzekerden kan als een gevolg hiervan worden gezien⁴. De grens tussen wat collectief en wat individueel verzekerd kan worden in de gezondheidszorg is nooit scherp te trekken (en o.a. afhankelijk van de aard van het dekkingstelsel: kapitaal versus omslag). Dit toont zich het scherpst in de vergelijking tussen ziekenfonds en particulier verzekerde. Voor een belangrijk deel vergoeden ze dezelfde gezondheidszorg, bij de één geschiedt de financiering door middel van inkomensafhankelijke heffingen, bij de ander door premies die afhangen van de aard van het risico, dekking en andere polisvoorwaarden. Wat in het verleden als collectief werd ervaren, kan hedentendage gemakkelijk in private markten worden geïndividualiseerd. De discussie over de aard van de gezondheidszorg en met name over het hierbij behorende verzekeringsstelsel zou vooraf moeten gaan aan elke herstructurering.

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

1. De aanvangsprijs kan gemakkelijk te laag zijn. Dat heeft in markten te maken met macht. De verzekeraar die fouten maakt bij de tarifiering wordt onverbiddelijk gestraft omdat de markt van collectieve contracten, ook dank zij de agency-gelaagdheid (vaak wordt hier gebruik gemaakt van professionele verzekeringsstussenpersonen), nogal prijsgevoelig is.

2. Naar een verdeelsleutel voor de Centrale Kas (verslag van 'een vooronderzoek'), Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, september 1989.

3. Verzekeraars hebben minder informatie over risico's dan de verzekerde zelf. Ze zullen dus moeten trachten de verzekerden over te halen tot processen van zelfselectie/risicoselectie. Onder tamelijk algemene voorwaarden zijn op dergelijke markten toch evenwichten mogelijk. Zie bij voorbeeld: M. Rothschild en J. Stiglitz, Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics*, jg. 90, 1976, blz. 629-650.

4. H.H.W. Hogerzeil wijst in diverse publicaties op het verschijnsel dat de gezondheidszorg heel lang van het paradigma van de equiprobabele aandoening is uitgegaan: iedereen heeft een gelijke kans op een gezondheidsstoornis. (Voor infectieve ziekten geldt dit wel in het bijzonder.) Dit paradigma is wellicht een verklaringsgrond voor een niet naar leeftijd gedifferentieerde premiestelling.