

# Kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering

H.S. van der Knoop\*

**B***ij financiering van de ziektekostenverzekering met kapitaaldekking moeten de verzekerden ook voor hun toekomstige ziektekosten geld opzij leggen. Invoering lijkt daarom te stranden op de onvermijdelijke grote lastenstijgingen ten opzichte van omslagstelsels. Als gevolg van het Ricardiaanse Equivalentieprincipe echter zouden die grote premiestijging in hun uitwerking op de verzekerden wel eens erg mee kunnen vallen. Kapitaaldekking lijkt daarom, wat betreft de premielasten, een realistisch alternatief voor de financiering van de ziektekostenverzekering.*

De gezondheidszorg is een sector die een onuitputtelijke bron van inspiratie lijkt te zijn voor het verzin-  
nen van steeds nieuwe organisatievormen en ord-  
ningsprincipes. Velen hebben zich dan ook aan die  
bron gelaafd, zodat de hervormingsvoorstellen niet  
van de lucht zijn<sup>1</sup>. In dit artikel stel ik de vraag aan  
de orde of kapitaaldekking een realistisch alternatief  
is om de kosten van de gezondheidszorg voor parti-  
culier verzekerden te dekken. Dit tegen de achter-  
grond van het idee om de financiering van de ge-  
zondheidszorg te regelen via een zogenaamde  
centrale kas en inkomensafhankelijke premies.

## Ziektekostenverzekering

Iedereen is wel eens ziek. Vaak vallen de kosten daar-  
van mee. Soms, bij ziekenhuisopname bij voorbeeld,  
lopen de kosten tot grote hoogte op. Waar zulke risi-  
co's niet voor het individu, maar wèl voor groepen  
van mensen te voorspellen zijn, is verzekering gebo-  
den, en ook mogelijk. Mensen met een inkomen be-  
neden de zogenaamde loongrens, f 58.100 per jaar  
in 1994, zijn verplicht verzekerd bij een ziekenfonds.  
Met een inkomen boven deze grens kan men zich te-  
gen ziektekosten verzekeren bij één van de 56 (in  
1993) particuliere ziektekostenverzekeraars. Zo'n 5,5  
mln mensen doen dit. Zij betalen jaarlijks ruim f 8  
mrd aan premies. Deze premies worden geheven vol-  
gens het omslagstelsel. Tot vijftien à twintig jaar gele-  
den betaalde iedere cliënt van een verzekeraar hier-  
bij een doorsneepremie die niet erg varieerde met de  
leeftijd. Leeftijd is evenwel een bijzonder belangrijke  
determinant van de ziektekosten: voor de gemiddel-  
de 70 tot 75-jarige liggen de ziektekosten ruim vijf  
maal hoger dan voor de gemiddelde 25 tot 30-jarige<sup>2</sup>.  
De leeftijdssamenstelling van het verzekerdenbe-  
stand is daarom van grote invloed op de schade waar-  
mee een verzekeraar wordt geconfronteerd. En daar-  
mee op de doorsneepremie. Bij een 'vergrijsde'

verzekeraar is deze hoog, die van een 'jonge' verze-  
keraar kan laag zijn.

## Verouderingsspiraal

De zojuist beschreven samenhang bewerkstelligt dat  
de doorsneepremie niet verschilt tussen verzekeraars  
zolang de leeftijdsverdeling dat evenmin doet. Het  
omgekeerde geldt ook: zolang doorsneepremies ge-  
lijk zijn, verspreiden de (jonge) verzekerden zich on-  
afhankelijk van de leeftijdsamenstelling over de ver-  
zekeraars en houden zodoende de gelijkheid in  
stand die er tussen de leeftijdsverdelingen van de ver-  
zekeraars bestaat. Het aldus teweeg gebrachte even-  
wicht is evenwel instabiel: de 'verouderingsspiraal'  
kan het systeem blijvend verstoren. Wordt een verze-  
keraar stelselmatig gemeden door nieuwe, jonge ver-  
zekerden dan veroudert diens verzekerdenbestand  
en verjongt het bestand van andere verzekeraars.  
Voor de verouderende maatschappij stijgen de kos-  
ten en oefenen een opwaartse druk uit op de door-  
sneepremie die bijgevolg wegloopt van de doorsnee-  
premies van andere maatschappijen. De laatste  
krijgen door toegenomen verjonging van het verze-  
kerdenbestand steeds meer ruimte voor premieverla-  
ging. In een zichzelf versterkend proces blijven de  
jongere verzekerden nu helemaal weg bij de veroude-  
rende verzekeraar. In het uiterste geval kan de verou-

\* De auteur is werkzaam bij het Ministerie van Financiën te Den Haag. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven. De auteur dankt Winnie Koudijzer en Corry Onderwater voor de secretariële ondersteuning en Willem Dorst voor diens commentaar op een eerdere versie.

1. Zie voor een recent overzicht *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*, OESO, 1992 en *The reform of health care systems, a review of seventeen OECD countries*, OESO, 1994.

2. Bron: Stichting KLOZ Informatiesysteem Gezondheidszorg (KISG), 1985.

deringsspiraal de verzekeraar tot insolventie brengen. Dat zo'n proces zich kan voordoen is kenmerkend voor het omslagstelsel, en vormt een belangrijk element van het pleidooi van Bekkering om de WAO met rentedekking te financieren<sup>3</sup>.

Begin jaren zeventig hebben zowel de officiële toezichthouder op de verzekeringsmaatschappijen, de Verzekeringskamer, als de verzekeraars zelf zich de gevaren gerealiseerd van de verouderingsspiraal, dit tegen de achtergrond van de te verwachten vergrijzing van de bevolking in zijn geheel. Vanaf 1971 schreef de Verzekeringskamer aan individuele verzekeraars de opbouw van de zogenaamde vergrijzingsreserve voor. Zoals te verwachten was zochten de individuele verzekeraars het antwoord in risicoselectie<sup>4</sup>. Door met lagere premies te concurreren op jonge verzekerden hebben de verzekeraars elkaar in de loop der tijd gedwongen om leeftijd in de tariefstelling tot uitdrukking te brengen. Sinds het eind der tachtiger jaren betalen jonge verzekerden veelal een premie die in hoge mate de bij hun leeftijd horende schade weerspiegelt. De meeste verzekeraars zijn aldus immuun geworden voor de verouderingsspiraal: omdat jonge verzekerden door de bank genomen bij 'jonge' maatschappijen niet minder premie betalen dan bij 'oude' maatschappijen, worden zij door de premieverhoudingen niet systematisch naar 'jonge' verzekeraars gedreven.

Omdat in een systeem van doorsneepremies de jonge verzekerden per maatschappij meebetalen aan de ziektekosten van de oudere verzekerden, is daarin expliciet sprake van leeftijdssolidariteit. Premiedifferentiatie naar leeftijd zet daar een streep door. In elk geval bij de Tweede Kamer leefde de overtuiging dat de jonge verzekerden door wettelijke dwang tot een zekere minimale, openlijk beleden, solidariteit gebracht moesten worden. Via het amendement-Lansink immers gaf de Tweede Kamer in 1989 aan alle verzekerden van 65 jaar of ouder het recht om een standaard ziektekostenverzekering af te sluiten tegen een premie die een zeker maximum niet overschrijdt – wat verzekeraars hieraan tekort komen kunnen zij aanmelden voor hoofdelijke omslag over alle particuliere verzekerden via de zogenaamde WTZ-omslagregeling.

## Hervormingsplannen

De in het recente verleden geopperde plannen tot hervorming van de gezondheidszorg beogen diverse doelstellingen te bereiken<sup>5</sup>. Eén daarvan is te voorkomen dat de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen afglijdt naar nog meer risicoselectie – hetgeen ongetwijfeld nieuwe wettelijke regelingen oproept om, overeenkomstig de WTZ-omslag, een minimale – manifeste – solidariteit tussen de verzekerden af te dwingen. In de Dekker- en Simonsplannen vragen verzekeraars ter dekking van de door hen te vergoeden schade relatief geringe premies direct van de verzekerden. Het leeuwedeel van hun schade zou gedekt worden door indirecte uitkeringen; de verzekerden brengen deze op in de vorm van inkomensafhankelijke premies die in een zogenaamde centrale kas worden gestort en van daaruit

over de verzekeraars worden verdeeld overeenkomstig de risicosamenstelling van hun verzekerdenbestand. Als factor in de premiestelling voor de verzekerden is leeftijd aldus geëlimineerd. Een vangnet zoals de uitgebreide WTZ-omslagregeling is niet meer nodig. Leeftijdssolidariteit is immers vervangen door een bij wet afgedwongen inkomenssolidariteit.

In de plannen van het kabinet-Kok wordt de scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden gehandhaafd. Een premieherverdeler als de centrale kas is hierbij wat naar de achtergrond gedwongen, ofschoon de inkomensafhankelijkheid van de premies bij de ziekenfondsverzekerden onverkort van kracht blijft.

## Arbeidsaanbod bij vergrijzing

Bij inkomensafhankelijke premies zullen de premietarieven stijgen als de collectieve ziektekosten toenemen – aangenomen tenminste dat de het verzekeringsstelsel niet gedurende lange tijd tekorten laat zien. Bijgevolg wordt een groter deel van de inkomenswegbelast in de periode waarin Nederland vergrijst. Premies stijgen als percentage van het inkomen. De werking daarvan is uiteraard dezelfde als die van een verhoging van belastingtarieven. Onderzoek wijst uit dat onder invloed van een stijging der premietarieven het arbeidsaanbod van mannen licht zal stijgen (als het al elastisch is) en het arbeidsaanbod van (getrouwde) vrouwen zal dalen (en behoorlijk elastisch is)<sup>6</sup>. Bij mannen domineert het inkomenseffect, bij vrouwen het substitutie-effect. Dat laatste, negatieve gevolg komt natuurlijk slecht uit in een periode van vergrijzing waarin met name grote vraag zal ontstaan naar de producten van de zorgsector met zijn hoge concentratie vrouwen bij de factor arbeid<sup>7</sup>.

## Kapitaaldekking

De vraag kan opkomen of ons sociale systeem ook andere oplossingen voor de (particuliere) ziektekostenverzekering toelaat dan die welke op inkomensafhankelijke premies zijn gebaseerd. Met name valt te denken aan een systeem van kapitaaldekking. Gezien de voorspelbaarheid van de gemiddelde individuele ziektekosten als functie van de leeftijd is kapitaaldekking in beginsel uitvoerbaar. In een dergelijk stelsel is leeftijdssolidariteit manifest aanwezig omdat

3. J.M. Bekkering, *Parallele privatisering van de WAO: een ingebakken mislukking?*, ESB, 1 maart 1995, blz. 196-200.

4. Zie G.W. de Wit, *De financiering van ziektekostenverzekeringen*, Nationale Nederlanden NV, Research, Rotterdam, 1986.

5. Zie onder meer *Changing health care in the Netherlands*, Ministerie van WVC, Rijswijk, september 1988; Kabinet Kok, *Keuzen voor de toekomst*, SDU Uitgeverij, Den Haag, 1994.

6. J.E. Stiglitz, *Economics of the public sector*, W.W. Norton and Company, New York, 1988, blz. 462. Zie ook S.E.G. Lea, R.M. Tarpy en G. Webley, *The individual in the economy*, Cambridge University Press, Cambridge, 1987, blz. 310-311.

7. Zie J. Meijer, *Sekse en organisatiepsychologie; de wankele flirt van "Marginal Women" met "Super Man"*, in: T. Top en J. Heesink (red.), *Psychologie en sekse*, Bohn Stafleu van Loghem, Houten, 1992, blz. 141.

de jonge verzekerde van vandaag – gemiddeld per individu – spaart voor zichzelf, de oudere verzekerde van morgen, en daartoe een reserve opbouwt die in het begin rente voortbrengt en later kan worden opgesoupeerd. De premie in zo'n stelsel is te zien als het gemiddelde van hetgeen de verzekerde in de tijd veroorzaakt aan ziektekosten verminderd met de rente-opbrengst over de reeds gevormde reserves.

Op het eerste gezicht moet invoering van kapitaaldekking voor de particuliere ziektekostenverzekering nogal wat gevolgen hebben voor de welvaartspositie van de verzekerden, omdat de financiële lasten van de ziektekostenverzekering aanvankelijk fors zullen stijgen. Immers, vanaf het moment dat het stelsel van kracht wordt dient elke verzekerde, gemiddeld genomen, met de premie zowel haar of zijn huidige ziektekosten te betalen als ook geld opzij te leggen voor de opbouw van een reserve waaruit de toekomstige stijging van de ziektekosten als gevolg van de gestegen leeftijd kan worden betaald. Vanzelfsprekend kan de premie ook lager gesteld worden, maar dan dient de verzekerde in één keer een start-reserve ter beschikking te stellen ten einde het actuariële evenwicht tussen uitgaven aan ziektekosten en ontvangen van premie en rente te bewaren.

Met behulp van een rekenmodel is geschat wat de gevolgen zijn van invoering van kapitaaldekking in 1985 voor de markt van particuliere ziektekostenverzekeringen<sup>8</sup>. Het blijkt dat een premiestijging van 27% vereist is indien de particulier verzekerden in 1985 zouden zijn overgegaan op kapitaaldekking zonder enige startreserve; deze stijging ten opzichte van de omslagpremies wordt geleidelijk minder naarmate het systeem langer van kracht is. De opbrengst van de premiestijging wordt uiteraard aangewend voor de vorming van actuariële reserves. De premiestijging valt terug tot zo'n 3% indien de verzekerden al dadelijk zouden beschikken over  $f$  12 mrd aan reserves, het bedrag dat zij bij elkaar zouden hebben gespaard indien het kapitaaldekkingssysteem van kracht zou zijn geweest voor alle particulier verzekerden vanaf het moment dat zij de markt betraden.

Kapitaaldekking plaatst de verzekerden op grond van het bovenstaande ogenschijnlijk voor een hoogst onaangenaam dilemma: zij moeten, gemeten in gulden van 1985, eenmalig een actuariële reserve ter beschikking stellen van  $f$  12 mrd (dat is gemiddeld grofweg  $f$  2000 per verzekerde) of, zeker in het begin, een (gemiddelde) premiestijging accepteren van meer dan een kwart (dat is grofweg  $f$  250 per verzekerde per jaar). Veel bijval voor zo'n systeem valt dus niet te verwachten.

### **Inderdaad lastenverzwaring?**

Of is deze conclusie te snel getrokken? Zal de doorsnee verzekerde inderdaad lastenverzwaringen ervaren in een omvang als boven aangegeven? Er zijn aanwijzingen dat dit wel eens mee zou kunnen vallen. Neem eens aan dat de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen slechts één verzekerde kent waarvan bekend is dat die nog precies twee jaar te leven heeft – zodat we niet met sterfttekansen hoeven te rekenen. Ziektekosten zijn met zekerheid bekend –

zodat we ook de stochastische variatie daarin buiten beschouwing kunnen laten. Premie wordt geheven volgens het stijgende-premiesysteem waarbij de feitelijke, jaarlijks stijgende ziektekosten in rekening worden gebracht; we laten overige kosten en winstopslagen buiten beschouwing. Veronderstel nu dat het stijgende-premiesysteem wordt omgebouwd tot kapitaaldekkingssstelsel zonder enige startreserve. Onze verzekerde moet sparen. Overeenkomstig het equivalentieprincipe zal de jaarlijkse kapitaaldekkingpremie precies zo hoog moeten zijn dat de contante waarden van premieopbrengsten en ziektekosten aan elkaar gelijk zijn. Dit impliceert dat de contante waarde van de premiebetalingen in beide systemen gelijk is. Maar dit betekent weer dat de contante waarden der premieverschillen tussen beide systemen over de twee jaar die de verzekerde te leven heeft tot nul optellen. In het eerste jaar ervaart de verzekerde een lastenverzwaring, die in contante waarde wordt goedge maakt door de lastenverlichting van jaar twee.

De implicatie van dit resultaat is verstrekkend. Indien de verzekerde uit ons voorbeeld de overgang van het systeem van stijgende premies naar kapitaaldekking inderdaad zo beleeft dat de toekomstige lastenverlichting wordt verdisconteerd overeenkomstig de berekening van de kapitaaldekkingpremies, dan maakt het niet uit welk systeem van kracht is. Een initiële premiestijging van, bij voorbeeld, een kwart wordt onder deze omstandigheden als allesbehalve een lastenverzwaring gevoeld.

De overgang naar kapitaaldekking plaatst de verzekerde die vooruit kijkt hoogstens voor een financieersprobleem. In beginsel is dat op te lossen. Gemakkelijk valt immers na te gaan dat de verzekerde uit het voorbeeld het oorspronkelijke uitgavenpeil kan handhaven door in jaar één een bedrag gelijk aan de premiestijging te lenen (bij voorbeeld bij de verzekeringsmaatschappij) en in jaar twee dat bedrag, verhoogd met de verschuldigde rente, terug te betalen, en wel precies uit het even grote premievoordeel van dat jaar.

### **Ricardiaanse equivalentie**

De strekking van het zojuist gegeven exposé is dus dat verzekerden de lastenverzwaring in het heden wegstrepen tegen de lastenverlichting in de toekomst zodra zij, als rationeel handelende economische subjecten, rekening houden met toekomstige premieveranderingen. Omslag is dan equivalent met kapitaaldekking. Hier stuiten we op het terrein van de ziektekostenverzekering op het fenomeen van het Ricardiaanse equivalentie (RE)-principe, afkomstig uit de openbare financiën. Het zegt dat schuldfinanciering en belastingheffing gelijkwaardig zijn zodra het publiek bij het accepteren van overheidsschuld rekening houdt met de toekomstige belastingheffing die

8. Zie H.S van der Knoop en F.C. Hooijmans, Het kapitaaldekkingssstelsel voor de particuliere ziektekostenverzekering, *Het Verzekeringsarchief*, Deel 67-1990-4, blz. 303-332, 1990. Het jaar 1985 waarvoor het rekenmodel is opgesteld is bepaald door beschikbaarheid van data. Gezien de aard van het model kunnen de uitkomsten opgevat worden als indicatief voor de jaren tachtig.

is vereist om de rente- en aflossingsbetalingen na te komen<sup>9</sup>.

De bovengegeven uiteenzetting is abstract. Elders is onderzocht welke versimpelingen in deze analyse liggen besloten, en in hoeverre die de equivalentie van kapitaaldekking en omslagfinanciering op losse schroeven zetten<sup>10</sup>. Dat blijkt erg mee te vallen. De grote lijn die uit het zojuist aangehaalde onderzoek naar voren komt is dat RE bij de ziektekostenverzekering weliswaar niet volledig van kracht zal zijn, doch evenmin op voorhand onmogelijk kan worden geacht. Om één aspect te noemen: King heeft vastgesteld dat het 'life cycle'-model voor het consumenten-gedrag toepasbaar is op 75 à 80% van alle consumenten<sup>11</sup>. Omdat in dit model het uitgavenpatroon voor het leven wordt geoptimaliseerd op basis van de contante waarde van de toekomstige inkomstenstroom, verdisconteren verzekerden ook toekomstige premieveranderingen.

#### *Empirische relevantie*

Al met al is er voldoende reden om het vraagstuk van het geldig zijn van RE voor de ziektekostenverzekering te zien als een empirische aangelegenheid. Voor kapitaaldekking bij ziektekostenverzekeringen is RE evenwel nog niet empirisch onderzocht. Enige aanwijzingen kunnen gevonden worden op andere terreinen. Seater concludeerde onlangs in een uitvoerig overzichtsartikel in het *Journal of Economic Literature* dat bij de openbare financiën RE op empirische gronden de beste benadering is – ofschoon volmaakte RE niet bestaat<sup>12</sup>. Voor Nederland hebben twee onderzoekers van de Nederlandsche Bank recentelijk gevonden dat ongeveer driekwart van een belastingverlaging die met staatsschuld wordt gefinancierd, door het publiek wordt gespaard en niet voor consumptieve bestedingen wordt aangewend<sup>13</sup>. Draper rapporteert een vergelijkbare verhouding op het terrein van de pensioenverzekering, waar hij vindt dat in Nederland een reductie van pensioenpremies met een corresponderende verlaging van pensioenrechten voor driekwart wordt gecompenseerd omdat het publiek een hoger particulier vermogen vormt, en dus spaart<sup>14</sup>. Merk op dat deze verhoudingsgetallen goed sporen met de door King vastgestelde toepasbaarheid van het life-cycle-model met zijn lange planingshorizon op 75 à 80% der huishoudingen.

Als de bovengerapporteerde verhouding op basis van lastenverlaging van kracht zou zijn voor de lastenstijging als gevolg van de overgang op kapitaaldekking, zou driekwart van de premiestijging van 27%, dus ongeveer 21%, niet tot verminderde consumptie maar tot verminderde vrije besparingen leiden. Bijgevolg zou er voor die omvang sprake zijn van reductie van vermogensvorming, ontpotting, reductie van erfenissen, toegenomen overdrachten van jonge aan oude generaties, en toegenomen beroep op krediet. Het impliceert dat de wat jongere verzekerden er voor driekwart van de premiestijging rekening mee houden dat zij op latere leeftijd een premievoordeel genieten; de oudere verzekerden moeten het – gemiddeld genomen – vooral hebben van de intergenerationele inkomensoverdrachten. Voor het restant, ongeveer 6%, zou de premiestijging de eerste ja-

ren wel leiden tot verminderde consumptieve bestedingen, en dus tot een ook als zodanig ervaren welvaartsvermindering. Voor het basisjaar 1985 van onze beschouwing komt deze neer op een daling van de gemiddelde gezinsconsumptie met 1/3%. Voorwaar, een bescheiden teruggang, zeker als bedacht wordt dat de particulier verzekerden bovengemiddelde inkomens verdienen en er sprake is van een invoerings-effect dat wegebt!

Vanzelfsprekend beoogt het bovenstaande niet meer te zijn dan een indicatie. En ofschoon het gemiddelde effect van de invoering van kapitaaldekking aldus als beperkt kan worden aangemerkt, valt geenszins uit te sluiten dat op individueel niveau wel forse welvaartsverliezen optreden. Immers, de eerder aangehaalde premiestijging van 27% is zelf al een gemiddelde. Voorts zal niet voor elke, met name oudere, verzekerde de buffer van de intergenerationele inkomensoverdrachten een even realistische mogelijkheid vormen om de hogere ziektekostenpremies te compenseren. Precies als bij de huidige uitgebreide WTZ-omslagregeling zou daarom aan de kapitaaldeckingspremies van verzekerden van 65 jaar of ouder een wettelijk maximum gesteld kunnen worden. Het aldus ontstane premietekort zou vervolgens door alle particulier verzekerden moeten worden aangevuld. Merk hierbij overigens op dat deze premieverdeling – in tegenstelling tot de WTZ-pooling – tijdelijk is omdat na verloop van tijd de particulier verzekerden met boven-maximale aanvangspremies zullen zijn uitgestorven.

#### **Kapitaaldekking een realistisch alternatief?**

Terugkomend op de hoofdvraag van dit artikel concludeer ik dat kapitaaldekking in zijn premielasten een realistisch alternatief lijkt dat – op zijn minst – verder onderzoek rechtvaardigt. Het huidige omslagstelsel in de particuliere ziektenkostenverzekering leidt tot risicoselectie en blijvend wettelijk ingrijpen om minimale solidariteit af te dwingen. Stelsels met inkomensafhankelijke premies lijken contraproductief te werken op uitgerekend de zorgsector in tijden van vergrijzing. Bij kapitaaldekking daarentegen is alleen in het begin sprake van omvangrijke premiestijgingen welke in hun uitwerking op de verzekerden wel eens erg mee zouden kunnen vallen.

#### **Han van der Knoop**

9. Met name Robert Barro heeft het Ricardiaans equivalentie-principe van toepassing verklaard op het terrein van de openbare financiën. Zie R.J. Barro, *Macroeconomics*, John Wiley & Sons, New York, 1984.

10. Zie H.S. van der Knoop, *The capital reserve system for the Dutch health insurance*, Ministerie van Financiën, 1994.

11. M. King, The economics of saving, A survey of recent contributions, in: K.J. Arrow and S. Honkapohja (red.), *Frontiers of economics*, 1985, blz. 227-294.

12. J.J. Seater, Ricardian equivalence, *Journal of Economic Literature*, Jg. XXXI, March 1993, blz. 142-190.

13. Zie C. den Broeder en C.C.A. Winder, Financing government spending in the Netherlands, an analysis from Ricardian perspective, *De Economist*, jg. 140, 1992, nr. 1, blz. 65-82.

14. D.A.G. Draper, Savings, pensionrights and taxation, *De Economist*, jg. 142, 1994, nr. 2, blz. 171-192.