



## Concurrentie en solidariteit in de ziekenfondsmarkt

**Auteur(s):**

Vliet, R.C.J.A. van

Lamers, L.M.

Ven, W.P.M.M. van de

*Leerstoelgroep Sociale Ziektekostenverzekering, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG), Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Financiën. De onderzoekers danken de leden van de Begeleidingscommissie voor hun commentaar op concepten van de rapport-versie en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid voor het ter beschikking stellen van zijn gegevensbestand.*

**Verschenen in:**

ESB, 85e jaargang, nr. 4240, pagina 64, 28 januari 2000

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

*Beleidswijzigingen en concurrentie stimuleren ziekenfondsen in toenemende mate tot risicoselectie. Dit kan leiden tot toegankelijkheidsproblemen voor chronisch zieken, verminderde doelmatigheid, marktinstabiliteit en solvabiliteitsproblemen. Deze problemen kunnen worden opgelost door de inkomsten van een ziekenfonds beter af te stemmen op de risicokenmerken van zijn verzekerden.*

**In de afgelopen tien jaar hebben zich in de ziekenfondsector geleidelijke veranderingen voorgedaan in de richting van geregleerde marktwerking <sup>1</sup>. Verzekerden mogen jaarlijks van ziekenfonds veranderen, de premieverschillen tussen de ziekenfondsen nemen toe en particuliere verzekeraars hebben nieuwe, landelijk werkende ziekenfondsen opgericht. De verwachting is dat van de concurrentie op de verzekeringsmarkt een prikkel naar de ziekenfondsen uitgaat tot een effectieve aansturing van de zorgaanbieders (de zogenaamde regiefunctie).**

Om de ziekenfondsen in staat te stellen deze regiefunctie goed uit voeren, is de betreffende wetgeving op diverse plaatsen verruimd. Recente voorbeelden zijn het vervangen van vaste tarieven door maximum tarieven, het opheffen van de verplichting om alle zorgaanbieders te contracteren en opheffing van het verbod voor ziekenfondsen om een eigen apotheek te exploiteren. Aldus beoogt het kabinet te komen tot gezonde marktwerking in de zorgsector. Hiervan wordt een positief effect verwacht op de doelmatigheid en innovatie in de zorgsector, en op het tegemoetkomen aan preferenties van burgers ten aanzien van kwaliteit van zorg, zorg op maat, wachttijden, openingstijden, dienstverlening, en de afweging tussen kosten en kwaliteit.

Een noodzakelijke voorwaarde om deze beoogde effecten op de *zorgverleningsmarkt* te realiseren is een adequate prikkelstructuur op de *verzekeringsmarkt*, in het bijzonder de financiële prikkels waarmee ziekenfondsen worden geconfronteerd. De wijze waarop prikkels op dit moment uitwerken, is echter niet optimaal. Het financieel risico dat een ziekenfonds loopt (dat wil zeggen: het deel van een doelmatigheidswinst of ondoelmatigheidsverlies dat gemiddeld tot uitdrukking komt in het financieel resultaat van het betreffende ziekenfonds) is door het gevoerde beleid namelijk sterk gestegen, van nul procent in 1991 tot circa 35 procent in 1999. Daarentegen is de afstemming van de normvergoedingen op het risicoprofiel van de verzekerden nauwelijks verbeterd. Ziekenfondsen ondervinden hierdoor sterkere prikkels tot risicoselectie. Dit kan op termijn leiden tot verminderde toegang tot goede zorg voor chronisch zieken, verminderde doelmatigheid, marktinstabiliteit en solvabiliteitsproblemen.

Dit artikel analyseert de prikkelstructuur op de ziekenfondsmarkt en schetst hoofdlijnen voor mogelijke verbeteringen.

### Premieregulering

Concurrentie tussen risicodragende ziekenfondsen zou op een niet-geregleerde markt er toe leiden dat de voorspelbare winst per verzekerde op termijn wordt geminimaliseerd. In de premiestructuur is daardoor geen ruimte voor impliciete kruissubsidies van jongeren en gezonden naar ouderen en zieken. Voor elke te onderscheiden risicogroep van verzekerden zou de premie kostendekkend moeten zijn. Zo'n premiestructuur is echter in strijd met het solidariteitsbeginsel en kan tot toegankelijkheidsproblemen leiden voor hoge-risico verzekerden (ouderen en chronisch zieken). Mogelijke oplossingen zijn:

» subsidies voor hoge-risico verzekerden;

» premieregulering, bijvoorbeeld een verplichte doorsnee premie, dat wil zeggen een voor iedereen gelijke premie, ongeacht iemands risicoprofiel, in combinatie met een periodieke acceptatieplicht.

In het huidige beleid is gekozen voor een combinatie van deze twee oplossingen. De subsidies zijn risico-afhankelijk en worden rechtstreeks aan het ziekenfonds gegeven in de vorm van een normuitkering per verzekerde. Vervolgens verdisconteert het ziekenfonds de *normuitkering* bij het bepalen van de nominale premie, die de verzekerden rechtstreeks aan het ziekenfonds moeten betalen. De normuitkering per verzekerde is gelijk aan de landelijk verwachte kosten van de risicogroep waartoe een verzekerde behoort, de zogenaamde normkosten, minus een voor elke verzekerde gelijk bedrag (in 1999 296 gulden per jaar). In 1999 werden risicogroepen

onderscheiden op basis van leeftijd, geslacht, regio en rechtsgrond<sup>2</sup>. De ziekenfondsen ontvangen de normuitkering vanuit de Algemene Kas beheerd door het College voor Zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad). Deze Algemene Kas wordt gevuld met de inkomensafhankelijke ziekenfondspremies, Rijksbijdragen en - van particulier verzekerden - de MOOZ-bijdragen (Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden).

## Voorspelbare winsten en verliezen

Idealiter komt een ziekenfonds na ontvangst van de normuitkering voor iedere verzekerde ex ante een gelijk bedrag te kort. De nominale premie per ziekenfonds zou dan de doelmatigheid van het ziekenfonds en de gecontracteerde zorgaanbieders weerspiegelen. Omdat ziekenfondsen echter over aanzienlijk meer en beter voorspellende risicofactoren beschikken dan alleen leeftijd, geslacht, regio en rechtsgrond zou zonder premieregulering de nominale premie ook het risicoprofiel van de verzekerde weerspiegelen. Om solidariteitsredenen is in de Ziekenfondswet bepaald dat de nominale premie voor alle verzekerden van een ziekenfonds gelijk moet zijn. Tussen ziekenfondsen mag de nominale premie verschillen. Voorts is bepaald dat de verzekerden jaarlijks van ziekenfonds mogen veranderen en zonder uitsluitingen en premietoeslagen moeten worden geaccepteerd. De acceptatieplicht en premieregulering gelden niet voor de vrijwillige aanvullende ziekenfondsverzekeringen.

Uit de literatuur blijkt dat ziektekosten of zorggebruik in het verleden zeer krachtige voorspellers vormen van iemands toekomstige ziektekosten<sup>3</sup>. Omdat zulke voorspellers niet zijn opgenomen in de normkostenformule en omdat de fondsen zelf wel over deze informatie beschikken, weet een fonds bij voorbaat dat bij de wettelijk verplichte 'doorsnee nominale premie per ziekenfonds' bepaalde verzekerden verliesgevend, en anderen winstgevend zullen zijn. Zo blijkt uit onze berekeningen dat de ziektekosten in jaar  $t$  van mensen die in jaar  $t-1$  in een ziekenhuis zijn opgenomen geweest, gemiddeld ruim drieduizend gulden hoger liggen dan de normuitkering die een ziekenfonds momenteel voor hen ontvangt<sup>4</sup>. Aan degenen die in jaar  $t-1$  juist geen ziekenhuisopname hebben gehad, houdt een ziekenfonds in jaar  $t$  gemiddeld tot duizend gulden over. Wanneer ook rekening wordt gehouden met de hoogte van de niet-klinische kosten van individuele verzekerden in jaar  $t-1$ , dan kan het maximale voorspelbare verlies oplopen tot ruim 29.000 gulden, en de maximale voorspelbare winst tot bijna 2.400.

Het mooiste zou zijn als voor elk ziekenfonds de voorspelbare verliezen op de ene groep verzekerden gecompenseerd werden door de voorspelbare winsten op een andere groep verzekerden. Alleen al vanwege selectie is het echter onwaarschijnlijk dat deze ideale situatie in de praktijk voorkomt.

## Selectie

Men kan twee vormen van mogelijke selectie onderscheiden: adverse selectie en gunstige-risicoselectie.

### *Adverse selectie*

Adverse selectie houdt in dat bij een doorsnee nominale premie hoge-risico verzekerden een prikkel hebben om een ruimere verzekeringsdekking te kopen dan lage-risico verzekerden binnen dezelfde normkosten-risicogroep. Een ziekenfonds dat zich specialiseert in zorg voor chronisch zieken of de reputatie heeft om niet moeilijk te doen bij het vergoeden van niet-gepaste zorg (zorg die niet-noodzakelijk, niet-effectief of niet-doelmatig is) zal een speciale aantrekkingskracht uitoefenen op mensen met een bovengemiddelde zorgconsumptie-(geneigdheid). Bij de huidige normkostenformule en een gemiddelde nominale premie zijn deze mensen voorspelbaar verliesgevend. Bijgevolg zal dit ziekenfonds zijn nominale premie moeten verhogen. Dit resulteert in een marktsegmentatie met een aan het marktsegment gerelateerde (hoge of lage) nominale premie. Een tweede gevolg van adverse selectie is dat wellicht geen stabiel markevenwicht wordt bereikt. Rothschild en Stiglitz hebben aangetoond dat marktinstabiliteit optreedt indien het landelijke percentage hoge-risico verzekerden beneden een bepaalde kritische grens ligt<sup>5</sup>. Een derde gevolg van adverse selectie kan optreden indien de overheid een maximum zou stellen aan de nominale premie (de Ziekenfondswet biedt hiertoe de mogelijkheid). In dat geval kan een ziekenfonds dat als gevolg van adverse selectie veel hoge-risico verzekerden heeft, in solvabiliteitsproblemen komen.

### *Gunstige risicoselectie*

Gunstige-risicoselectie kan optreden omdat een rationeel handelend ziekenfonds een voorkeur heeft voor voorspelbaar winstgevende verzekerden boven voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Als gevolg van de instelling van een doorsnee nominale premie per ziekenfonds, in combinatie met de huidige inadequate normkostenformule zijn chronisch zieken voor de meeste ziekenfondsen vanuit financieel oogpunt gezien ongewenste klanten geworden. Rationeel handelende ziekenfondsen hebben derhalve geen prikkel om zoveel mogelijk in te spelen op de preferenties van chronisch zieken. Een ziekenfonds dat de beste zorgarrangementen voor chronisch zieken zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel chronisch zieken aantrekken en de nominale premie moeten verhogen. Dit verslechtert de marktpositie van het ziekenfonds bij het behouden of aantrekken van overige groepen verzekerden. Uiteindelijk zal het ziekenfonds failliet gaan of zich moeten specialiseren in chronische zorg en zich richten op het (kleine) marktsegment van chronisch zieken die een zeer hoge nominale premie kunnen, willen en mogen betalen<sup>6</sup>. Een ander ziekenfonds dat selectief géén contracten zou sluiten met zorgaanbieders die de beste reputatie hebben voor de behandeling van chronisch zieken, zou juist weinig chronisch zieken aantrekken en daardoor een lage nominale premie vragen. Door een voldoende aantal (niet-excellente) zorgaanbieders te contracteren zou dit ziekenfonds kunnen voldoen aan de wettelijke zorgplicht. Als alle ziekenfondsen deze strategie zouden volgen, zouden de zorgaanbieders met de beste reputatie op het gebied van chronische ziekten, uiteindelijk geen contract met een ziekenfonds hebben, en chronisch zieke ziekenfondsverzekerden geen toegang tot deze zorgaanbieders.

Een tweede gevolg van de prikkels tot gunstige risicoselectie is dat het voor ziekenfondsen financieel aantrekkelijker is meer tijd, energie en menskracht te besteden aan een portefeuille-opbouw met zo weinig mogelijk hoge-risico verzekerden dan aan het bevorderen van doelmatigheid. Een doelmatig ziekenfonds met relatief veel hoge-risico verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben dan - en derhalve worden weggeconcurrerd door - een ondoelmatig ziekenfonds met relatief weinig hoge-risico verzekerden. Ook in een situatie van een evenwichtige verdeling van hoge-risico verzekerden over de ziekenfondsen, is een inadequaat normuitkeringsmodel problematisch. De angst voor een oververtegenwoordiging van hoog-risico verzekerden in de portefeuille vormt namelijk een permanente prikkel voor een rationeel handelend fonds om zich te richten op het lage-risico segment in de markt.

Samenvattend: de premiereregulering die, gegeven inadequate normuitkeringen, beoogt om solidariteit van gezonden met zieken te realiseren, creëert prikkels tot selectie. Dit kan leiden tot verminderde toegankelijkheid tot goede zorg voor chronisch zieken, verminderde doelmatigheid, marktinstabiliteit en solvabiliteitsproblemen.

## **Verbetering prikkelstructuur**

Een oplossing voor genoemde problemen kan worden gezocht in het reduceren van de prikkels tot selectie. Hiervoor kan een viertal mogelijkheden worden onderscheiden.

### *Premiedifferentiatie*

Een eerste mogelijkheid is het toestaan van differentiatie van de nominale premie naar risicokenmerken. Als gevolg daarvan wordt risicoselectie niet meer lonend en kan doelmatigheid tot uiting komen in een lagere premie. Keerzijde van premiedifferentiatie is echter een vermindering van de solidariteit van gezonden met zieken. Het boven besproken voorbeeld laat zien dat bij normuitkeringen uitsluitend gebaseerd op leeftijd-geslacht, regio en rechtsgrond, een vrije premiestelling kan leiden tot nominale premies van tienduizenden gulden per jaar.

Bij inadequate normuitkeringen is dus sprake van een afweging tussen solidariteit en (de negatieve effecten van) selectie. Deze afweging is minder aanwezig naarmate de premiedifferentiatie meer beïnvloed wordt door risicofactoren ten aanzien waarvan solidariteit niet gewenst is (bijvoorbeeld overaanbod, ondoelmatige praktijkstijlen en ongepaste zorg).

### *Differentiatie van kostenvergoedingen*

Een tweede mogelijkheid om de prikkelstructuur op de ziekenfondsmarkt te verbeteren is het verder differentiëren van de normuitkeringen naar meer relevante risicofactoren. Als ziekenfondsen via de normuitkering in jaar t bijvoorbeeld ook gecompenseerd zouden worden voor de risicofactor 'wel/geen ziekenhuisopname in jaar t-1' zou veel minder sprake zijn van voorspelbare winsten en verliezen. Om te voorkomen dat onnodige ziekenhuisopnamen plaatsvinden met het oogmerk een hogere normuitkering te ontvangen, zou de extra compensatie beperkt kunnen worden tot uitsluitend die ziekenhuisopnamen waarvan de noodzaak onbetwistbaar is<sup>7</sup>. Ook de niet-klinische kosten zouden in de normkostenvergoeding kunnen worden opgenomen. Het opnemen hiervan kan echter de prikkel tot doelmatigheid verminderen<sup>8</sup>. Bij dit scenario is dan sprake van een afweging tussen doelmatigheid en (de negatieve effecten van) selectie<sup>9</sup>. Deze afweging is minder aanwezig naarmate de gekozen risicofactor minder beïnvloed wordt door discretionair zorggebruik (bijvoorbeeld langdurige passieve fysiotherapie of langdurig gebruik van slaapmiddelen) en meer gecorreleerd is met gezondheid.

### *Combinatie*

Ook is het mogelijk om premiedifferentiatie en een differentiatie van normuitkeringen te combineren. Dan ontstaat een afweging tussen solidariteit, doelmatigheid en selectie. Zo'n combinatie zou kunnen betekenen dat een toename van de niet-klinische kosten in jaar t-1 leidt tot een toename van de normuitkering in jaar t die net iets lager ligt dan de voorspelde resulterende kostentoeename in jaar t, alsmede een beperkte verhoging van de nominale premie in jaar t. Dit laatste geeft, net als een no-claim korting, een 'remgeld-prikkel' voor de verzekerden.

### *Risicodeling*

Risicodeling tussen de Algemene Kas en de ziekenfondsen is een vierde mogelijkheid om de prikkelstructuur op de ziekenfondsmarkt te verbeteren. Bij risicodeling worden de ziekenfondsen achteraf door de Algemene Kas gecompenseerd voor (hoge) kosten van bepaalde verzekeren. Dit reduceert de prikkels tot selectie. In het verleden is dit instrument vaak ingezet (nacalculatie, verevening, overschadevergoeding). Een nadeel is dat het ook de prikkel tot doelmatigheid reduceert. Ook bij ongewijzigde normuitkeringen is dus sprake van een afweging tussen doelmatigheid en selectie.

### *Aanvullende maatregelen*

Tenslotte zijn diverse aanvullende maatregelen denkbaar om selectie tegen te gaan, zoals het organiseren van de in- en uitschrijving van verzekerden via een centrale instantie, het certificeren van ziekenfondsmodaliteiten (polissen), het monitoren en enquêteren van verzekerden die van ziekenfonds veranderen, het publiceren van onderzoek waarin ziekenfondsen op diverse aspecten worden vergeleken (kwaliteit, dienstverlening, gecontracteerde zorgaanbieders, premie) en een gedragscode voor ziekenfondsen<sup>10</sup>. Van deze instrumenten is in Nederland tot nu toe nog nauwelijks gebruik gemaakt<sup>11</sup>.

## **Conclusie en discussie**

Het huidige verdeelmodel in de ziekenfondssector is het afgelopen decennium stapsgewijs tot stand gekomen. Opmerkelijk is dat sinds 1996 het financieel risico voor de ziekenfondsen sterk is toegenomen, terwijl de normkostenvergoedingen nauwelijks zijn verbeterd. Bij het ontbreken van krachtige voorspellers in het normkostenmodel en gegeven de premiereregulering zijn daardoor de prikkels tot selectie in de tweede helft van de jaren negentig sterk toegenomen. Dit kan leiden tot verminderde toegankelijkheid tot goede zorg voor chronisch zieken, verminderde doelmatigheid, marktinstabiliteit en solvabiliteitsproblemen. Indien deze problemen zich daadwerkelijk voordoen, gaat het niet aan met een beschuldigende vinger naar de ziekenfondsen te wijzen. Zij reageren op prikkels en marktsignalen op een concurrerende markt. Wel kan de overheid worden verweten een verkeerde prikkelstructuur op de ziekenfondsmarkt te hebben gecreëerd.

De prikkelstructuur kan worden verbeterd door verdere differentiatie van de normkosten en/of door differentiatie van de nominale premies naar relevante risicokenmerken. Uit onze empirische analyses blijkt dat differentiatie van de nominale premie bij toepassing van

het huidige normkostenmodel leidt tot een premiebandbreedte die maatschappelijk niet aanvaardbaar lijkt. De oplossing moet dan ook primair gezocht worden in een verbetering van de normkostenformule. Daarnaast kunnen risicofactoren waarvoor de normuitkeringen geen compensatie bieden omdat solidariteit op die punten niet is gewenst (overaanbod, ondoelmatige praktijkstijlen en ongepaste zorg), tot uitdrukking worden gebracht in de hoogte van de nominale premie. Ook biedt premiedifferentiatie de mogelijkheid om enige financiële prikkels voor de verzekerden in te bouwen.

Een verdere voor de hand liggende verbetering is het gebruik van de risicofactor 'ziekenhuisopname in het verleden' in de normkostenformule. In de vs is recent besloten de normkostenvergoedingen voor zorgverzekeraars op soortgelijke wijze aan te passen. Ook in Nederland is de afgelopen vijf jaar uitgebreid onderzoek verricht naar een aanpassing van de vergoedingen op deze basis<sup>12</sup>. Voorts kan overwogen worden de normkostenformule uit te breiden met informatie ontleend aan niet-klinisch zorggebruik in het verleden.

Een belangrijk gevolg van een verbetering van de prikkelstructuur zal zijn dat ziekenfondsen die de beste zorgarrangementen voor chronisch zieken contracteren en bij hun dienstverlening maximaal inspelen op de preferenties van deze cliënten hier openlijk mee kunnen adverteren zonder financiële zelfmoord te plegen zoals nu het geval is. Chronisch zieken zijn dan financieel gezien niet langer ongewenste klanten maar, mede vanwege hun grote 'omzet' per verzekerde, voor doelmatige ziekenfondsen juist aantrekkelijke klanten. Alle verzekerden zullen er bij een adequate prikkelstructuur van profiteren dat ziekenfondsen zich bij hun pogingen tot schadelastbeheersing primair kunnen concentreren op doelmatigheid en niet worden afgeleid door lucratieve vormen van risicoselectie

---

**1** Dat wil zeggen: een ordeningsprincipe waarbij de allocatie en prijszetting in beginsel door marktpartijen worden bepaald, doch waarbij de overheid via regulering bepaalde garanties biedt voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden stelt voor een efficiënte marktwerking.

**2** Rechtsgrond is onderverdeeld in (globaal): arbeidsongeschiktheid, loondienst, bijstandsuitkering, werkloosheidsuitkering en AOW.

**3** Zie bijvoorbeeld R.C.J.A. van Vliet, Normuitkeringen voor ziekenfondsen: een overzicht van empirisch onderzoek, *Openbare Uitgaven*, 1996, blz. 187-194.

**4** R.C.J.A. van Vliet, L.M. Lamers en W.P.M.M. van de Ven, Verbetering van de incentivestructuur op de ziekenfondsmarkt, rapport Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, EUR, 1999.

**5** M. Rothschild en J.E. Stiglitz, Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics*, 1976, blz. 629-649.

**6** De overheid kan een maximum aan de nominale premie stellen.

**7** L.M. Lamers, *Capitation payments to competing Dutch sickness funds based on diagnostic information from prior hospitalizations*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

**8** Impliciet wordt verondersteld dat schadelastbeheersing door concurrerende ziekenfondsen plaatsvindt door vergroting van doelmatigheid of door risicoselectie, maar niet door te beknibbelen op de kwaliteit van de verleende zorg.

**9** Merk op: één van de effecten van selectie is een mogelijke vermindering van de prikkel tot doelmatigheid.

**10** W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, *Normuitkeringen: de achilleshiel van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Kluwer Reeks Monografieën Sociale Zekerheid, Deventer, 1993.

**11** De door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde en in december 1997 in werking getreden Gedragscode van de Zorgverzekeraar bevat geen bepalingen en sancties die expliciet gericht zijn op het tegengaan van

**12** L.M. Lamers, *Capitation payments to competing Dutch sickness funds based on diagnostic information from prior hospitalizations*, proefschrift, Erasmus universiteit Rotterdam, 1997.