

# Ziekenfonds-versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg (II)

## Enkele recente ontwikkelingen

DRS. W. P. M. M. VAN DE VEN\*

In dit tweede artikel over de ziektekostenverzekeringen in Nederland worden enkele recente ontwikkelingen op dit terrein besproken. Aan de orde komen de voorstellen voor een volksverzekering ter vervanging van de Ziekenfondswet, het loslaten van het solidariteitsbeginsel bij de particuliere verzekeraars door premiedifferentiatie naar risicogroep, de daarmee samenhangende opeenhoping van „slechte risico's" in de vrijwillige ziekenfondsverzekering en ten slotte de gevolgen van toenemende deeltijdarbeid voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Een volksverzekering voor alle ingezetenen beneden een bepaalde inkomensgrens ziet de auteur niet als een oplossing voor de huidige problemen. Wordt daarbij een lage inkomensgrens gekozen, dan ontkracht men het principe van betaling naar draagkracht. Is de grens hoog, dan zullen particuliere verzekeraars het hoofd moeten bieden aan een leegloop van „goede risico's".

### Inleiding

In het eerste artikel hebben wij nagegaan in welke mate ziekenfonds- en particulier verzekerden bijdragen aan de kosten van de gezondheidszorg. In dit tweede artikel zullen wij recente ontwikkelingen binnen de ziekenfonds- en particuliere verzekeringen analyseren. Bovendien zullen wij aandacht besteden aan enige pogingen in het recente verleden om veranderingen aan te brengen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen, zoals het Wetsontwerp Veldkamp (1966), het SER-advies (1973) en het Wetsontwerp Hendriks (ca. 1976).

De marktsegmentatie binnen de particuliere ziektekostenverzekering als gevolg van zowel de groeiende belangstelling voor een polisvorm met een hoog eigen risico als het zeer recent op de markt brengen van polissen met leeftijdgebonden premies, heeft verstrekkende consequenties binnen de particuliere ziektekostenverzekering. Ook zal door deze marktsegmentatie de vrijwillige ziekenfondsverzekering in de problemen komen omdat zij met de „slechte risico's" blijft zitten. Wij hopen met dit artikel informatie te geven die bij de discussie over wijziging van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen van belang kan zijn.

### (Beperkte) volksverzekering tegen ziektekosten

#### *Wetsontwerp Veldkamp*

In september 1966 heeft de toenmalige minister Veldkamp een wetsontwerp ingediend tot invoering van een zogenaamde beperkte volksverzekering voor geneeskundige verzorging. Veldkamp beoogde hiermede het bestaande stelsel van de drie ziekenfondsverzekeringen, zoals geregeld in de Ziekenfondswet 1), te vervangen door één verplichte (ziekenfonds)verzekering voor de gehele bevolking onder een inkomensgrens, die gelijk is aan de premie-inkomensgrens in de Algemene Ouderdomswet. Bij het opstellen van dit wetsontwerp was dankbaar gebruik gemaakt van de bevindingen van een subcommissie van de Ziekenfondsraad die zich in 1961 had beziggehouden met een beperkte volksverzekering. De verzekering zou gefinancierd worden uit de opbrengst van een aan de volksverzekeringen gekoppelde premie en tegelijk met

die voor de ouderdomsverzekering door de belastingdienst worden geïnd. Het voorstel bleek evenwel enige technische en administratieve moeilijkheden te kennen en ook werden er vele bezwaren tegen ingebracht, met name door de artsen en door de particuliere ziektekostenverzekeraars. Uiteindelijk trok Veldkamp in maart 1967 zijn wetsontwerp in.

#### *SER-advies volksverzekering*

In 1968 heeft de regering zich tot de Sociaal-Economische Raad (SER) gewend met de vraag of het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen aanleiding gaf tot een verandering van de lastenverdeling en zo ja, op welke wijze hieraan kon worden tegemoetgekomen. In zijn advies 2) verwoordde de SER het belangrijkste knelpunt in de structuur van de ziektekostenverzekeringen als volgt: „De verschillende vormen van ziektekostenverzekering kennen door hun historische groei onderlinge afbakeningen die in wezen voor de dekking van het ziekterisico weinig relevant meer zijn. Genoemd kunnen worden de verschillende regimes met eigen premiestelsels die voor werknemers in het particuliere bedrijf, overheids personeel, zelfstandigen en bejaarden gelden waarbij tevens gewezen wordt op de belangrijke rol van de inkomensgrens. Dit leidt tot een ongelijke verdeling van de lasten over de verzekerden doordat bij een gelijk inkomen een ongelijke premie wordt gevraagd".

Andere knelpunten die werden gesignaleerd, zijn: discriminatiegevoelens (ziekenfonds-particulier); onjuiste vormen van solidariteit; een teveel aan solidariteit, bijvoorbeeld ongehouden (met een hoog looninkomen) in de verplichte ziekenfondsverzekering en ambtenarenregeling, of verplicht verzekerde gezinnen waarvan beide ouders en eventueel ook de kinderen in loondienst werken; te weinig solidariteit,

\*De auteur is verbonden aan het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit Leiden. Gedetailleerder gegevens dan in het artikel zijn gepresenteerd, zijn bij het Centrum verkrijgbaar.

1) De Ziekenfondswet vervangt sedert 1 januari 1966 het Ziekenfondsbesluit van 1941.

2) *SER-advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging*, Den Haag, 1973.

bij voorbeeld deeltijdwerkers in loondienst, of in de particuliere verzekering (waar de premie niet gerelateerd is aan het inkomen); ondoorzichtigheid van het gehele systeem van verzekeringen, zeker in gevallen waarin beide partners werken (zie hiervoor bijvoorbeeld de schema's in de *Consumentengids* van oktober 1975 en augustus 1978) 3). In een globaal overzicht van de diverse regelingen hopen wij duidelijk te maken dat naast de ondoorzichtigheid voor de verzekerde, het ook met het oog op het inkomensbeleid uiterst ondoorzichtig is welke lasten drukken op de diverse maatschappelijke groeperingen, en wat het effect op de lastenverdeling is van een wijziging in deze structuur.

Het uiteindelijk door de SER uitgebrachte advies was verdeeld 4). Een meerderheid van de Raad was voorstander van een algemene volksverzekering tegen ziektekosten met een premie naar draagkracht, verstrekkingen in natura, geen eigen risico en een verstrekkingspakket gelijk aan de verstrekkingen van de ziekenfondsverzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit voorstel was uitgewerkt in een door het Overlegorgaan der drie Vakcentrales opgestelde schets.

De argumenten voor uniformiteit in het verzekeringsstelsel waren dat:

- pluriformiteit in verzekeringsstelsels andere dan doelmatigheidsoverwegingen, t.w. financiële, mede bepalend laat zijn bij de keuze van een voorziening;
- de AWBZ heeft aangetoond dat een uniform verzekeringsstelsel een gunstige invloed heeft op de totstandkoming van de noodzakelijke voorzieningen;
- een uniform verzekeringsstelsel de mogelijkheid biedt om de financiering te hanteren als een voor het gehele volk geldend beleidsinstrument voor een doelmatig gebruik van de middelen;
- het verzekeringsstelsel via de verzekeringsvoorwaarden en overeenkomsten met de medewerkers en de medewerkende instellingen de doelmatigheid van het gebruik van de voorzieningen sterk kan beïnvloeden.

Een minderheid van de Raad, bestaande uit een groot aantal leden, was van mening dat, hoezeer een herstructurering van de gezondheidszorg ook gewenst is, hieraan niet de consequentie van een uniform verzekeringsstelsel met een premie volledig naar draagkracht verbonden is. De voorkeur van deze minderheid gaat uit naar een systeem waarin naast het solidariteitsbeginsel ook plaats is voor het equivalentiebeginsel, met andere woorden waarin naast een premie naar draagkracht een nominale premie wordt geheven in verband met de te lopen risico's. Bovendien verwachtte deze minderheid van de Raad van een restitutie-systeem een grotere kostendrukkende werking dan van een systeem van verstrekkingen in natura.

Voorts in aanmerking nemende wat door het particuliere initiatief in de loop der tijd tot stand is gebracht, opteerde deze minderheid in grote lijnen voor een nationaal verzekeringsstelsel ziektekosten dat het karakter heeft van een beperkte volksverzekering en waarvan de belangrijkste kenmerken zijn 5):

- de algemene verplichting om naar draagkracht bij te dragen aan een groot deel van de totale kosten van de verzekering;
- betaling van een nominale premie aan een zelfgekozen verzekeringsinstelling;
- één wettelijk voorgeschreven basispakket van verstrekkingen, die nagenoeg gelijk zijn aan die van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ;
- een restitutiestelsel in plaats van verstrekkingen „in natura”;
- een eigen risico dat overigens alleen zinvol wordt geacht in geval dat dit inderdaad verspilling tegengaat.

Belangrijke gemeenschappelijke kenmerken van beide standpunten zijn: ten eerste het verstrekkingspakket van de

voorgestane (beperkte) volksverzekeringen, dat in beide gevallen (nagenoeg) de verstrekkingen van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ omvat; en ten tweede het volledig opheffen van het verschil tussen het ziekenfondssysteem en het particulier verzekeringsstelsel, inclusief de verschillen in tarieven.

#### *Wetsontwerp Hendriks*

Ondanks de diepgaande studie van de SER bestaat nu nog steeds hetzelfde complexe, ondoorzichtige en vaak onbillijke systeem van ziektekostenverzekeringen als tien jaar geleden. Zoals bekend heeft de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, J. P. M. Hendriks, geprobeerd de lastenverdeling te verbeteren door het ontwerpen van een volksverzekering tegen ziektekosten met een premieheffingssysteem dat voor de gehele bevolking op gelijke wijze van toepassing zou zijn. De twee belangrijkste redenen waarom deze plannen niet konden worden gerealiseerd, zijn, aldus Hendriks 6):

1. door een volksverzekering kan weliswaar de bestaande ongelijkheid in lastenverdeling worden opgeheven, maar hierdoor ontstaan mutaties in het vrij beschikbaar inkomen die niet overal samenvallen met hetgeen in het inkomensbeleid dan wel uit oogpunt van sociaal-economische politiek wordt nagestreefd. De voornaamste knelpunten doen zich voor bij de ongehuwde zelfstandigen en bij de groep bejaarden en weduwen;
2. de limitering van de groei der collectieve uitgaven, de zogenaamde 1%-norm, maakte een integrale invoering van een volksverzekering onmogelijk.

In de volgende paragraaf zal blijken dat de door de SER genoemde knelpunten in het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen sedert 1973 niet zijn verminderd. Integendeel, door recente ontwikkelingen hebben gedurende de laatste jaren een aantal door de SER genoemde argumenten voor verandering van het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen kracht gewonnen.

#### **Recente ontwikkelingen**

In de periode 1974-1984 nemen de uitgaven aan gezondheidszorg toe van 7,5% tot 9,3% van het bruto nationaal product (dat wil bij een gelijkblijvend bruto nationaal product zeggen: een reële stijging van 24%). Hierdoor worden de door de SER genoemde knelpunten belangrijker. Voor de komende jaren wordt tevens een daling van de koopkracht verwacht waardoor de problemen nijpender zullen worden. Bovendien hebben zich sedert het SER-advies in 1973 een aantal ontwikkelingen voorgedaan die de noodzaak tot ingrijpende wijzigingen van het huidige ziektekostenverzekeringssstelsel vergroten. In deze paragraaf zullen wij achtereenvolgens aandacht besteden aan:

- ontwikkelingen binnen de particuliere ziektekostenverzekering; gedurende de afgelopen jaren bestaat een groeiende voorkeur voor polisvormen met een hoog eigen risico en recent zijn polissen op de markt gekomen met leeftijdge-

3) In drie jaar tijd heeft de Consumentenbond van 5.000 leden een verzoek om raad ontvangen in verband met ziektekostenregelingen.

4) In de bijlagen van het SER-advies zijn vier uitgewerkte voorstellen voor een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen opgenomen; twee hiervan vonden in de Raad geen steun.

5) Dit voorstel was uitgewerkt in een blauwdruk voor een nationaal verzekeringsstelsel ziektekosten; de samenstellers van die blauwdruk waren afkomstig uit de sector van het particuliere verzekeringswezen.

6) Openingsrede J. P. M. Hendriks, Symposium 26 april 1977 te Noordwijk; Stichting Het Zilveren Kruis, *Jaarverslag 1976*.

bonden premies. De gevolgen hiervan zullen ingrijpend zijn;

- de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering: een leegloop van „goede risico's” en een toestroom van „slechte risico's”, alsmede een onbillijk ervaren lastenverdeling;
- de problematiek van de deeltijdwerknemer in de verplichte ziekenfondsverzekering.

#### *Particuliere ziektekostenverzekering*

In vergelijking met de ziekenfondsverzekering is binnen de particuliere ziektekostenverzekering de solidariteit tussen hoge en lage inkomens, tussen gezonden en ongezonden, en tussen grote en kleine gezinnen slechts in geringe mate aanwezig. Hoewel een groot aantal particuliere ziektekostenverzekeraars zonder winstoogmerk werkt (de zogenaamde non-profit verzekeraars), overheerst toch het equivalentiebeginsel in de branche. Dit houdt in dat er een vrij nauwe relatie bestaat tussen de premie en het te verzekeren „risico”. Bij voorbeeld leeftijdstoelagen (of geen acceptatie) boven een bepaalde leeftijd; premie per persoon, met een gereduceerde premie voor kinderen; naar regio gedifferentieerde premies; uitsluitingen voor bepaalde ziekten/kwalen die bestaan op het moment van toetreding; en in een enkel geval een verhoogde premie voor alleenstaande vrouwen. De reden hiervoor ligt voor de hand: zolang er in de vrije markt (commerciële) verzekeraars zijn die de relatie tussen premie en „risico” aanbrengen, zijn de andere verplicht om te volgen ten einde niet uitsluitend de „slechte risico's” te krijgen.

Gedurende de laatste tien jaar bestaat binnen de particuliere verzekering een groeiende voorkeur voor een polisvorm met een hoog eigen risico en een gereduceerde premie. Als gevolg hiervan treedt een premiedifferentiatie op waarbij de premie afhankelijk wordt van de verwachte ziektekosten. Mensen die weten dat ze een slechte gezondheid hebben of anderszins hoge ziektekosten verwachten, zullen géén polis met een hoog eigen risico aan de voet kiezen; anderzijds zullen mensen „die nooit naar de dokter” gaan of optimistisch zijn ten aanzien van hun toekomstige ziektekosten, vóórstander zijn van een hoog eigen risico 7). Uiteraard speelt ook de hoogte van de premiekorting in relatie tot het eigen-risicobedrag een belangrijke rol bij deze keuze.

Wat gebeurt er nu als een verzekeringsmaatschappij voor een bepaald voorzieningspakket náást de reeds bestaande volledige verzekering met een premie van bijvoorbeeld f. 1.200, ook de mogelijkheid biedt een verzekering af te sluiten met een eigen risico en een gereduceerde premie? Om wille van de eenvoud veronderstellen we dat er alleen gezonde en ongezonde mensen zijn die elk, op het moment dat ze de verzekering aangaan, van zich zelf weten tot welke groep ze behoren; verder veronderstellen we dat de betaalde premie gelijk is aan de gemiddelde schade (dat wil zeggen: we zien even af van de opslag in verband met administratiekosten e.d.). Stel dat de ongezonden gemiddeld tweemaal zo veel schade hebben als de gezonden, en dat er evenveel gezonden als ongezonden zijn, dan is de gemiddelde schade voor de gezonden f. 800 en voor de ongezonden f. 1.600 (ervan uitgaande dat de oorspronkelijke, volledige verzekering kostendekkend was).

Vóórdat de polis met een eigen risico bestond, hadden de verzekerden geen keuze en waren allen volledig verzekerd, zodat de gezonden de ongezonden subsidieerden. Ná invoering van de polis met eigen risico verdwijnt deze solidariteit; immers, de verzekeraar moet voor beide polisvormen een kostendekkende premie berekenen. Gebeurt dit niet en doet een andere verzekeraar dit wel, dan lopen alle gezonden over naar de „concurrent” en houdt men alleen de ongezonden over, met als gevolg dat in bovenstaand voorbeeld de premie van f. 1.200 te laag is voor de gemiddelde schade van f. 1.600.

Verwacht mag worden dat na het op de markt brengen van de polisvorm mét een eigen risico en een gereduceerde premie,

de ongezonden de kostendekkende premie van f. 1.600 moeten betalen, terwijl de gezonden een premie zullen betalen gelijk aan f. 800 *minus* de gemiddelde schade die zij zelf dragen (in de vorm van het eigen risico). De premiereductie voor polisvormen met een eigen risico bestaat dus uit twee componenten: ten eerste de korting die wordt verkregen omdat de verzekerde zelf een gedeelte van de kosten op zich neemt (het eigen risico) en ten tweede de weggevallen solidariteitsbijdrage die de gezonden voor de ongezonden opbrachten toen zij nog dezelfde premie betaalden. Een verzekeraar die een nieuwe polisvorm met eigen risico en gereduceerde premie invoert én de premie voor de volledige verzekering niet op kostprijsdekkend niveau brengt, zal op de laatste verzekeringsvorm verlies lijden. Indien de jaarlijkse premieverhoging per polisvorm gelijk is aan de jaarlijkse stijging van de totale medische kosten, maar tegelijkertijd een verschuiving optreedt in de richting van méér polissen met eigen risico (en een gereduceerde premie) en minder polissen met volledige dekking, dan zullen de premie-ontvangsten op den duur achterblijven bij de uit te keren schades.

Het feit dat sommige ziektekostenverzekeraars onlangs in financiële problemen zijn gekomen 8), en keer op keer ontheffing van de prijzenbeschikking moeten aanvragen, kan hiermee samenhangen. De zeer sterk gereduceerde premie voor polissen mét eigen risico is inderdaad kostendekkend; echter de gezonden („goede risico's”) zijn weggezogen uit de volledige verzekering, zodat de premie voor een volledige verzekering met méér dient te worden verhoogd dan de index van medische kosten.

Er zijn drie factoren die vooralsnog een matigende werking hebben op de hier geschetste marktsegmentatie als gevolg van de invoering van polisvormen met een eigen risico. Ten eerste kan een verandering van polisvorm of van verzekeringsmaatschappij verlies van verworven rechten met zich brengen omdat men bij de nieuwe polis/verzekeringsmaatschappij voor bepaalde, in de loop der jaren ontstane ziekten en kwalen die nu *wel* onder de verzekering vallen, wordt uitgesloten; ook moet men boven bepaalde leeftijden bij het aangaan van een nieuwe verzekering leeftijdstoelagen betalen.

Een tweede reden is dat „niet-commerciële verzekeraars die zonder tussenpersoon werken een aanzienlijk lagere kostprijs (bij vergelijkbare evenementsrisico's en vergrijzingsquote) hebben dan de commerciële verzekeraars (. . .) en veelal in de premies van de eigen risicoverzekeringen een stukje solidariteitsbijdrage opnemen, waardoor zij de premiestijging van de (vrijwel) volledige verzekeringen (. . .) enigermate beperken” 9).

Een derde factor is de Prijzenwet, die bij de uitvoering enige solidariteit heeft afgedwongen. De minister van Economische Zaken stelt jaarlijks door middel van een prijzenbeschikking een maximum premiestijging voor ziektekostenverzekeringen vast.

Wat zijn nu de achterliggende oorzaken van de trend naar „eigen risico”? Waarschijnlijk heeft de wens om de explosieve kostenontwikkeling een halt toe te roepen hier een

7) De resultaten van een onder leden van de Stichting Het Zilveren Kruis gehouden enquête ondersteunen deze hypothese; zie W. P. M. M. van de Ven en B. M. S. van Praag, *Demand for deductibles in private health insurance*, Rapport 77.02B, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, Rijksuniversiteit Leiden; verschijnt in *Journal of Econometrics* (1981).

8) Zie hiervoor o.a. Ziektekostenverzekeraars raken in de knel, *Elseviers Weekblad*, 3 november 1979 en Risico's bij particuliere verzekering, *De Telegraaf*, 22 september 1979. In dit verband kan ook worden gewezen op het voorstel dat door de Vereniging van Non-Profit Ziektekostenverzekeraars (NPZ) is geopperd om in het Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekosten (KLOZ) te komen tot de vorming van een garantieregeling voor de gehele bedrijfstak. Een dergelijke regeling heeft tot doel de verplichtingen te garanderen ten opzichte van verzekerden van in de toekomst eventueel in moeilijkheden komende ziektekostenverzekeraars.

9) Stichting Het Zilveren Kruis, *Jaarverslag 1979*.

belangrijke rol gespeeld. Ook kan er sprake zijn van een sneeuwbaaleffect: zodra er één maatschappij begint moeten de andere uit concurrentie-overwegingen wel volgen. Immers, de groei van het verzekerdenbestand zit in de jonge verzekerden en juist deze blijken de meeste belangstelling te hebben voor een polis met een (hoog) eigen risico aan de voet en een gereduceerde premie.

Medio 1980 is de strijd om jonge verzekerden nog verhevigd door invoering van de zogenaamde budgetpolis door een aantal commerciële verzekeraars. Bij deze polis worden, naast de „normale” jaarlijkse prijsverhogingen, zowel de premie als het eigen risico per jaar verhoogd. De premie stijgt elk jaar vanaf 21-jarige leeftijd tot 40-jarige leeftijd (voor een alleenstaande, derde-klasseverzekering: van f. 446 tot f. 772 per jaar, 1980) en blijft daarna gelijk, terwijl het eigen risico tot 30-jarige leeftijd f. 500 gulden bedraagt en daarna met 50 gulden per jaar wordt verhoogd tot de 50-jarige leeftijd f. 1.500 gulden per jaar, 1980) en daarna gelijk blijft. Gedwongen door de concurrentie zijn een aantal non-profit verzekeraars met diverse varianten van leeftijdgebonden premies op de markt gekomen. Over het algemeen worden deze polissen gekenmerkt door een grotere solidariteitsoverdracht van jongeren naar ouderen dan de budgetpolis.

Het is te verwachten dat het vooral de ouderen zijn die de dupe zullen worden van deze verhevigde concurrentiestrijd om de jongeren. Iemand van bijvoorbeeld 55 jaar, die dertig jaar geleden een (standaard)verzekering met volledige dekking heeft afgesloten, en dertig jaar lang trouw een premie heeft betaald waarin, zeker in zijn „goede” jaren, een flink stuk solidariteitspremie zat opgesloten met de toenmalige „ouderen”, behoeft van de huidige jongeren weinig solidariteit te verwachten: zij kiezen de verzekeringsvorm die, gegeven hun leeftijd, het goedkoopste is. De hevigheid van de concurrentiestrijd om de jongeren rechtvaardigt de verwachting dat de premie die zij betalen, binnenkort niet ver boven de kostprijsdekkende premie zal liggen. Voor de premiestijging van de polismvorm van de 55-jarige zal de verzekeringsmaatschappij binnen afzienbare tijd ontheffing van de prijzenbeschikking moeten aanvragen aan de minister van Economische Zaken. Een enkele ziektekostenverzekeraar zal dit nog kunnen voorkomen door *extra* veel nieuwe, jonge verzekerden te werven. Dit moet echter onherroepelijk ten koste gaan van andere verzekeraars die met een sterk „verouderd” bestand blijven zitten.

In dit verband kan ook de bevinding van Van Tulder van belang zijn 10). Hij constateerde bij het Ziekenfonds Noord-Limburg (160.000 verzekerden) in 1979 een aanzienlijk aantal (160) particulier verzekerden van boven de 60 jaar die zich bij het ziekenfonds lieten inschrijven - na de pensionering kan het gezinsinkomen onder de inkomensgrens van de bejaarden- of de vrijwillige ziekenfondsverzekering zijn gekomen - terwijl de omgekeerde stroom nauwelijks bestaat. Gegeven het significant lagere percentage bejaarden in Noord-Limburg (het werkgebied van het ziekenfonds ZNL) in vergelijking met het landelijk cijfer, vermoedt Van Tulder dat het gesignaleerde verschijnsel zich elders in nog sterkere mate voordoet. Hij concludeert dat „de particuliere verzekeringsmaatschappijen gevolg hebben kunnen geven aan de prijzenbeschikking van de Minister van Economische Zaken door een afwenteling van de kosten op de ziekenfondsverzekering”. Door een extra premiestijging voor de oudere particulier verzekerden als gevolg van de marktsegmentatie, zal de overgang naar een ziekenfondsverzekering voor een nog grotere groep aantrekkelijk worden.

Als we de ontwikkeling gedurende de laatste tien jaar samenvatten, constateren we binnen de particuliere verzekering een groeiende voorkeur voor een polismvorm met eigen risico (en een gereduceerde premie). Als gevolg hiervan neemt de solidariteit tussen gezonden en ongezonden verder af. Sedert medio 1980 is de marktsegmentatie als gevolg van de invoering van leeftijdgebonden premies in een stroomversnelling geraakt. Het sneeuwbaaleffect van de concurrentiestrijd om de gezonden en jongeren lijkt nauwelijks meer te stuiten, met als gevolg

aparte premies voor gezonden en minder gezonden, jongeren en ouderen (equivalentiebeginsel). Zonder verder ingrijpen mag worden verwacht dat binnen enkele jaren de premiestelling binnen de particuliere ziektekostenverzekering vrijwel volledig volgens het equivalentiebeginsel wordt bepaald. Het zijn vooral de minder gezonden en de ouderen die de dupe zullen zijn van deze ontwikkelingen. Ouderen die vroeger een flink stuk solidariteitspremie oprachten voor de toenmalige ouderen, behoeven van de huidige jongeren weinig solidariteit te verwachten. Tevens valt te verwachten dat een toenemend aantal particuliere ziektekostenverzekeraars als gevolg van de verhevigde concurrentiestrijd in financiële problemen zal komen.

#### *Vrijwillige ziekenfondsverzekering*

De hierboven geschetste ontwikkelingen binnen de particuliere verzekering zullen ongetwijfeld hun weerslag hebben op de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Wat de mate van solidariteit betreft neemt deze een tussenpositie in tussen de verplichte ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering. In de vrijwillige ziekenfondsverzekering komen enerzijds geen leeftijdoeslagen, geen uitsluitingen voor bestaande ziekten en geen afwijzingen voor, m.a.w. er bestaat solidariteit tussen gezonden en ongezonden, tussen jongeren en ouderen. Anderzijds zijn er per volwassen verzekerde wel regionale premieverschillen. Diverse reductieregelingen zorgen voor enige aanpassing van de premie aan de draagkracht, hoewel de premie kan oplopen tot meer dan 13% van het bruto inkomen 11).

De laatste twee à drie jaar wordt in toenemende mate gesproken van de „problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering” 12). De kern hiervan is tweeledig: ten eerste de leegloop van de goede risico's uit de vrijwillige ziekenfondsverzekering naar de particuliere verzekering en het toetreden van steeds meer risicogroepen tot de vrijwillige ziekenfondsverzekering, zoals rijksgenoten, bootvluchtelingen en bejaarden; en ten tweede de door velen als onbillijk ervaren lastenverdeling. Met betrekking tot de toestroom van slechte risico's maakt Van Tulder (onder een aantal veronderstellingen) de schatting dat de stroom bejaarden van de particuliere verzekering naar de vrijwillige ziekenfondsverzekering de premie in de vrijwillige ziekenfondsverzekering op jaarbasis met minimaal f. 84 (1980) per verzekerde extra heeft verhoogd 13).

Door genoemde ontwikkelingen wordt een stijgend beroep op de solidariteit gedaan, maar wordt tevens voor een nieuwe groep verzekerden de drempel overschreden om een goedkope particuliere verzekering te kiezen, waarmee de vicieuze cirkel rond is. De „slechte risico's” die overblijven in de vrijwillige ziekenfondsverzekering zullen een steeds hogere premie moeten betalen. In plaats van solidariteit tussen gezonden en ongezonden resteert op den duur slechts de solidariteit tussen ongezonden onderling. In wezen zal hierdoor de premie, afgezien van premiereducties en regionale verevening, steeds meer een aan het „risico” gerelateerde premie benaderen. Voegt men hierbij de dalende koopkracht, de slechte economische vooruitzichten en de reële stijging van

10) J. A. van Tulder, Verzekeringsstelsel brengt premies op hellend vlak, *De Inzet*, jg. 4, nr. 3, 1980.

11) J. A. de Roode, Problemen vrijwillige verzekering vragen om een structurele oplossing, *De Inzet*, jg. 4, 1980, nr. 1.

12) Zie b.v. De Roode, op. cit.; G. L. Hougée, Waarheen met de vrijwillige verzekering?, *De Inzet*, jg. 4, 1980, nr. 4; en idem, De vrijwillige verzekering verder bedreigd!, *De Inzet*, jg. 4, 1980, nr. 9; Van Tulder, op. cit.; H. J. Anbeek, Overheid dient bij te dragen in vrijwillige verzekering, *De Inzet*, jg. 3, 1979, nr. 12; R. W. Heidinga, Haalt vrijwillige verzekering 1984?, *De Inzet*, jg. 4, 1980, nr. 12; en verder diverse adviezen van de Ziekenfondsraad.

13) Van Tulder, op. cit.

de kosten van de gezondheidszorg, dan is de toekomst voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering uiterst somber.

Binnen de vrijwillige ziekenfondsverzekering bestaan twee verrekeningskassen en een vereveningskas die de kosten van ziekenfondsen in „dure” en „goedkope” gebieden onderling verevenen, zodat de aangesloten ziekenfondsen een gelijke premie hanteren. Zonder deze verevening zou de premie bijvoorbeeld in een stad als Haarlem ruim 25% hoger zijn dan thans het geval is 14). Door de groeiende problemen binnen de vrijwillige ziekenfondsverzekering komt ook de onderlinge verevening, die op basis van vrijwilligheid tot stand is gekomen, onder zware druk te staan. Zonder deze verevening „zouden de premies in bijvoorbeeld de stedelijke gebieden in het westen des lands wel eens zodanig uit de pan kunnen rijzen, dat ze voor grote groepen verzekerden volstrekt onbetaalbaar zouden worden” 15)

De laatste jaren hebben de hoge premiestijgingen in de vrijwillige ziekenfondsverzekering veel aandacht getrokken. Enige relativisering bij deze „premie-explosie” 16) lijkt op zijn plaats. Tabel 1 laat zien dat de premie-ontwikkeling in de vrijwillige ziekenfondsverzekering gedurende de periode 1977-1981 is achtergebleven bij die in de wettelijke ziekenfondsverzekering en die in de particuliere verzekering 17). De „bovenmatige” stijgingspercentages binnen de vrijwillige ziekenfondsverzekering in de jaren 1979 en 1980 zijn voornamelijk een gevolg van de geringe premiestijging in 1978 (ten opzichte van 1977). De „pijn” als gevolg van de hoge premiestijgingen in de jaren 1979 en 1980 is evenwel verhevigd door de aanzienlijk grotere toename van de rijksbijdrage in de periode 1977-1980 aan de wettelijke ziekenfondsverzekering (o.a. ter handhaving van de koopkracht) in vergelijking met de vrijwillige ziekenfondsverzekering (zie tabel 2).

Tabel 1. Premie-ontwikkeling 1977-1981

	Gemiddelde a) premie per verzekerde in de vrijwillige ziekenfondsverzekering		Gemiddelde premie (incl. vergoedingen) per verzekerde in de wettelijke (d.w.z. verplichte+bejaarden) ziekenfondsverzekering		Premiehoogte particuliere verzekering b)
	in gld.	index 1977=100	in gld.	index 1977=100	
1977	804,19	100	794,58	100	100
1978	838,89	104,3	864,19	108,8	109,5
1979	919,61	114,4	920,94	115,9	117,7
1980	1.033,81	128,6	985,30	124,0	130,1
1981	1.103,84	137,3	1.108,79	139,5	140,2

- a) De ontwikkeling van de *maximum* premie per verzekerde in de vrijwillige verzekering blijft in de periode 1977-1981 achter bij die van de *gemiddelde* premie.  
 b) Uitgaande van de maximaal toegestane jaarlijkse premieverhoging, die voor 1978 t/m 1981 respectievelijk 9,5%, 7,5%, 10,5% en 7,75% bedraagt. Geen rekening is gehouden met verleende ontheffingen voor hogere premiestijgingen, en met eventuele lagere premiestijgingen.

Bron: Gegevens over de vrijwillige ziekenfondsverzekering, Ziekenfondsraad, uitgave nr. 135, 1980, blz. 55. De gegevens betreffende 1979 zijn voorlopige cijfers, die voor 1980 en 1981 zijn ramingen. Gegevens over de wettelijke ziekenfondsverzekering 1977 en 1978: *Jaarverslag Ziekenfondsraad 1979*, blz. 218; gegevens 1979: voorlopige uitkomsten d.d. oktober 1980; zie Ziekenfondsraad, uitgave nr. 135, 1980, blz. 18, 20 en 34; gegevens 1980 en 1981: ramingen Ziekenfondsraad d.d. 26-2-1981.

Tabel 2. Rijksbijdrage per verzekerde in de ziekenfondsverzekering in gld.

	Verplichte verzekering	Bejaardenverzekering	Vrijwillige verzekering
1977	0,00	804,65	72,36
1978	32,73	976,92	73,36
1979	34,43	1.025,79	82,40
1980	60,46	1.308,96	97,92
1981	17,58	1.294,61	98,27

Bron: Ziekenfondsraad, uitgave nr. 135, 1980; *Jaarverslag Ziekenfondsraad 1979*, en ramingen Ziekenfondsraad d.d. 26-2-1981.

In 1981 is de rijksbijdrage aan de verplichte ziekenfondsverzekering evenwel fors verlaagd, en is het premiepercentage verhoogd van 8,1 tot 8,6 18). Bijgevolg is de stijging van de gemiddelde premie per verzekerde in de wettelijke zieken-

fondsverzekering in 1981 (+12,5%) aanzienlijk hoger dan die in de vrijwillige ziekenfondsverzekering (+6,8%) 19).

Gedurende de afgelopen jaren zijn diverse mogelijke oplossingen aangedragen om de lasten binnen de vrijwillige ziekenfondsverzekering billijker te verdelen, zoals verhoging van de rijksbijdrage en uitbreiding van de premiereductie-regelingen 20), koppeling van de premie aan het inkomen, en in het bijzonder een of andere vorm van (beperkte) volksverzekering. Als mogelijke oplossingen voor het probleem van de toestroom van slechte risico's en leegloop van goede risico's zijn onder andere genoemd: experimenteren met een ander toelatingsbeleid, een gewijzigd verstrekkingenpakket en premiestelsel 21), invoering van gedifferentieerde premies en pakketten 22), verhoging van de toelatingssgrens van de bejaardenverzekering en invoering van premies voor kinderen onder 16 jaar 23).

De kern van de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering schuilt in het *vrijwillige karakter* van de verzekering. Dit blijkt overduidelijk o.a. uit het advies van de Ziekenfondsraad van juni 1978 24). Een meerderheid van de Raad was toen voorstander van een stelsel van premieheffing waarbij de premie een gezinspremie is (zoals in de verplichte en bejaardenverzekering) en de hoogte van de premie direct afhangt van het inkomen en landelijk gelijk is. Een minderheid van de Raad was echter van mening dat een stelsel dat zo overwegend de nadruk legt op de solidariteit in wezen niet verenigbaar is met de vrijwilligheid ten aanzien van de toe- en uitreding, en dat het de oplossing van de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering niet dichterbij maar mogelijk juist verder weg brengt!

Als tweede oplossing suggereerde de Ziekenfondsraad uitbreiding van de premiereductieregelingen. In een eerder advies 25) had de Raad dit reeds een „voorlopige oplossing” genoemd. Een deel van de Raad had het zelfs een „tijdelijke noodoplossing” genoemd, in de veronderstelling dat een algemene volksverzekering spoedig een definitieve oplossing zou bieden. Ten einde de onevenwichtige lastenverdeling definitief op te heffen, houdt sedert januari 1980 een door de Ziekenfondsraad ingestelde commissie zich bezig met een diepgaande studie naar de mogelijkheid van een beperkte volksverzekering, dat wil zeggen een volksverzekering voor alle ingezetenen beneden een bepaalde inkomensgrens.

Samengevat constateren wij dat de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering uit zowel een leegloop van de „goede risico's” en een toestroom van „slechte risico's” als een onbillijk ervaren lastenverdeling bestaat. Deze problematiek komt voornamelijk voort uit het vrijwillige karakter van de verzekering. Gezien de recente ontwikkelingen binnen de particuliere ziektekostenverzekering, met name de verhevigde concurrentiestrijd om de jonge (en gezonde) verzekerden, moet worden gevreesd dat de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering eveneens in een stroomversnelling is geraakt. Wanneer geopereerd wordt op een markt waar de

- 14) De Roode, op. cit.  
 15) Heidinga, op. cit.  
 16) De Roode, op. cit.  
 17) Voor een exacte en volledige vergelijking met de premie-ontwikkeling van de particuliere verzekering dient men ook de uitbreiding van het verstrekkingenpakket in beide verzekeringsvormen in de beschouwing te betrekken.  
 18) N.b. bij gelijkblijvend premiepercentage is de premiestijging gelijk aan de loonstijging.  
 19) De stijging van de *maximum* premie in de vrijwillige ziekenfondsverzekering bedraagt in 1981 10,3% (1980: gemiddeld f. 138,75; 1981: f. 153).  
 20) Anbeek, op. cit.  
 21) Hougée, Waarheen met de vrijwillige verzekering, *De Inzet*, jg. 4, 1980, nr. 4.  
 22) Heidinga, op. cit.  
 23) De Roode, op. cit.  
 24) Ziekenfondsraad, uitgave nr. 97, 1978.

„concurrentie” het equivalentiebeginsel hanteert, is het vragen van solidariteit op vrijwillige basis gedoemd te mislukken.

### *Verplichte ziekenfondsverzekering*

Een aantal van de door de SER in 1973 aangegeven knelpunten hadden betrekking op de verplichte ziekenfondsverzekering. Deze knelpunten bestaan nog steeds, en worden door het stijgen van de kosten van de gezondheidszorg en de dalende koopkracht zelfs als „knellender” ervaren.

Door verschuivingen die zich gedurende de laatste jaren in het arbeidspatroon hebben voorgedaan, heeft met name de „problematiek van de deeltijdwerknemer” veel aandacht gekregen. Hiermede wordt bedoeld dat iemand die voor een gedeelte van de volledige werktijd in loondienst werkt – ongeacht de overige werkzaamheden en inkomsten – voor een gering bedrag in de verplichte ziekenfondsverzekering zit. Hierdoor heeft men recht op het volledige ziekenfondspakket terwijl een naar verhouding zeer geringe premie wordt betaald. Met betrekking tot de problematiek van de deeltijdwerknemers heeft de Ziekenfondsraad recent twee adviezen uitgebracht. In september 1979 onderscheidde de Raad drie alternatieven 26):

- a. beëindiging van de verzekeringsplicht;
- b. invoeren van een minimum premie;
- c. keuze uit minimum premie of restitutie van betaalde premie.

De Ziekenfondsraad concludeerde dat opheffen van de onevenwichtigheid tussen premie en rechten een zeer complexe zaak is. De Raad was géén voorstander van de bovengenoemde alternatieven b en c. Alternatief b „zou tot sociaal-politieke consequenties kunnen leiden, omdat door het duurder worden van deeltijdwerk ontwikkelingen worden afgeremd, welke gedurende de laatste jaren uit oogpunt van emancipatie en arbeidsmarktbeleid juist worden gestimuleerd”. Ook de consequenties voor de administratie van de werkgevers zouden niet gering zijn. Alternatief c stuitte op een groot aantal problemen van technisch/administratieve aard. Zo zouden de door de verzekerde verstrekte gegevens moeten worden geverifieerd, en zou bovendien door het ziekenfonds frequent moeten worden gecontroleerd of de vereiste minimum premie wordt betaald.

Resteert alternatief a. Hiervan stelde de Ziekenfondsraad dat het ongetwijfeld psychologische waarde heeft, maar dat er geen financiële voordelen van enige betekenis zijn te verwachten; afhankelijk van de gekozen criteria zou zelfs een gering financieel nadeel niet onmogelijk zijn. Veel deeltijdwerknemers kunnen immers reeds uit anderen hoofde verplicht verzekerd zijn (b.v. gedeeltelijke WAO-uitkering of een AWW-pensioen) of kunnen als medeverzekerde in de verplichte ziekenfondsverzekering worden ingeschreven. In deze gevallen betekent beëindiging van de verzekeringsplicht uit hoofde van de deeltijdarbeid slechts het wegvallen van de premie-opbrengst onder handhaving van de reeds bestaande aanspraken.

In oktober 1979 deelde de regering de Tweede Kamer mede van de drie genoemde alternatieven het onder b genoemde het rechtvaardigste te achten 27). Na een diepgaande bestudering van de technische mogelijkheden van invoering van een stelsel van minimum premiebedragen meende de Ziekenfondsraad in juni 1980, zonder hierbij in te gaan op de sociaal-economische en maatschappelijke gevolgen, invoering van een minimum premie opnieuw dringend te moeten ontraden 28). Belangrijke overwegingen hierbij waren onder andere dat invoering van het beoogde stelsel leidt tot onevenredig grote administratief-technische consequenties voor de administraties van werkgevers en ziekenfondsen, de doorzichtigheid van het totale stelsel van ziekenfondsverzekering in ernstige mate in gevaar doet komen en, na aftrek van de administratiekosten, geen duidelijke financiële voordelen biedt.

In zijn vergadering van 23 april jl. heeft de Ziekenfonds-

raad besloten de regering te adviseren om mensen met een deeltijd baan van minder dan acht uur per week in één dienstbetrekking uit te sluiten van de verplichte ziekenfondsverzekering. Part-timers die meer dan acht uur per week bij één werkgever volmaken, moeten een minimum premie betalen die wordt berekend over 40% van het minimum (jeugd)loon, inclusief de vakantietoeslag 29).

Zoals reeds gezegd, houdt een commissie van de Ziekenfondsraad zich momenteel bezig met de bestudering van een beperkte volksverzekering ten einde de onevenwichtige lastenverdeling op een meer structurele wijze op te heffen.

### **Samenvatting en conclusie**

Binnen de particuliere ziektekostenverzekering is, vooral gedurende het laatste jaar, een hevige concurrentiestrijd om de jongeren en de gezonden ontbrand. Het solidariteitsprincipe maakt steeds meer plaats voor het equivalentiebeginsel. Het zijn vooral de minder gezonden en de ouderen die de dupe zullen zijn van deze ontwikkeling. Tevens valt te verwachten dat een toenemend aantal particuliere ziektekostenverzekeraars in financiële problemen zal komen.

Mede als gevolg van de concurrentiestrijd binnen de particuliere ziektekostenverzekering neemt de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering toe: een groeiende leegloop van goede risico's en toestromen van slechte risico's, en een als onbillijk ervaren lastenverdeling. Door toename van het aantal deeltijdwerknemers is aan de problematiek van deze groep binnen de verplichte ziekenfondsverzekering de laatste jaren veel aandacht besteed. Deze problematiek bestaat hieruit dat iemand die voor een gedeelte van de volledige werktijd in loondienst werkt, voor een gering bedrag recht heeft op het volledige ziekenfondspakket.

Een oplossing voor bovengenoemde problemen in de ziekenfondsverzekeringen kan wellicht gevonden worden in een beperkte volksverzekering, d.w.z. een volksverzekering voor alle ingezetenen beneden een bepaalde inkomensgrens. Binnenkort zal een commissie van de Ziekenfondsraad de resultaten van een studie hierover bekend maken.

Een beperkte volksverzekering biedt echter geen oplossing voor de „crisis” binnen de particuliere ziektekostenverzekering; integendeel, als gevolg van het vervangen van de bestaande loongrenzen door een inkomensgrens, gaan de „goede risico's” die momenteel een particuliere verzekering verkiezen boven de vrijwillige ziekenfondsverzekering, over naar de beperkte volksverzekering en hierdoor zullen de problemen binnen de particuliere ziektekostenverzekering eerder toe- dan afnemen. Ook is „een beperkte volksverzekering tegen ziektekosten geen remedie tegen stijgende kosten van de (huidige) vrijwillige ziekenfondsverzekering wanneer het mogelijk blijft dat groepen die zware geneeskundige risico's meebrengen (b.v. arbeidsongeschikten of gepensioneerden) door achteruitgang van inkomsten zonder meer in deze volksverzekering terecht komen” 30). Ten slotte doet een beperkte volksverzekering geen recht aan het principe van betaling naar draagkracht wanneer men door overschrijding van de inkomensgrens gemiddeld minder ziektekosten gaat betalen.

**Wijnand van de Ven**

25) Ziekenfondsraad, uitgave nr. 90, 1977.

26) Ziekenfondsraad, uitgave nr. 111, 1979.

27) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 15.540, nr. 24, blz. 6.

28) Ziekenfondsraad, uitgave nr. 128, 1980.

29) *NRC Handelsblad*, 24 april 1981.

30) Van Tulder, op. cit.