

Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid (I)

Op weg naar een volksverzekering

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

Evenals vele andere onderdelen van het sociale-verzekeringsstelsel staat ook het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen volop in discussie. Belangrijke redenen om het stelsel te herzien zijn de onevenwichtige lastenverdeling van ziektekosten, de ondoorzichtigheid van het stelsel, het als discriminerend ervaren onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten, de afname van de solidariteit tussen verzekerden en het feit dat het merendeel van de bevolking geen enkele keuzevrijheid heeft wat de omvang en samenstelling van de ziektekostenverzekering betreft.

In een tweetal artikelen wordt deze problematiek besproken. In het eerste deel wordt gepoogd voorwaarden te formuleren waaraan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen zou moeten voldoen. De auteur gaat in op de ideeën die de WRR op dit punt naar voren heeft gebracht alsmede op de voorstellen die zijn gedaan in het kader van de ambtelijke heroverwegingen. In deel II, dat volgende week in ESB verschijnt, worden de contouren van een nieuwe Algemene Wet Ziektekosten geschetst die de bezwaren tegen de huidige regelingen zou kunnen ondervangen.

1. Inleiding

Eén van de hoofddoelstellingen van het regeringsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg is het tot stand brengen van een fundamentele wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Oud-staatssecretaris J. P. M. Hendriks heeft indertijd geprobeerd een volksverzekering tegen ziektekosten in te voeren. Een belangrijke reden waarom dit voornemen niet is gerealiseerd, is gelegen in de onaanvaardbare inkomensverschuivingen die een volksverzekering bij bepaalde groepen teweeg zou brengen. De huidige staatssecretaris voor Volksgezondheid, drs. J. P. van der Reyden, heeft kort na zijn aantreden verklaard alleen daarom een discussie over een volksverzekering tegen ziektekosten niet uit de weg te gaan 1). Zijn voorkeur gaat uit naar een volksverzekering met beperkte dekking. Van der Reyden acht het gewenst de gedachte van een basisverzekering en een aanvullende verzekering nader uit te werken. In het voorjaar 1983 zal hij met gerichte ideeën over de herziening van het stelsel komen.

In een tweetal artikelen wordt getracht een bijdrage te leveren aan de discussie over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. In het eerste artikel wordt ingegaan op de redenen voor een herziening van het stelsel, op voorwaarden waaraan een nieuw stelsel zou moeten voldoen en op twee belangrijke voorstellen tot wijziging van het stelsel. In het tweede artikel worden de contouren geschetst van een volksverzekering tegen ziektekosten, waarbij onder andere:

- de mogelijkheid wordt gecreëerd van een evenwichtige lastenverdeling;
- aan de verzekerde een ruime keuzemogelijkheid wordt geboden om naast een basisverzekering desgewenst aanvullende verzekeringen te kopen;
- mogelijkheden zijn ingebouwd om bestaande kostenverhogende financiële prikkels om te zetten in kostenverlagende prikkels en zodoende een bijdrage te leveren aan de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Een basisgedachte in de voorgestelde volksverzekering is dat de verzekerde kiest uit diverse met elkaar concurrerende verzekeraars. Deze concurrentie kan gestalte krijgen in verschillende premies, kostenbeheersing, toezicht op onnodig gebruik, efficiency, het dienstbetoon en de aanvullende verzekeringen en kan leiden tot een kosten-effectief gezondheidszorgsysteem. Regelgeving ten aanzien van acceptatieplicht, minimum verzekeringsdekking, premiestelling en informatieplicht zorgt voor een eerlijke concurrentie.

Deze basisgedachte wordt de laatste jaren gepropageerd door een nieuwe school gezondheidszorgeconomen, waarvan Alain Enthoven één van de belangrijkste pleitbezorgers is. Hij beschouwt een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie als een effectiever instrument voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg dan overheidsingrijpen, zoals b.v. budgettering en tarievenbeleid. Bestaande financiële prikkels tot ondoelmatigheid, zoals het systeem van betaling per verrichting, vergoeding op basis van gemaakte kosten en de betaling door derden, werken sterk kostenverhogend, bevorderen geen afweging van de

* Gezondheidszorgeconoom. Ten tijde van het schrijven van het artikel was de auteur verbonden aan het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, Rijksuniversiteit te Leiden. Thans is hij werkzaam bij de Studierichting Algemene Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit onderzoek was mogelijk dank zij een subsidie van de Ziekenfondsraad. De auteur dankt de volgende personen voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel: J. H. Bok, drs. J. M. Dekkers, drs. R. H. M. Hendriks, drs. E. M. Hooijmans, drs. R. L. Kamermans, drs. G. M. W. M. Keijser, F. van Keulen, dr. P. A. B. Konijn, prof. dr. R. M. Lapré, prof. dr. B. M. S. van Praag, prof. dr. F. F. H. Rutten en mr. G. Veeningen. De verantwoordelijkheid voor dit artikel berust geheel bij de auteur, De weergegeven meningen zijn die van de auteur en komen niet noodzakelijk overeen met die van een van bovengenoemde personen of instanties.

1) Toespraak bij de Algemene ledenvergadering van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 14 december 1982.

kosten tegen de baten en kunnen onder andere door politieke en maatschappelijke druk reguleringsmaatregelen ondermijnen. Daarentegen kan een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie tussen financieel zelfstandige verzekeraars of alternatieve organisaties financiële prikkels tot doelmatigheid verschaffen en zodoende bijdragen tot kostenbeheersing. In de Verenigde Staten zijn hiermee de laatste tientallen jaren zeer goede ervaringen opgedaan.

De indeling van dit artikel is als volgt. In paragraaf 2 wordt kort ingegaan op de vraag naar het waarom van een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering. Vervolgens worden voorwaarden genoemd waaraan naar de mening van de auteur een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen moet voldoen (paragraaf 3) en worden enige recente voorstellen tot herziening besproken (paragraaf 4). In paragraaf 5 worden de conclusies samengevat.

2. Waarom een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

Eén van de belangrijkste redenen om het stelsel van ziektekostenverzekeringen te herzien (2), is het feit dat de huidige lastenverdeling van ziektekosten onevenwichtig is en door velen als onrechtvaardig wordt beschouwd.

Gewezen kan worden op de toenemende vergrijzing en de sterke premiestijging in de vrijwillige ziekenfondsverzekering; op de afnemende solidariteit tussen gezonden en minder gezonden als gevolg van de (niet aan een regelgeving onderworpen) concurrentie tussen de particuliere verzekeraars; op het feit dat factoren als beroep, inkomen en werkgever van grote invloed kunnen zijn op iemands ziektekosten (i.e. premie, eigen bijdragen en directe betalingen); en op de wijze waarop in de verplichte ziekenfondsverzekering solidariteit wordt opgebracht en opgelegd. Enerzijds kunnen deeltijdwerkers in loondienst voor een geringe premie voor zich zelf en in veel gevallen ook voor hun gezinsleden aanspraak maken op alle verstrekkingen in het ziekenfondspakket. Anderzijds betalen twee gehuwden met een looninkomen vlak onder de loongrens *elk* de maximale ziekenfondspremie. „Bij de ziekenfondsverzekering kan de solidariteit oplopen tot de factor 10 en hoger. Een alleenstaande met een maximale premie betaalt tien keer zoveel per „ziel” als de minimum-inkomenstrekker met vrouw en vier kinderen”, aldus de plaatsvervangend directeur-generaal Volksgezondheid drs. H. A. M. Elsen (3). Een dergelijke solidariteit moet overtrokken worden geacht, meent de algemeen secretaris van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen J. de Vries in een op persoonlijke titel geschreven beschouwing (4). De particuliere ziektekostenverzekeraar Het Zilveren Kruis, ten slotte, stelt dat de solidariteitsbijdrage die sommige verplicht-verzekerden bij wet wordt afgedwongen nu toch echt de pan uit lijkt te rijzen (5).

Naast de onevenwichtige lastenverdeling zijn er ook andere overwegingen om het stelsel te herzien, zoals:

- het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen is ondoorzichtig (6) en brengt veel administratieve rompslomp met zich mee. Bij voorbeeld in het geval dat men afwisselend wel/niet in loondienst is, bij een looninkomen rond de loongrens, bij de controle en uitvoering van de reductieregelingen in de vrijwillige en bejaardenziekenfondsverzekering en bij de controle op juiste in- en uitschrijving bij het verplichte ziekenfonds. De grote verscheidenheid aan diverse regelingen, vaak afhankelijk van beroep, inkomen en werkgever, leidt tot veel onnodig administratief werk;
- het huidige onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden wordt door velen als discriminerend ervaren;
- het verstrekkingenpakket van de (verplichte) ziekenfondsverzekering laat geen enkele ruimte voor individuele voorkeuren. Met verzekerden die bij voorbeeld bewust kiezen voor eerste-lijnshulp door alternatieve genezers in plaats van door reguliere geneeskundigen, wordt geen enkele rekening gehouden. In toenemende mate wordt ervoor gepleit het ziekenfondspakket te beperken tot een basispakket van noodzakelijke voorzieningen. De verzekerde is dan vrij om de bijbehorende premiekorting naar eigen inzicht te besteden, bij voorbeeld voor het afsluiten van een aanvullende verzekering.

Na een analyse van het huidige systeem concludeert J. de Vries „dat de historische basis van het Nederlandse stelsel als achterhaald moet worden beschouwd (...). Het systeem wordt als een keurslijf ervaren, houdt onvoldoende rekening met persoonlijke keuzen en sluit niet meer aan op de maatschappelijke inzichten van vandaag” (7).

3. Voorwaarden voor een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Voorwaarden waaraan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen naar de mening van de auteur onder meer zou moeten voldoen zijn:

1. de onevenwichtige lastenverdeling en het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier dienen te worden opgeheven;
2. het stelsel dient de verzekerde voldoende keuzevrijheid te bieden;
3. het stelsel dient, meer dan thans het geval is, mogelijkheden tot kostenbeheersing te bevatten;
4. de premie dient onafhankelijk te zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerde (solidariteit tussen gezonden en minder gezonden);
5. een nieuw stelsel mag niet leiden tot (nadelige gevolgen van) hoge collectieve lasten;
6. het stelsel moet voor de verzekerde doorzichtig zijn;
7. de uitvoering dient zoveel mogelijk te geschieden door de huidige uitvoeringsorganen, dat wil zeggen de ziekenfondsen, de particuliere verzekeraars en de uitvoeringsorganen van de ambtenarenregelingen.

Op de drie eerstgenoemde voorwaarden zal nader worden ingegaan.

Opheffen van het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier

Een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen dient te leiden tot een evenwichtige en rechtvaardige lastenverdeling van de ziektekosten. Gezien de in de vorige paragraaf genoemde onevenwichtigheden lijkt het vervangen van de diverse ziekenfonds- en particuliere verzekeringen door een uniforme, voor iedereen geldende regeling hiervoor een noodzakelijke voorwaarde. Er zijn ook andere overwegingen om het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier op te heffen.

In het verleden zijn de ziekenfondsen opgericht om de minst draagkrachtigen medische hulp te bieden. Alleen mensen met een inkomen onder een bepaalde welstandsgrens konden lid worden van het ziekenfonds. De artsen verklaarden zich bereid ziekenfondsverzekerden tegen lage tarieven te behandelen. Degeenen boven de welstandsgrens betaalden als particuliere patiënten aanzienlijk hogere tarieven dan de ziekenfondstarieven, waardoor de in verhouding geringe inkomsten uit de ziekenfondspraktijk werden gecompenseerd (8). De loongrens (welstands-

2) Voor een beschrijving van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen zie W. P. M. M. van de Ven, *Ziekenfonds versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg*, ESB, 3 juni 1981, blz. 524-527.

3) H. A. M. Elsen, *Economische ontwikkelings-tendensen en hun invloed op de huidige en toekomstige gezondheidszorg*, in: J. C. M. Hattinga Verschure (red.), *Gezondheidszorg in een turbulente crisis; afbraak of opbouw?*, De Tijdstroom, Lochem, 1981, blz. 76.

4) J. de Vries, *Het verzekeringsstelsel op de helling*, *De Inzet*, nr. 7/8, 1982, blz. 19-24.

5) Het Zilveren Kruis, *Jaarverslag 1980*.

6) Zie b.v. de ingewikkelde schema's in de *Consumentengids* van augustus en oktober 1978.

7) De Vries, op. cit., blz. 22.

8) Voor een uitgebreide beschrijving van de ontwikkeling van het ziekenfondswezen in Nederland, zie o.a. J. A. Berger, *De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland*, drukkerij F. van de Velde, Vlissingen, 1930; L. S. Godefroi, *Het Ziekenfondswezen in Nederland; ontwikkelingen en perspectieven*, Geschriften van Prof. Mr. B. M. Telder stichting, nr. 10, Martinus Nijhoff, 's Gravenhage, 1963; L. V. Ledebuer, *Heden en verleden van de ziekenfondsverzekering en de verzekering van blijvende ziektekosten*, bewerking van artikelen in het *Pharmaceutisch Weekblad*, uitgave Ziekenfondsraad, 1973; en P. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, Socialistische Uitgeverij Nijmegen, 1982.

grens) in de ziekenfondsverzekering vindt derhalve zijn oorsprong in de naar het inkomen gedifferentieerde tarieven en is in overeenstemming met de gedachte van „betaling naar draagkracht”.

Uit eerder onderzoek 9) blijkt echter dat een verplicht ziekenfondsverzekerde met een loon tussen ca. f. 31.000 en f. 43.450 per jaar (de loongrens in 1982) in geval van een *gemiddeld* aantal medeverzekerden, *gemiddeld* meer ziektekosten heeft dan een particulier verzekerde met een gelijk aantal medeverzekerden. (Onder ziektekosten wordt hier verstaan: de totale ziekenfondspremie of premie voor particuliere ziektekostenverzekering, eigen bijdragen en overige directe betalingen van de verzekerde; AWBZ-premie en belasting zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.) Stijgt het inkomen boven de loongrens, dan behoeft men dus, bij een gemiddeld aantal medeverzekerden, gemiddeld 10) minder ziektekosten te betalen. In 1979 bedroeg deze afname ca. 15 à 20% 11). Gezien de zeer sterke stijging van de ziekenfondspremie 12) is het aannemelijk dat dit verschil in de afgelopen jaren is toegenomen. Met andere woorden, de huidige loongrens („welstandsgrens”) blijkt ten dele in strijd te zijn met de gedachte van „betaling naar draagkracht”.

De overheid streeft er thans naar de tariefniveaus in de particuliere sector en in de ziekenfondssector geleidelijk naar elkaar te laten groeien. Hierdoor wordt een einde gemaakt aan de naar het inkomen gedifferentieerde tarieven en zal het bovengenoemde verschil (van 15 à 20%) verder toenemen. Gezien de historische achtergrond van de loongrens behoort het afschaffen van de loongrens (of een „welstandsgrens”) een logisch uitvloeisel te zijn van het afschaffen van de tariefverschillen.

Ook in ziekenfondskringen wordt hardop nagedacht over het afschaffen van de loongrens (hoewel andere overwegingen hierbij wellicht (mede) een rol spelen), getuige de uitspraak van J. de Vries: „De noodzaak om een loongrens te handhaven zal ernstig punt van discussie moeten vormen. Waarom zou dit

overblijfsel uit vroegere tijden er moeten blijven? Afschaffing ligt voor de hand” 13).

Keuzevrijheid van de verzekerde

In een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen dient iedere verzekerde, anders dan nu, enige keuzevrijheid te hebben in de omvang en samenstelling van de dekking van de ziektekostenverzekering. Elders zijn uitgebreid overwegingen ten gunste van enige keuzevrijheid gegeven 14). Kort samengevat luiden deze overwegingen:

- in de particuliere sector, waar een keuzevrijheid bestaat, heeft de praktijk geleerd dat een behoefte aan deze keuzevrijheid aanwezig is; in de ziekenfondssector blijkt deze behoefte ook te bestaan 15);
- het gemiddeld reëel beschikbaar inkomen bedraagt thans ongeveer twee en half keer zoveel als dertig jaar geleden. De noodzaak van een verregaande overheidsbemoeienis als het verplicht opleggen van een zeer omvangrijke ziektekostenverzekering lijkt thans niet meer aanwezig;
- enige keuzevrijheid in de ziektekostenverzekering geeft de consument gelegenheid zelf te bepalen waar hij zijn geld aan wil besteden. Zodoende kan blijken of de consument bereid is de kosten te betalen van de huidige overcapaciteit aan gezondheidszorgvoorzieningen en van de verdere uitbreiding van die voorzieningen waarvan het nut in de vorm van kwaliteitsverbetering op zijn minst dubieus is, zeker als men dit vergelijkt met de bestede kosten;
- enige keuzevrijheid in de ziektekostenverzekering verschaft de consument en de hulpverlener, via de werking van het prijsmechanisme, financiële prikkels tot een efficiënte dienstverlening en draagt zodoende bij tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Enige keuzevrijheid ten aanzien van de ziektekostenverzekering kan worden gerealiseerd door een verplichte ziektekostenverzekering die de verzekerde een nader omschreven minimum verzekeringsdekking tegen ziektekosten biedt („vangnet”) 16); daarnaast is de verzekerde vrij om al dan niet aanvullende verzekeringen af te sluiten.

Mogelijkheden tot kostenbeheersing

De gezondheidstoestand van de patiënt is de belangrijkste determinant van de aard en de omvang van de aan hem verleende

9) Van de Ven, art. cit., blz. 530.

10) Met nadruk zij gesteld dat het hier gaat om de *gemiddelde* ziektekosten bij een *gemiddeld* aantal medeverzekerden. In individuele gevallen zal het voor- of nadeel afhangen van onder andere de gezinsgrootte, leeftijd en gezondheid.

11) De (buiten beschouwing gelaten) AWBZ-premie en belasting zijn voor iemand net onder of net boven de loongrens vrijwel gelijk.

12) In de periode 1979-1983 is het premiepercentage gestegen van 8,1 naar 9,8. Dit betekent dat de premiestijging, uitgedrukt in guldens, gelijk is aan 21% *plus* het percentage van de loonstijging.

13) De Vries, op. cit., blz. 24.

14) W. P. M. M. van de Ven, *Kanttekeningen bij de herstructurering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen*, lezing 8 juni 1982, verschijnt in: M. Ellman en M. Brouwer (red.), *De collectieve sector in de crisis*. Kluwer, Deventer.

15) In een recente enquête is de vraag gesteld: „Als er een algemene volksverzekering tegen ziektekosten zou komen met een voor iedereen gelijk basispakket met daarin de belangrijkste voorzieningen zoals huisarts, specialist, geneesmiddelen en ziekenhuis, terwijl u zich voor de rest zelf zou moeten bijverzekeren, zou u het met zo'n volksverzekering eens zijn?”. Van de ziekenfondsverzekerden bleek het aantal voorstanders duidelijk groter dan het aantal tegenstanders: 49% antwoordde „ja”, 34% antwoordde „nee” en 17% antwoordde „weet niet/geen mening”. (Onder niet-ziektenfonds verzekerden waren deze percentages 66%, 23%, resp. 11%) zie J. W. M. Collaris en R. W. Heidinga. Ruim helft van bevolking kiest voor basispakket, *De Inzet*, nr. 19, 1982, blz. 23-30.

16) Voor overwegingen waarom in de gezondheidszorg een volledige ordening volgens het principe van de vrije markt en een volledige vrijheid t.a.v. (al dan niet) verzekeren ongewenst is, zie b.v. A. C. Enthoven, *Health Plan; the only practical solution to the soaring cost of medical care*, Addison-Wesley, 1980, blz. 78-82; en Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaarding van welzijnsbeleid*, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982, blz. 71-73.

medische hulp. Daarnaast spelen ook andere factoren een belangrijke rol, zoals het financiële aspect.

De huidige financiering van het gezondheidszorgsysteem bevat wellicht meer kostenverhogende dan kostenverlagende financiële prikkels 17). Een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen dient, meer dan thans het geval is, mogelijkheden tot kostenbeheersing te bevatten. Het systeem van betaling per verrichting belooft de hulpverlener (b.v. de specialist, fysiotherapeut) met meer inkomsten voor het verlenen van veel en dure hulp, ongeacht of de hulp noodzakelijk is dan wel enig positief resultaat heeft. Het systeem van vergoeding op basis van gemaakte kosten (b.v. ziekenhuizen) bevat geen prikkel tot kosten-effectief handelen en werkt verspilling in de hand. Het systeem van betaling door „derden” (meestal een verzekeringsinstelling) bevat prikkels voor de patiënt om, afgezien van het ongemak en het tijdverlies, alle medische hulp met verwachte positieve opbrengst in te roepen.

De praktische realisering van maatregelen tot kostenbeheersing zoals budgettering (b.v. per regio, per ziekenhuis), degressief systeem (d.w.z. een lagere vergoeding per verrichting naarmate het inkomen van de hulpverlener toeneemt) of het werken in loondienst, wordt thans bemoeilijkt door de veelheid aan financierende instanties (meestal verzekeringsinstellingen) en door het ontbreken van adequate informatie. Een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen kan deze belemmeringen (zoveel mogelijk) wegnemen door het aantal geldstromen naar de hulpverleners te beperken, zo mogelijk tot één, en de mogelijkheid te bieden tot een landelijk uniform registratiesysteem.

Gedurende de laatste jaren is onder gezondheidszorgeconomie een nieuwe school ontstaan die een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie als een effectiever instrument voor kostenbeheersing beschouwt dan regulering, waaronder hier wordt verstaan: overheidsingrijpen, zoals budgettering, beheersing van aanbodcapaciteit en prijsbeheersing 18). Eén van de belangrijkste pleitbezorgers van deze nieuwe school is Alain Enthoven. In een aantal zeer lezenswaardige publikaties 19) zet Enthoven uiteen hoe de effectiviteit van regulering kan worden ondermijnd door kostenverhogende financiële prikkels. Indien degenen die de beslissingen nemen niet geïnteresseerd zijn in kosten-effectiviteit, zal het systeem niet kosten-effectief zijn. Reguleringmaatregelen zullen ondermijnende reacties oproepen zolang de hulpverleners 20) en de gebruikers geen directe verantwoordelijkheid dragen voor de financiële, economische gevolgen van hun beslissingen.

Bij budgettering 21) bij voorbeeld, zal men trachten bepaalde posten onder een ander budget te laten vallen. Of als een ziekenhuisbudget afhangt van de samenstelling van de behandelde gevallen („case-mix”) ontstaat de prikkel in twijfelgevallen een behandeling het duurste label te geven. Budgettering op zich biedt geen prikkel om, nadat het budget is vastgesteld, de kosten onder het budgetbedrag te houden. Het budget vormt in feite zowel een minimum als een maximum.

Wat is de sanctie op het overschrijden van het budget? (Het sluiten van het ziekenhuis tot aan het begin van de nieuwe budgetperiode?) 22). Efficiënt gedrag wordt bij budgettering gestraft (het niet opmaken van het budget leidt tot een lager budget in de toekomst) en inefficiënt gedrag wordt niet gestraft (degenen die inefficiënt handelen, b.v. patiënten onnodig lang in bed houden, kunnen door de lange wachtlijsten „aantonen” dat essentiële faciliteiten ontbreken). Iedere regio of ziekenhuis zal onder politieke persie (pers, demonstraties e.d.) argumenten aanvoeren waarom zij toevallig meer middelen nodig heeft dan het vastgestelde budget 23).

Effectieve fysieke beheersing van de aanbodcapaciteit door middel van bij voorbeeld een maximaal aantal ziekenhuisbedden, artsen of fysiotherapeuten per inwoner zal, zolang de (potentiële) gebruikers geen direct belang hebben bij een kosten-effectieve gezondheidszorg, door politieke persie en door maatschappelijke weerstand worden bemoeilijkt 24). Bovendien wordt door het sluiten van de markt de bedrijfsvoering van inefficiënte hulpverleners beschermd tegen mogelijke nieuwkomers die een prikkel tot efficiënt werken kunnen vormen.

Prijsbeheersing (tariefvaststelling) bij een systeem van betaling per verrichting bevat prikkels tot meer verrichtingen per patiënt, meer terugbestel-consulten of verkorting van de gemiddelde con-

sultuur. Ook een degressief systeem behoeft, bij een voldoende instroom van nieuwe hulpverleners, niet noodzakelijk tot lagere kosten te leiden 25).

In de Verenigde Staten is gedurende de laatste tien jaar het overheidsingrijpen in de gezondheidszorg in de vorm van prijs-

17) In zijn rapport *Herwaardering van Welzijnsbeleid* constateert de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat „het financieringsstelsel voor geen enkele marktpartij een gerichte prikkel bevat tot economisch gebruik van de voorzieningen. Het tegendeel is vaak het geval... De honorering van medici en de financiering van de ziekenhuizen bevatten financiële prikkels tot overconsumptie” (blz. 92-93). Tot dezelfde conclusie komt F. A. Bol, oud-hoofdredacteur van *Medisch Contact*: „De huidige financieringswijze bevordert een doelmatig gebruik van de middelen niet. De huisarts die snel en veel verwijst houdt tijd over voor andere werkzaamheden zonder dat zijn ziekenfondsinkomen daaronder lijdt. Het inkomen van de specialist wordt voor een belangrijk deel bepaald door het aantal verrichtingen. Het ziekenhuis heeft belang bij een hoog bezettingspercentage, zolang het bed als rekeneenheid geldt... Een ieder die geen vreemde in Jeruzalem is weet dat er ook onnodig wordt verwezen en dat er ook wel wordt gemaximaliseerd bij diagnostisch onderzoek en behandeling” (*Medisch Contact*, 1979, blz. 1307).

18) Ook bij een (door de overheid opgestelde) regelgeving is uiteraard sprake van (overheids)regulering. In dit artikel zullen wij echter onder regulering verstaan: overheidsingrijpen, zoals b.v. budgettering, beheersing van aanbod en prijsbeheersing.

19) A. C. Enthoven, Consumer-choice health plan, *New England Journal of Medicine*, nr. 298, jg. 1978, blz. 650-658, 709-720 en het eerder aangehaalde werk.

20) Onder hulpverlener wordt hier ook „hulpverlenende instantie” verstaan.

21) Per regio of per ziekenhuis.

22) Tijdens het symposium „Budgettering zonder groei” (7-8 mei 1982), waar vele aspecten van budgettering uitgebreid zijn besproken, heeft geen enkele spreker aandacht besteed aan (de effectiviteit van) sancties op het overschrijden van het budget. (Zie het verslag van het symposium, onder redactie van A. P. W. P. van Montfort, NZI-publikatie 82.319).

23) Een bijkomend probleem bij budgettering is het vaststellen van het budgetbedrag. In Engeland heeft men na ruim 30 jaar ervaring met budgettering nog steeds geen bevredigende oplossing gevonden voor de bepaling van de verdeelsleutels om de beschikbare middelen over de regio's te verdelen. Zie J. P. Mackenbach, en W. A. Koch, Gebruik van sterftcijfers bij de vaststelling van regionale financiële plafonds?, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nr. 60, jg. 1982, blz. 490-497.

24) Illustratief is de reactie van H. J. Anbeek, voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, op de plannen van minister Gardener om het aantal ziekenhuisbedden met 8.000 te verminderen: „Bezuinigen door bedden weg te doen — dat levert groot geld op. Maar ik betwijfel of die komende grote beddenreductie maatschappelijk haalbaar zal zijn. Man, dat wordt een storm in mijn achterban”, in *Weekblad Gezondheidszorg*, 8 april 1982.

25) Invoering van een degressief systeem voor specialistische hulp kan ertoe leiden dat de huidige specialisten, door een afweging van de marginale extra inkomsten tegen extra vrije tijd en een verminderde arbeidsbelasting, minder uren per week gaan werken. De vrijkomende uren worden tegen het hoge tarief opgevuld door nieuwe specialisten, van wie er in de komende decennia meer dan voldoende zijn. Op deze wijze vormt het degressief systeem wel een werkgelegenheidsplan voor de medische specialisten („inkomen inleveren voor meer arbeidsplaatsen”), maar leidt het niet noodzakelijk tot lagere totale kosten van de gezondheidszorg.

controles, controle op investeringen en regulering van het gebruik van voorzieningen sterk toegenomen 26). Van der Gaag en Rutten constateren dat de resultaten van recente evaluatiestudies „een aantal vraagtekens hebben geplaatst bij de effectiviteit van een aantal van deze maatregelen” 27). Ook Enthoven komt op grond van diverse studies tot de conclusie dat een dergelijk overheidsingrijpen weinig succesvol is geweest 28). Van der Gaag en Rutten noemen als oorzaken van het falend overheidsingrijpen 29):

- het feit dat veelal sprake is van een partiële aanpak: prijsbeheersing zonder normering van de hoeveelheden; regulering van een deelsector zonder aandacht te schenken aan de reacties daarop in een andere sector;
- het ontbreken van een integraal beleid dat geen ontsnapingsmogelijkheden biedt aan de aanbieders van zorg, die zich door de kostenbeheersingsmaatregelen beknot voelen;
- het onvoldoende rekening houden met de directe prikkels op de beslissers in de gezondheidszorg (artsen en ziekenhuisbestuurders) die vanwege andere belangen een politiek kunnen volgen die de effecten van de regulering doorkruist.

Enthoven wijst hier eveneens op en noemt als belangrijkste tekortkoming bij bovengenoemd overheidsingrijpen dat *degenen die de beslissingen nemen niet worden beloond voor het laag houden van de kosten*.

Op welke wijze is het mogelijk in het kader van een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen kostenverlagende financiële prikkels te introduceren? Een eigen bijdrage voor de verzekerde lijkt een voor de hand liggende mogelijkheid. Uit tientallen studies blijkt dat verhoging van de directe prijs die de patiënt moet betalen, leidt tot een daling van het gebruik van de desbetreffende vorm van medische consumptie 30). Gezien echter de aard van de eerder genoemde kostenverhogende financiële prikkels en gezien het feit dat het grootste deel van de kosten in de gezondheidszorg het gevolg is van de beslissingen van artsen 31), ligt het in de rede om kostenbeheersing primair gericht te laten zijn op het belonen van kosten-effectief handelen door de hulpverleners. Hoe kan men dit bereiken door een wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen?

Voor een antwoord op deze vraag kan gewezen worden op de ervaringen gedurende de afgelopen decennia in de Verenigde Staten met de zogenaamde Health Maintenance Organizations (HMO's). Bij de „Prepaid Group Practices” — de meest voorkomende HMO-vorm — zijn de totale ziektekosten per verzekerde 10 à 40% lager dan bij het gebruikelijke systeem van „betaling per verrichting”, hetgeen voornamelijk wordt veroorzaakt door 25 à 45% minder ziekenhuis-verpleegdagen per verzekerde 32).

Een belangrijk kenmerk van „Prepaid Group Practices” is het samengaan van het verschaffen van de medische hulp en het volledig financieel verantwoordelijk zijn voor het „gezondheidsbehoud” van de verzekerden. De verzekerden betalen een vast bedrag per periode aan de HMO en krijgen in ruil hiervoor de garantie dat zij van de HMO de benodigde medische hulp ontvangen. Indien de HMO de hulp niet zelf kan verlenen, dan betaalt de HMO de kosten van de door de niet-HMO medewerkers verleende hulp. De premie-inkomsten vormen voor de HMO het beschikbare budget. Ten einde kosten-effectief handelen te bevorderen, vormt een stelsel van bonussen meestal een onderdeel van de honorering van de hulpverleners 33). In tegenstelling tot budgettering per regio of per ziekenhuis bestaat bij „budgettering per HMO” wel een *beloning om de kosten laag te houden* (hoger inkomen voor de hulpverlener; lagere premie voor de verzekerde; meer verzekerden i.e. veiligstelling van de werkgelegenheid in de toekomst). De HMO's zijn onderworpen aan strenge regels met betrekking tot onder andere acceptatieplicht, verstrekking-enpakket en maximale eigen bijdragen 34). Naast diverse ingebouwde regelingen die de verzekerde beschermt tegen te weinig hulpverlening, is de beste garantie tot voldoende hulp de mogelijkheid om ieder jaar een andere HMO te kiezen.

Na enige tientallen jaren ervaring met de HMO's in de Verenigde Staten blijkt dat de kwaliteit van de verleende hulp, hoe ook gemeten, niet minder is dan in het conventionele systeem van betaling per verrichting 35) en zijn er aanwijzingen dat de HMO's zelfs kwalitatief betere hulp verlenen dan het conventionele systeem 36). Enthoven constateert dat „hem geen enkel ge-

documenteerd geval van onderconsumptie bij een HMO bekend is” 37). De grote tevredenheid met het HMO-systeem blijkt uit de groei van het aantal HMO-verzekerden, dat in de periode van 1971–1981 steeg van ca. 3,5 tot ruim 10 miljoen verzekerden 38).

In de meeste HMO's wordt van de verzekerden nauwelijks of geen eigen bijdrage(n) gevraagd, in tegenstelling tot de traditionele verzekeringen in de Verenigde Staten, die vrijwel zonder uitzondering een eigen risico aan de voet en/of procentuele eigen bijbetaling kennen. Financiële prikkels tot doelmatigheid gericht op de hulpverleners zijn blijkbaar een effectiever instrument tot kostenbeheersing dan financiële prikkels gericht op de patiënt (eigen bijdragen).

Gedurende de laatste jaren zijn diverse varianten op het HMO-thema ontstaan. Centrale kenmerken hiervan zijn de concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars of HMO-achtige organisaties en de financiële prikkels tot doelmatigheid die hiervan uitgaan op de hulpverleners. Een regelgeving hierbij dient volgens Enthoven 39) betrekking te hebben op het acceptatiebeleid,

26) Certificate of Need, Prospective Rate Setting en Utilization Review.

27) J. van der Gaag en F. F. H. Rutten, *Overheidsingrijpen in de gezondheidszorg: enkele lessen uit de Amerikaanse ervaringen, Openbare Uitgaven*, nr. 12, jg. 1980, blz. 168.

28) Enthoven, op. cit. hft 6.

29) Van der Gaag en Rutten, art. cit. blz. 176.

30) Zie b.v. W. P. M. M. van de Ven, Effecten van eigen bijdragen in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, nr. 35, jg. 1980, blz. 155–157, 189–194, 216–218.

31) Blumberg schat dat 70% van alle ziektekosten beheerst worden door de beslissingen van artsen. Zie M. S. Blumberg, Rational provider prices: provider price changes for improved health care use, in: George K. Chacko (red.), *Health handbook*, North Holland, Amsterdam, 1979.

32) H. S. Luft, How do Health-Maintenance Organizations achieve their savings?, *New England Journal of Medicine*, nr. 298, jg. 1978, blz. 1336–1343 en idem, *Health Maintenance Organizations: dimensions of performance*, John Wiley & Sons, 1981.

33) Luft, op. cit. blz. 353–358.

34) In de HMO-wet van 1973 (die in 1976 is gewijzigd) worden aan HMO's zeer strenge eisen gesteld, waaraan de meeste HMO's in de praktijken nu niet blijken te voldoen. Vandaar dat men „HMO-achtige” organisaties nu aanduidt met termen als „alternative health care financing and delivery systems” of „alternative delivery systems” (Enthoven, op. cit., blz. 55–57). In de context van dit artikel is dit onderscheid niet van wezenlijk belang.

35) Enthoven, op. cit., blz. 60 en Luft, op. cit., blz. XIII, 249–250 en 406.

36) F. C. Cunningham en J. W. Williamson, How does the quality of health care in HMO's compare to that in other settings? An analytic literature reviews: 1958–1979, *Group Health Journal*, 1980, blz. 4–25; F. D. Wolinsky, The performance of Health Maintenance Organizations: an analytic review, *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, nr. 58, jg. 1980, blz. 537–587; M. I. Roemer, Sickness absenteeism in members of Health Maintenance Organizations and Open-Market Health Insurance Plans, *Medical Care*, november 1982, jg. 20, nr. 11, blz. 1140–1146.

37) Enthoven, op. cit., blz. 68.

38) Vanwege de vele tegenwerkingen, met name vanuit de medische professie, komt de gunstige concurrentiepositie van de HMO's ten opzichte van de traditionele verzekeringen (gebaseerd op de lage kosten bij de HMO's) niet volledig tot uiting in de groei van het aantal HMO-verzekerden. In veel staten in de VS hebben de artsorganisaties de HMO's geboycot en hen succesvol de toegang tot ziekenhuizen ontzegd. Artsen die hun medewerking aan HMO's verleenden, werden door de artsorganisaties geroeyeerd en hen werd de bevoegdheden ontnomen in ziekenhuizen werkzaam te zijn. Hoewel diverse anti-trustprocessen door HMO's zijn gewonnen, hebben de hoge proceskosten een snelle ontwikkeling van HMO's (zoals op grond van de prijsconcurrentie zou mogen worden verwacht) effectief tegengegaan. Op aandrang van de medische professie is de wetgeving in veel staten voor HMO's zodanig ongunstig gemaakt dat een grootschalige uitbreiding van het aantal HMO's is verhinderd. Zo werd in diverse staten geëist dat artsen de meerderheid vormen van het HMO-bestuur, dat HMO's artsen niet van medewerking mogen uitsluiten en dat de HMO's geen reclame mogen maken (bron: P. Feldstein, *Health care economics*, Wiley, New York, 1979, blz. 295–296.) Als reactie op de „prepaid group practice”-HMO's hebben de artsorganisaties eigen HMO's opgericht (de z.g. „individual practice associations”) (Enthoven, op. cit. blz. 66). De strijd tussen de HMO's en de Amerikaanse artsorganisaties vertoont grote gelijkenissen met de strijd in ons land gedurende de eerste decennia van deze eeuw tussen de ziekenfondsen en de artsorganisaties (zie voetnoot 8).

39) Enthoven, op. cit., blz. 69, 71–72, 126–130.

minimum verzekeringsdekking, premiestelling en informatieplicht. Enthoven ontkent niet dat een krachtig en veelomvattend overheidsingrijpen (onder andere budgettering en prijsbeheersing) in staat is een bovengrens te stellen aan de kosten van de gezondheidszorg. Zolang de bestaande kostenverhogende financiële prikkels blijven bestaan, zal een dergelijke regulering echter steeds complexer, ingrijpender en gedetailleerder worden en op toenemende weerstand stuiten. Enthoven en anderen zijn daarom voorstander van een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie tussen financieel zelfstandige ziektekostenverzekeraars (of alternatieve organisaties).

Het zou van weinig realiteitszin getuigen om nu voor te stellen het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen maar volledig te vervangen door een stelsel van Health Maintenance Organizations. De HMO's zijn gedurende de afgelopen decennia ontstaan binnen de specifieke context van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem en vertonen, als gevolg hiervan, enige specifieke kenmerken. Daarentegen bevat de basisgedachte van Enthoven c.s. — een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie tussen financieel zelfstandige ziektekostenverzekeraars — wel enige realiteitszin met betrekking tot de Nederlandse situatie.

De gedachte van *concurrentie tussen financieel zelfstandige ziekenfondsen* is, vanwege de kostendrukkende werking die hiervan werd verwacht, in het verleden meermalen geopperd (40). Met betrekking tot de verplichte ziekenfondsverzekering is het thans zo dat een ziekenfonds alle uitgaven volledig krijgt uitgekeerd uit de algemene kas. Dit impliceert dat de prikkel tot kostenbeheersing voor een individueel ziekenfonds beperkt is. Immers, indien één van de ca. 60 ziekenfondsen er door een geweldige krachtsinspanning in zou slagen de gemiddelde kosten per verzekerde met 30% te verlagen, zou dit slechts resulteren in een verlaging van de landelijke premie met een half procent. Indien de ziekenfondsen financieel zelfstandig zijn, zal de motivering tot kostenbeheersing en de medewerking hieraan van de kant van de verzekerden sterk toenemen. De huidige situatie is als het ware vergelijkbaar met het hoofdelijk omslaan van de gasrekening over alle hoofdbewoners van een blok woningen. Zoals bekend kan het aanbrengen van individuele gasmeters, onder overigens gelijke omstandigheden, tot aanzienlijk lagere stookkosten leiden.

In de particuliere sector bestaat reeds lange tijd een concurrentie tussen financieel zelfstandige verzekeraars. Gedurende de laatste jaren heeft deze concurrentie echter zodanige vormen aangenomen dat er sprake is van een afname van de solidariteit tussen gezonden en minder gezonden. Ten einde deze solidariteit binnen de particuliere verzekering te waarborgen, is in het rapport *Heroverweging volksgezondheid* (1981, zie de volgende paragraaf) voorgesteld een regelgeving op te nemen ten aanzien van een minimumpakket, acceptatiebeleid en premievaststellingen.

Concluderend mogen wij stellen dat de belangrijkste elementen in de basisgedachte van Enthoven c.s. — concurrentie, financiële zelfstandigheid en regelgeving — geen onbekende elementen zijn in de discussie rond de herziening van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekering.

Samenvattend kan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen bijdragen aan kostenbeheersing in de gezondheidszorg door:

- a. de mogelijkheden van *regulering* (overheidsingrijpen zoals budgettering, beheersing van aanbodcapaciteit en prijsbeheersing) te vergroten door beperking van het aantal geldstromen naar de hulpverleners, zo mogelijk tot één, en door de mogelijkheid te bieden van een landelijk uniform registratiesysteem;
- b. het bevorderen van een *aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie tussen financieel zelfstandige ziektekostenverzekeraars*; de regelgeving dient betrekking te hebben op acceptatieplicht, minimum verzekeringsdekking, premiestelling en informatieplicht.

Alvorens de contouren van een Algemene wet ziektekosten te schetsen die aan de in de aanhef van deze paragraaf genoemde voorwaarden voldoet, zullen twee belangrijke recente voorstellen tot herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen

worden besproken en zal worden nagegaan in hoeverre deze aan bovengenoemde voorwaarden voldoen.

4. Heroverwegingen en WRR-voorstel

In het verleden zijn enige diepgaande studies verricht naar de haalbaarheid van een volksverzekering tegen ziektekosten (41). Pogingen van Veldkamp (1966) en Hendriks (1975) om een volksverzekering in te voeren zijn mislukt. Twee recente voorstellen voor herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering zijn de Heroverwegingsplannen (42) en het voorstel van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (43). Beide voorstellen zullen hier kort worden besproken.

In het rapport *Heroverweging volksgezondheid* wordt gedacht aan de volgende structurele opzet van het ziektekostenverzekeringstelsel:

- a. handhaving van de AWBZ in zijn huidige vorm;
- b. een verplichte verzekering voor alle actieven met een arbeidsinkomen lager dan een „loongrens”, alsmede voor die gepensioneerden die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd verplicht verzekerd waren;
- c. de overige verzekerden zijn aangewezen op een particuliere verzekering.

Ten einde de onderlinge solidariteit binnen de particuliere verzekering te waarborgen wordt een regelgeving voorgesteld ten aanzien van een minimumpakket, het acceptatiebeleid en de premievaststelling (inclusief leeftijdstoelagen). De premie voor een bepaald pakket dient voor *alle* verzekerden bij een ziektekostenverzekeraar gelijk te zijn (en dus onafhankelijk van gezondheid, leeftijd, inkomen enz.). Tussen de verzekeraars onderling kan prijsconcurrentie blijven bestaan.

Voorts wordt voorgesteld de verzekerde in de verplichte ziekenfondsverzekering meer keuze in zijn verzekeringsdekking te geven dan thans het geval is. Vooralsnog wordt uitgegaan van twee keuzemogelijkheden:

- A. Basisverstrekkingenpakket:
 - huisartsenhulp
 - specialistische hulp
 - ziekenhuisverpleging
 - geneesmiddelen
 - basisverstrekkingen tandheelkunde en fysiotherapie
- B. Volledige verstrekkingenpakket:
 - Pakket A aangevuld met overige verstrekkingen tandheelkunde, fysiotherapie, kraamzorg, verloskundige hulp, ziekenvervoer, kunst- en hulpmiddelen e.d.

De pakketten A en B worden aangeboden tegen verschillende premies. De kosten van het basispakket worden geschat op ca. 83% van die van het volledige ziekenfondspakket (pakket B).

In hoeverre beantwoorden de heroverwegingsplannen aan de in de vorige paragraaf genoemde voorwaarden?

Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier wordt niet opgeheven. Een aantal problemen met betrekking tot de oneven-

40) B.v. Godefroi, op. cit., en *SER-advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging*, Den Haag, 1973. Ook in het *Jaarverslag 1981* van Het Zilveren Kruis wordt gesproken over de mogelijkheid „de ziekenfondsen in de straffe wind van de concurrentie te plaatsen”.

41) Subcommissie van de Ziekenfondsraad (1961); *SER-advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging*, Den Haag, 1973; en Interimrapport *Beperkte volksverzekering*, Uitgave van de Ziekenfondsraad, nummer 155, 1981. Onlangs heeft Petersen de economische haalbaarheid van een volksverzekering tegen ziektekosten onderzocht. Zijn conclusie luidde dat vanuit macro-economisch gezichtspunt een volksverzekering tegen ziektekosten haalbaar moet worden geacht. C. Petersen, Is een volksverzekering tegen ziektekosten economisch haalbaar? *ESB*, 28 april 1982, blz. 424-431.

42) Heroverweging Collectieve Uitgaven, onderdeel *Heroverweging Volksgezondheid*, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 625, nr. 4.

43) WRR, op. cit.

wichtige lastenverdeling in het huidige stelsel worden weliswaar opgelost, maar andere problemen blijven bestaan (b.v. dat t.a.v. deeltijdwerker: twee gehuwden met maximale premie: het overschrijden van de loongrens), terwijl nieuwe problemen zich zullen aandienen, zoals 44):

- bijna-gepensioneerde particulier verzekerden kunnen door middel van een (deeltijd)baan in loondienst voor de rest van hun leven in het ziekenfonds verzekerd zijn (de eventueel opgebouwde vergrijzingsreserve blijft echter bij de particuliere verzekeraars);
- ziekenfondsverzekerden die volgens de heroverwegingsplannen particulier worden, zullen van de ene op de andere dag worden geconfronteerd met de vooralsnog hogere particuliere tarieven;
- een gedeelte van deze groep wordt door het wegvallen van de reductieregelingen geconfronteerd met een forse premiestijging.

De geboden keuzevrijheid is vrij gering en heeft slechts betrekking op ca. 17% van het huidige ziekenfondspakket.

Hoewel de in de heroverwegingsplannen genoemde *regelgeving* tot doel heeft de onderlinge solidariteit binnen de particuliere verzekering te waarborgen, biedt een dergelijke regelgeving in principe de (vooralsnog tot de particuliere sector beperkte) mogelijkheid tot kostenbeheersing via een aan regelgeving onderworpen eerlijke concurrentie tussen financieel zelfstandige verzekeraars of alternatieve organisaties (b.v. à la HMO's). Een effectieve wettelijke regelgeving lijkt echter een moeilijke zaak. De verzekeraars kunnen verkapte leeftijdgebonden premies heffen door kortingen te geven indien de verzekerde ook andere verzekeringen koopt (waarbij leeftijdgebonden premies wel zijn toegestaan). Ook kunnen verzekeringen verkocht worden waarbij de ziektekostenverzekering wordt gecombineerd met bij voorbeeld een levensverzekering of een verzekering tegen inkomensderving. Voorbeelden van laatstgenoemde combinatie zijn verzekeringen waarbij men bij het optreden van een bepaalde gebeurtenis, b.v. ziekte, ongeval, invaliditeit of ziekenhuisopname, een bepaald bedrag (per dag) krijgt uitgekeerd dat men vrijelijk kan besteden. Op deze wijze kunnen verzekeringen met aan de gezondheidstoestand en leeftijd gerelateerde premies worden verkocht.

Hoe kunnen buitenlandse verzekeraars aan de regelgeving worden onderworpen? Hoe kan worden voorkomen dat verzekeraars een actieve wervingscampagne onder jongeren zullen houden of een voor jongeren gunstige verzekeringsdekking bieden (b.v. via de aanvullende verzekering) om zodoende een „gunstig” verzekerdenbestand op te bouwen? In deel II, dat volgende week in *ESB* verschijnt, zullen mogelijkheden worden genoemd om bovengenoemde problemen te omzeilen.

In het WRR-rapport *Herwaardering van welzijnsbeleid* wordt een grondige analyse gegeven van de markt voor gezondheidszorg. Op grond hiervan wordt aanbevolen om over te gaan op een stelsel van ziektekostenverzekeringen waarbij een bepaald basispakket van noodzakelijke medische voorzieningen wordt aangeboden in de vorm van een volksverzekering, met daarnaast de mogelijkheid om aanvullende verzekeringen af te sluiten. Door een premieheffing naar draagkracht komt het solidariteitsbeginsel voor de strikt noodzakelijke voorzieningen volledig tot zijn recht. Ten einde de persoonlijke verantwoordelijkheid en het kostenbesef van de consument te bevorderen verdient het aanbeveling om de huidige koppeling tussen verzekeringsdekking en werkring af te schaffen en de premie geheel ten laste te laten komen van de verzekerde personen. De bestaande werkgeversbijdragen voor de ziektekostenverzekeringen zullen daarmee geheel komen te vervallen. Voorts stelt de WRR dat het aanbeveling verdient om in ieder geval een eigen bijdrage in te voeren voor de tweede en derde lijn. Hierbij zou een bovengrens kunnen worden gesteld voor de jaarlijkse directe uitgaven voor ziektekosten per individu of per gezin. Medisch geïndiceerde kosten boven die grens zouden dan door de basisverzekering kunnen worden gedekt.

Ten einde de afweging van kosten en baten onderdeel te laten uitmaken van de beroepsuitoefening stelt de WRR dat „het overweging verdient om professionele dienstverleners wettelijk te verplichten om te participeren in een vorm van intercollegiale

toetsing, waarbij verantwoording wordt afgelegd over zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid van het beroepsmatig handelen” (blz. 93).

Met betrekking tot de uitvoering van de volksverzekering stelt de WRR (blz. 78-79):

„dat het overweging verdient om binnen de grenzen van het noodzakelijke basispakket ruimte te laten voor concurrentie tussen verzekeringsinstellingen met betrekking tot premiehoogte (in beperkte mate), kwaliteit en service. Zo'n concurrentie ten aanzien van de premie zou mogelijk gemaakt kunnen worden door het basispakket te financieren door middel van een combinatie van een premie volksverzekering aangevuld met een premie die direct verschuldigd is aan de desbetreffende verzekeringsinstelling die per instelling kan variëren. In deze premieverschillen kan dan het onderscheid in efficiency van de uitvoeringsorganisatie, de service aan de verzekerde, innoverende inspanningen en de kwaliteitsverschillen die mogelijk zijn binnen de geldende eisen voor het basispakket, tot uitdrukking worden gebracht. Wanneer dergelijke verschillen mede het gevolg zouden zijn van afspraken tussen de verzekeringsinstellingen en dienstverleners omtrent tarieven voor geleverde medische verrichtingen, zou het beginsel van de volledige vrije artskeuze losgelaten moeten worden. Keuze voor een bepaald verzekeringspakket houdt dan immers noodzakelijkerwijs in dat de keuze van dienstverleners beperkt wordt tot degenen die hun medewerking verlenen aan het desbetreffende pakket”.

Tenslotte doet de WRR de algemene aanbeveling om de sterke kanten van de markt te combineren met de sterke kanten van overheidsregulering en om de financieringsstructuur zodanig te wijzigen dat gewenste gedragingen worden beloond en ongewenste gedragingen worden ontmoedigd. Het WRR-voorstel, waarvan hier enige hoofdlijnen zijn geschetst, beantwoordt in hoge mate aan de in de vorige paragraaf genoemde voorwaarden.

5. Samenvatting

Belangrijke redenen om het stelsel van ziektekostenverzekeringen te herzien zijn de huidige onevenwichtige lastenverdeling van ziektekosten, de ondoorzichtigheid van het stelsel, het als discriminerend ervaren onderscheid tussen ziekenfonds en particulier, de afname van solidariteit en het feit dat het merendeel van de bevolking geen enkele keuzevrijheid heeft in de omvang en samenstelling van de ziektekostenverzekering.

Belangrijke voorwaarden waaraan een nieuw stelsel naar de mening van de auteur onder meer moet voldoen zijn:

- de onevenwichtige lastenverdeling en het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden dienen te worden opgeheven;
- het stelsel dient de verzekerde voldoende keuzevrijheid te bieden;
- het stelsel dient meer mogelijkheden tot kostenbeheersing te bevatten dan thans het geval is;
- de premie dient onafhankelijk te zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerde (solidariteit tussen gezonden en minder gezonden).

In deel II, dat volgende week in *ESB* verschijnt, worden de contouren geschetst van een nieuwe Algemene wet ziektekosten die:

- beantwoordt aan de genoemde voorwaarden;
- een regelgeving bevat die vergelijkbaar is met die in de heroverwegingsplannen;
- gezien kan worden als een uitwerking van de WRR-voorstel, in het bijzonder van de ideeën met betrekking tot de concurrentie tussen de verzekeringsinstellingen;
- als basis kan dienen voor een volksverzekering met beperkte dekking.

Wynand van de Ven