

# Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid (II)

## Contouren van een Algemene Wet Ziektekosten

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

**In deel I van dit artikel, dat vorige week verscheen, werd ingegaan op de knelpunten in het huidige stelsel van ziektekostenverzekering. Daaruit werden voorwaarden gedestilleerd waaraan vernieuwingen op dat gebied zouden moeten voldoen. In het onderstaande tweede en laatste deel wordt een hervormingsvoorstel van de auteur besproken dat aan de genoemde voorwaarden voldoet. Dit voorstel is de invoering van een Algemene Wet Ziektekosten die is te omschrijven als een volksverzekering met beperkte dekking. Daarboven is de verzekerde vrij in de keuze van aanvullende verzekeringen. Op die manier zou de bestaande onevenwichtige verdeling van ziektekosten alsmede het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn op te heffen. Verder zullen de bestaande verzekeraars, ziekenfondsen en particuliere maatschappijen binnen bepaalde regels, die voornamelijk bedoeld zijn om de solidariteit tussen jong en oud te herstellen en hoge premies voor slechte risico's te vermijden, onderling moeten concurreren, zodat een prikkel tot kostenverlaging ontstaat.**

### 1. Inleiding

In dit artikel worden de contouren geschetst van een Algemene Wet Ziektekosten (AWZ). Deze AWZ beantwoordt aan de volgende voorwaarden, waaraan naar de mening van de auteur een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen onder meer zou moeten voldoen 1):

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.

In dit artikel ligt de nadruk op een structurele *lange-termijn*-opzet en niet op concrete overgangsmaatregelen. *Korte-termijn*-maatregelen om de grootste en meest acute problemen op te lossen, dienen geen ad hoc maatregelen te zijn, maar moeten bij voorkeur worden ingepast in een structurele opzet op lange termijn.

De Algemene Wet Ziektekosten (AWZ) waarvan hier de contouren worden geschetst, is uiteraard niet volledig nieuw. De AWZ bevat diverse elementen van eerdere voorstellen 2), is sterk geïnspireerd door de ideeën van Enthovens „Consumer-choice health plan” 3), bevat een regelgeving vergelijkbaar met de heroverwegingsplannen en kan gezien worden als een uitwerking van recente aanbevelingen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het nieuwe element is dat bestaande ideeën worden gebundeld en (waar nodig) worden aangepast aan de huidige Nederlandse situatie.

De hier geschetste AWZ kan als basis dienen voor een volksverzekering met beperkte dekking.

### 2. Contouren van een Algemene Wet Ziektekosten

#### Hoofdpijnen

Niet als in de heroverwegingsplannen blijft de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voorlopig gehandhaafd. De hier voorgestelde AWZ is zodanig dat een samensmelting van AWBZ en AWZ geruisloos kan plaatsvinden.

De uitvoering van de AWZ zal geschieden door de huidige ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoeringsorganen van de huidige ambtenarenregelingen. Zij zullen worden aangeduid met de term „verzekeraars”. Het onderscheid tussen de verschillende verzekeringen — ziekenfonds,

\* 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 Ziekenfondsenraad. 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) Voor een uitwerking van de eerste drie voorwaarden, zie deel I, paragraaf 3.

2) B.v. L. S. Godefroi, *Het Ziekenfondswezen in Nederland; ontwikkelingen en perspectieven*, Geschriften van Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, nr. 10, 1963, Martinus Nijhoff, 's Gravenhage, blz. 228-241; minderheidsstandpunt in het *SER-advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging*. Den Haag, 1973 (Blauwdruk voor een nationaal verzekeringssysteem ziektekosten).

3) A. C. Enthoven, *Consumer-choice health plan*, *New England Journal of Medicine*, nr. 298, jg. 1978, blz. 650-658, 709-720; idem, *Health Plan; the only practical solution to the soaring cost of medical care*. Addison-Wesley, 1980.

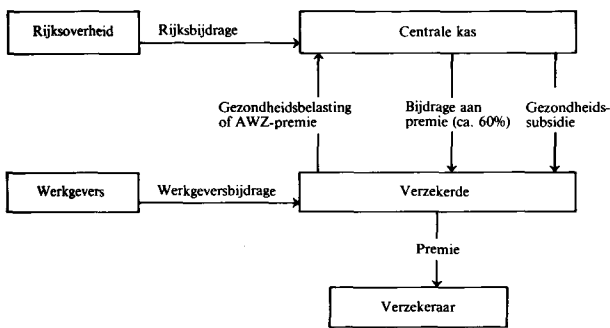
particulier en ambtenaren — komt te vervallen. De rechten en plichten van alle verzekeraars zijn in principe gelijk. Wel zal een onderscheid worden gemaakt tussen zogenaamde „door de Minister erkende” verzekeraars en „niet-erkende” verzekeraars. Om voor erkenning in aanmerking te komen moet een verzekeraar zich aan een nader omschreven regelgeving houden. Deze regelgeving heeft betrekking op:

- acceptatieplicht;
- minimum verzekeringsdekking;
- premiestelling;
- informatieplicht.

Verzekerden die zijn ingeschreven bij een erkende verzekeraar ontvangen uit een nieuw op te richten centrale kas (zie hieronder) een zeer aanzienlijke bijdrage in de premie (b.v. 60%). Verzekerden die een niet-erkende verzekeraar kiezen ontvangen geen bijdrage uit de centrale kas. Op deze wijze is het voor niet-erkende verzekeraars uiterst onaantrekkelijk om ziektekostenverzekeringen te verkopen, zodat de in het vorige artikel geschetste problemen met betrekking tot een wettelijke regelgeving zich niet zullen voordoen.

De verzekeringspremie is afhankelijk van de gekozen verzekeraar en van de regio waar de verzekerde woont, maar is onafhankelijk van het inkomen en van de gezondheidstoestand van de verzekerde (solidariteit tussen gezonden en minder gezonden). De bijdrage uit de centrale kas is daarentegen onafhankelijk van de gekozen verzekeraar en van de regio. Het werkgeversaandeel in de premie voor ziekenfonds- en particuliere verzekering verschuift naar de werknemers; de daardoor ontstane lastenverzwaring dient te worden opgevangen door een looncompensatie zonder fiscale gevolgen. (De diverse geldstromen zijn schematisch weergegeven in figuur 1.) De huidige rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekeringen wordt gestort in de centrale kas 4). De overige inkomsten van de centrale kas worden gevormd door een inkomensafhankelijke „gezondheidsbelasting” of AWZ-premie. De uitgaven van de centrale kas bestaan uit:

- a. de bijdrage aan verzekerden die zijn aangesloten bij erkende verzekeraars;
- b. „gezondheids subsidies” voor nader te bepalen doelgroepen.



Figuur 1. Schematische weergave van de geldstromen volgens de AWZ.

Inkomenspolitiek komt volledig tot uiting in de geldstromen van en naar de centrale kas. In principe kan hierdoor iedere gewenste inkomenspolitiek worden gevoerd, aangevuld met allerlei mogelijke overgangsregelingen. De omvang van de collectieve lasten ten behoeve van gezondheidszorg wordt bepaald door de omvang van de door de centrale kas beheerde middelen. Zodoende kan door wijziging van de omvang en de aard van de geldstromen van en naar de centrale kas in iedere gewenste mate tegemoet worden gekomen aan twee veel gehoorde, belangrijke bezwaren tegen invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten, t.w. 5):

- een te grote stijging van collectieve lasten; en
- onaanvaardbare individuele inkomensverschuivingen.

De verzekeraars zijn financieel zelfstandig en zullen onderling concurreren om de gunst van de verzekerden met de hoogte van de premie, het dienstbetoon, efficiency, kostenbeheersing, toe-

zicht op onnodig gebruik en de inhoud en samenstelling van de aanvullende verzekeringen (i.e. datgene wat niet onder de minimum verzekeringsdekking valt). De regelgeving zorgt ervoor dat de concurrentie niet is gericht op een selectie van gezonde verzekerden (goede risico's).

In deze paragraaf zullen een aantal onderdelen van de AWZ nader worden toegelicht. In de volgende paragraaf zullen wij ingaan op de diverse vormen die de aan regelgeving onderworpen concurrentie tussen verzekeraars kan aannemen en de financiële prikkels tot doelmatigheid die hiervan kunnen uitgaan.

#### Voorwaarden voor erkenning van verzekeraars

De voorwaarden waaraan een verzekeraar moet voldoen om voor erkenning in aanmerking te komen hebben betrekking op:

1. acceptatieplicht;
2. minimum verzekeringsdekking;
3. premiestelling;
4. informatieplicht.

Op elk van deze punten zal nader worden ingegaan.

#### Acceptatieplicht

Een erkende verzekeraar dient gedurende een bepaalde periode per jaar (b.v. de maand november) iedereen die zich als verzekerde aanmeldt zonder uitsluitingen te accepteren, ongeacht leeftijd, geslacht, gezondheid, gezinssamenstelling, nationaliteit of inkomen. Personen die voordien niet zelfstandig verzekerd waren (b.v. „gezinverlaters”) moeten gedurende het gehele jaar worden geaccepteerd. De beperking van de acceptatieplicht gedurende een bepaalde periode per jaar is gebaseerd op de volgende overwegingen:

- beperking van de administratiekosten;
- voorkomen dient te worden dat tijdelijk een verzekeraar of een polisvorm wordt gekozen die een goede dekking biedt tegen een bepaalde behandeling die men op dat moment ondergaat;
- eigen risico's aan de voet hebben meestal betrekking op een kalenderjaar.

In bepaalde gevallen kan de acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen vervallen ten einde het verzekeren van „brandende huizen” te voorkomen (b.v. uitgebreide tandheelkundige hulp).

#### Minimum verzekeringsdekking

Een erkende verzekeraar mag alleen maar ziektekostenverzekeringen aanbieden met ten minste een minimum verzekeringsdekking. Deze *minimum verzekeringsdekking* impliceert vergoeding van een basispakket van verstrekkingen waarbij de eigen bijdragen van de verzekerde voor de verstrekkingen in het basispakket aan een bepaald maximum zijn gebonden. De minimum verzekeringsdekking kan bij voorbeeld worden gevormd door het basisverstrekkingenpakket zoals genoemd in de heroverwegingsplannen in combinatie met een maximum eigen bijdrage per jaar van bij voorbeeld f. 1.000 voor een alleenstaande en f. 2.500 voor een gezin (dit bedrag kan ook groter of kleiner zijn).

Een te omvangrijke minimum verzekeringsdekking beperkt de keuzevrijheid van de verzekerde; een te geringe verzekeringsdekking houdt het gevaar in dat men in wezen toch nog onverzekerd is. De vorm van de eigen bijdrage is binnen bepaalde grenzen

4) De geldstromen „rijksbijdrage” en „werkgeversbijdrage” zijn opgenomen ten einde de huidige situatie en de AWZ-situatie zo goed mogelijk te kunnen vergelijken. De omvang van deze geldstromen is een politieke kwestie. (Bij het vergelijken van de huidige geldstromen en de AWZ-geldstromen dient ook rekening te worden gehouden met de door de gemeentelijke sociale diensten in het kader van de Algemene Bijstandswet betaalde ziektekosten (o.a. verzekeringspremies).)

5) Zie hiervoor bij voorbeeld de openingsrede van J. P. M. Hendriks bij gelegenheid van het Symposium d.d. 26 april 1977 te Noordwijk, in het Jaarverslag 1976 van Het Zilveren Kruis, blz. 53-55.

vrij: het mag een eigen risico aan de voet zijn, een procentuele bijbetaling, gelimiteerde vergoedingen (tot het maximum aan eigen bijdragen is overschreden) of iedere denkbare combinatie van deze vormen. De concurrentie tussen de verzekeraars zal er borg voor staan dat de eventuele eigen bijdragen zodanig zijn dat er een maximale prikkel tot doelmatigheid van uitgaat en dat aan de wensen van de verzekerden wordt tegemoet gekomen. De regelgeving moet garanties bevatten dat de minimum verzekeringsdekking evenwichtig is, zodat via de vorm van eigen bijdragen geen indirecte selectie op grond van gezondheid plaatsvindt. De eigen bijdragen moeten ook zodanig zijn dat de verzekeringsvoorwaarden niet ingewikkeld zijn, maar eenvoudig zijn te begrijpen.

De verzekeraar zal diverse aanvullingen op de minimum verzekeringsdekking (z.g. aanvullende verzekeringen) aanbieden, zoals bij voorbeeld het „afkopen” van de eigen bijdragen 6), het aanvullende pakket zoals genoemd in de heroverwegingsplannen, klasseverpleging in het ziekenhuis, alternatieve geneeswijze, uitgebreide tandheelkundige hulp, abortus, gezinsverzorging, cosmetische hulp, kunst- en hulpmiddelen, buitenlanddekking, repatriëren enz. De concurrentie tussen de verzekeraars staat er borg voor dat de samenstelling van de aangeboden verzekeringen maximaal tegemoet komt aan de wensen van de verzekerden 7).

In veel voorstellen voor een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt gesproken van een basisverstrekkingspakket dat *volledig* door de voor iedereen verplichte verzekering wordt vergoed met daarnaast de mogelijkheid om op basis van vrijwilligheid een of meer aanvullende verzekeringen af te sluiten. Dit vereist dat criteria worden opgesteld ter bepaling van wat wel en wat niet in het basisverstrekkingspakket moet worden opgenomen. (Voor mogelijke criteria zie bij voorbeeld het artikel van Rutten en het WRR-rapport 8). Het zodanig vaststellen van deze criteria dat het basisverstrekkingspakket echt beperkt is en dat alle groeperingen tevreden zijn, zal geen eenvoudige zaak zijn 9). De hier voorgestelde „minimum verzekeringsdekking” heeft het voordeel dat iedereen zelf kan bepalen voor welke onderdelen van het ruime basisverstrekkingspakket men een geringe verzekeringsdekking wenst.

Bij voorbeeld, de een kiest een verzekering met een eigen risico voor huisarts hulp, d.w.z. tot aan een bepaald bedrag betaalt men zelf alle kosten voor huisarts hulp. Een ander kiest wellicht een eigen risico voor geneesmiddelen en/of specialistische hulp, terwijl weer een ander liever een eigen risico voor ziekenhuisverpleging neemt. Het eigen risicobedrag mag uiteraard nooit de maximale eigen bijdrage overschrijden. (De premie voor de aanvullende verzekering om het eigen risico voor de genoemde vormen van hulp af te kopen is uiteraard gerelateerd aan de „verwachte ziektekosten” en behoort bij een gelijk eigen-risicobedrag niet gelijk te zijn).

Ten einde de premies van de verschillende verzekeraars goed te kunnen vergelijken zou een erkende verzekeraar kunnen worden verplicht een *standaardverzekering* aan te bieden die *volledige* vergoeding geeft van de verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingspakket (dus zonder eigen bijdrage).

Ten slotte zou een erkende verzekeraar verplicht kunnen worden om naast de standaardverzekering ook een z.g. *basisverzekering* aan te bieden. (Voor enige centrale begrippen in de AWZ, zie tabel 1.) De basisverzekering geeft vergoeding van de hulp omschreven in het basisverstrekkingspakket, waarbij de verzekerde een bepaald *eigen risico aan de voet* heeft 10). De premie voor de basisverzekering is gelijk aan de van de centrale kas ontvangen bijdrage. Dit betekent dat iedereen zonder enige eigen premiebetaling recht heeft op de basisverzekering, hetgeen neerkomt op een *volksverzekering met beperkte dekking* 11). De basisverzekering wordt gekenmerkt door de hoogte van het eigen risicobedrag dat (net zoals de premie) afhangt van, onder andere, de gekozen verzekeraar en de regio, doch nooit groter is dan de maximale eigen bijdrage 12).

#### Premiestelling

Een erkende verzekeraar moet voor iedere verzekerde in een bepaalde (actuariële) risicogroep in dezelfde regio voor dezelfde verzekering, ongeacht de gezondheidstoestand, dezelfde premie berekenen (met een uitzondering voor enkele aanvullende verze-

Tabel 1. Enige centrale begrippen in de AWZ

#### *Basisverstrekkingspakket:*

een (ruim) pakket van verstrekkingen dat noodzakelijke medische voorzieningen omvat. Bij voorbeeld het basisverstrekkingspakket zoals voorgesteld in de heroverwegingsplannen. (De kosten van dit pakket worden geschat op ca. 83% van die van het huidige ziekenfondspakket).

#### *Standaardverzekering:*

een verzekering die *volledig* vergoeding geeft van alle verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingspakket (dus zonder eigen bijdrage).

#### *Basisverzekering:*

een verzekering die vergoeding geeft van alle verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingspakket en met een *eigen risico aan de voet*.

De premie voor de basisverzekering is gelijk aan de bijdrage uit de centrale kas („Volksverzekering met beperkte dekking”). Het eigen risico aan de voet is afhankelijk van onder andere de verzekeraar en de regio, doch is nooit groter dan de maximale eigen bijdrage (zie minimum verzekeringsdekking).

#### *Minimum verzekeringsdekking:*

een erkende verzekeraar mag alleen maar ziektekostenverzekeringen aanbieden met ten minste de minimum verzekeringsdekking, dat wil zeggen vergoeding van alle verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingspakket, waarbij de eigen bijdragen van de verzekerde voor deze verstrekkingen aan een bepaald maximum zijn gebonden (b.v. f. 1.000 per jaar voor een alleenstaande en f. 2.500 voor een gezin). De vorm van de eigen bijdrage is vrij, mits de verzekeringsdekking evenwichtig is.

keringen zoals b.v. uitgebreide tandheelkundige hulp). Een risicogroep kan een leeftijdsgroep of leeftijd-geslacht-groep zijn. Ook kan er een bepaalde gezinssamenstelling mee worden aan-

6) Een *verplichte* eigen bijdrage, dat wil zeggen een verbod om de eigen bijdrage te herverzekeren, lijkt vanwege de onnodige beperking van de individuele (keuze)vrijheid maatschappelijk ongewenst en is bovendien praktisch nauwelijks realiseerbaar.

7) De regelgeving kan ook voorwaarden bevatten om ongewenste kartelvorming tegen te gaan.

8) F. F. H. Rutten, Herwaarderung van gezondheidszorgbeleid, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nr. 60, jg. 1982, blz. 570-571; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaarderung van welzijnsbeleid*, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982, blz. 76.

9) Uit een recente enquête blijkt dat een ruime meerderheid van de Nederlandse bevolking voorstander is van een algemene volksverzekering met een basispakket en, op basis van vrijwilligheid, aanvullende verzekeringen. Uit ditzelfde onderzoek blijkt echter ook dat een ruime meerderheid zeer veel voorzieningen in dit basispakket opgenomen wil zien. Zie J. W. M. Collaris, en R. W. Heidinga, Ruim helft van bevolking kiest voor basispakket, *De Inzet*, nr. 10, 1982, blz. 23-30.

10) Een eigen risico aan de voet van b.v. f. 1.000 per jaar betekent dat de verzekerde per kalenderjaar zelf de eerste f. 1.000 betaalt voor hulp omschreven in het basisverstrekkingspakket. Daarna wordt deze hulp volledig vergoed door de verzekeraar.

11) De vraag of al dan niet een wettelijke verzekeringsplicht moet worden opgelegd, is bij de AWZ slechts van academische aard. Het is voor iedereen te allen tijde voordeliger zich bij een erkende verzekeraar in te schrijven voor de basisverzekering, dan zich niet te verzekeren. Voor overwegingen waarom in de gezondheidszorg een volledige ordening volgens het principe van de vrije markt ongewenst is, zie b.v. Enthoven, op.cit., blz. 78-82, en WRR, op. cit., blz. 71-73.

12) Bij de bepaling van de maximale eigen bijdrage en van de hoogte van de bijdrage uit de Centrale Kas dient met deze restrictie rekening te worden gehouden.

geduid, zoals alleenstaande, twee gehuwden zonder kinderen, twee gehuwden met  $n$  kinderen, een gehuwde met  $n$  kinderen. Of een combinatie van gezinssamenstelling, leeftijd, geslacht, en eventuele andere kenmerken. *De feitelijke gezondheidstoestand mag echter nooit bepalend zijn voor de indeling in risicogroepen.* Tegenover een risico-afhankelijke premie staat ook een risico-afhankelijke bijdrage vanuit de centrale kas.

Indien de premie niet verschillend zou zijn voor de diverse risicogroepen, zou voor de verzekeraar een prikkel ontstaan om (indirect) jonge verzekerden te selecteren. Immers, de premie-inkomsten zouden dan onafhankelijk van de leeftijd van de verzekerde zijn, terwijl de uitgaven stijgen naarmate de verzekerde ouder wordt (13). De selectie op basis van leeftijd zou zeer subtiel kunnen geschieden door b.v. een gerichte reclamecampagne of door de samenstelling van de verzekeringspakketten, b.v. een slechte verzekeringsdekking (hoge eigen bijdrage) voor kunst- en hulpmiddelen, geriatrische hulp of medicijnen en een goede verzekeringsdekking (geen eigen bijdrage) voor sportkeuringen, wintersportverzekering, uitgebreide medische controles, anti-conceptiemiddelen, buitenlanddekking, kraamhulp, bevalling en gezinsverzorging. De risico-afhankelijke premie dient ervoor om oude verzekerden voor een verzekeraar net zo aantrekkelijk te laten zijn als jonge verzekerden.

De bijdrage uit de centrale kas die iedere bij een erkende verzekeraar ingeschreven verzekerde ontvangt, is een bepaald percentage (b.v. 60) van de landelijk gemiddelde kosten van de standaardverzekering (14) binnen de betreffende risicogroep. De bijdrage uit de centrale kas mag alleen maar worden aangewend voor de aankoop van een ziektekostenverzekering bij een erkende verzekeraar. In de praktijk kan dit betekenen dat iedereen een coupon krijgt waarmee (een deel van) de verzekeringspremie bij een erkende verzekeraar kan worden betaald (15). Ook kan de betaling van de centrale kas direct aan de erkende verzekeraar geschieden op basis van bij voorbeeld de leeftijdsverdeling van de ingeschreven verzekerden, waarbij de verzekeraar de verzekerden sterk gereduceerde premies aanbiedt.

Een indeling in leeftijdsgroepen zou bij voorbeeld kunnen zijn: volwassenen tot 49 jaar, 50-64 jaar en 65 jaar en ouder. De onderlinge verhoudingen van de landelijke gemiddelde kosten in de onderscheiden leeftijdsgroepen is dan bij voorbeeld 1:2:4. De gemiddelde kosten per kind zijn bij voorbeeld tweederde van die van een volwassene tot 49 jaar. Uiteraard zijn vele soorten indelingen in risicogroepen mogelijk. Voor de risico-afhankelijke premies geldt dezelfde indeling als voor de risico-afhankelijke bijdragen uit de centrale kas.

De bijdrage uit de centrale kas is onafhankelijk van de gekozen verzekeraar en van de regio waar de verzekerde woont. De verzekeringspremies zullen daarentegen wel afhangen van de verzekeraar en de regio. Een efficiënte en goed controlerende verzekeraar bij wie de gemiddelde kosten per risicogroep ver onder de landelijk gemiddelde kosten liggen, kan volstaan met een premie die niet ver boven de bijdrage uit de centrale kas ligt. Niet-efficiënte verzekeraars met hoge kosten moeten hoge premies heffen en prijzen zich uit de markt. Door de mogelijkheid van regionaal verschillende premies wordt de verzekeraar de prikkel ontnomen om alleen verzekerden uit goedkope regio's te benaderen. Bovendien sluiten regionaal gedifferentieerde premies aan op het door de overheid voorgestane decentrale beleid zoals dat in de Wet voorzieningen gezondheidszorg tot uiting komt (16).

In een regio (bij voorbeeld een (gedeelte van een) provincie) met relatief veel voorzieningen zullen relatief hoge premies gelden. Een regio die niet veel voorzieningen heeft, betaalt niet mee aan de extra voorzieningen in andere regio's (17). Het sluiten van ziekenhuizen in regio's met een beddenoverschot zal op minder weerstand stuiten dan nu, omdat de overcapaciteit volledig door de regio zelf moet worden betaald en niet meer, zoals nu, landelijk wordt verevend (18). Gedurende een overgangsfase van bij voorbeeld 10 jaar zou, ter gewinning, de bijdrage uit de centrale kas in afnemende mate regio-afhankelijk kunnen zijn. In deze periode heeft de regio de gelegenheid de omvang van de voorzieningen op het gewenste niveau te brengen.

De verzekeraars mogen zowel regionaal als landelijk opereren. Gezien het door de overheid voorgestane decentrale beleid, de vertegenwoordiging van de verzekeraars in regionale overlegorganen, de overwegend regionale georiënteerdheid van de huidige

verzekeringsinstellingen (met name de ziekenfondsen) en gezien de goede mogelijkheden tot kostenbeheersing op regionaal niveau, zullen veel verzekeraars regionaal georiënteerd zijn.

De bijdrage uit de centrale kas bedraagt een bepaald percentage van de landelijk gemiddelde kosten van de standaardverzekering binnen de betreffende risicogroep. Bij de vaststelling van dit percentage (b.v. 60) (19) spelen de volgende overwegingen een rol:

- indien het percentage te laag is (b.v. 20), zullen niet-erkende verzekeraars op de markt komen met een zeer beperkt pakket, hoge eigen risico's, selectie, uitsluitingen en zeer lage premies. Een verzekering bij een niet-erkende verzekeraar *zonder* bijdrage uit de centrale kas kan dan aantrekkelijker zijn dan een verzekering bij een erkende verzekeraar *met* bijdrage uit de centrale kas. Dit zou een complete ondermijning van de regelgeving betekenen;
- indien het percentage te hoog is (b.v. 90), is voor sommige regio's de bijdrage uit de centrale kas hoger dan de premie voor de standaardverzekering. Omdat het voor een verzekeraar geen zin heeft een verzekering (eventueel met eigen bijdragen) aan te bieden tegen een premie die lager is dan de bijdrage van de centrale kas (20), wordt bij een te hoog percentage de prikkel tot concurrentie en derhalve de prikkel tot efficiency beperkt. Ook de keuzevrijheid van de verzekerde met betrekking tot eigen bijdragen wordt hierdoor beperkt. Bij een hoog percentage neemt het eigen aandeel in de te betalen premie af, zodat ook de prikkel om een goedkope verzekeraar te zoeken afneemt. Ten slotte leidt een (te) hoog percentage tot (te) hoge collectieve lasten.

Een gelijk percentage voor alle risicogroepen betekent dat ouderen meer zelf moeten bijbetalen aan de verzekeringspremie dan jongeren. Indien dit niet gewenst is, kan het percentage voor diverse risicogroepen verschillend zijn (in de bovengenoemde leeftijdsgroepen b.v. 50, 60 resp. 75).

#### Informatieplicht

Een erkende verzekeraar heeft de plicht om volgens nader omschreven richtlijnen duidelijke en overzichtelijke informatie zonder „kleine lettertjes” aan potentiële verzekerden te verschaffen. Het ontwijken van de concurrentie door volledig onvergelykbare pakketten is niet toegestaan. Het eigen risico aan

13) Al dan niet leeftijdsafhankelijke premieheffing behoeft op zich niets te maken te hebben met meer of minder solidariteit. In een mensenleven betaalt men naar verwachting bij beide systemen evenveel. De verdeling van de kosten over de levensduur is echter verschillend. Wel kunnen bij de overgang van de ene naar de andere premiestelling bepaalde leeftijdsgroepen systematisch worden bevoordeeld of benadeeld.

14) De standaardverzekering geeft *volledige* vergoeding van verstrekkingen in het basispakket (dus zonder eigen bijdragen).

15) De coupon mag zowel voor de basisverzekering als voor aanvullende verzekeringen worden gebruikt.

16) Ook in ziekenfondskringen leeft de gedachte van regionaal verschillende premies, getuige de uitspraak van J. de Vries, in diens artikel, Het verzekeringsstelsel op de helling, *De Inzet*, nr. 7/8, 1982, blz. 22, dat „het financiële verband tussen plaatselijke consumptie en premie moet worden versterkt” en getuige de aankondiging omtrent het uiteenvallen van de verevening in de vrijwillige ziekenfondsverzekering (per 1 januari 1984).

17) Voor zover regio A die zelf weinig voorzieningen heeft, gebruik maakt van de voorzieningen in regio B, betaalt regio A wel mee aan de voorzieningen in regio B. De door de verzekeraars gehanteerde regio-toeslagen zijn namelijk gebaseerd op de kosten, en dus het gebruik van voorzieningen van de verzekerden in een bepaalde regio. Bij de vaststelling van de regio-toeslagen houdt een verzekeraar dus rekening met het z.g. „grensoverschrijdende verkeer”.

18) Het deel van de huidige regionale verschillen in gemiddelde ziektekosten per verzekerde dat wordt veroorzaakt door bijvoorbeeld verschillen in leeftijdsopbouw (b.v. Amsterdam met veel bejaarden, Alphen a/d Rijn met weinig bejaarden), wordt in de AWZ „verevend” door de risico-afhankelijke bijdragen uit de centrale kas.

19) Het percentage van 60 blijkt in een soortgelijk systeem in de Verenigde Staten — het „Federal Employees' Health Benefits Program” — reeds 20 jaar succesvol te werken (Enthoven, op.cit., blz. 82-84 en 123).

20) De bijdrage van de centrale kas mag alleen maar worden gebruikt om een ziektekostenverzekering te kopen (bij een erkende verzekeraar). Het eventueel overblijvende bedrag kan niet aan andere zaken worden besteed.

de voet bij de basisverzekering en de premie voor de standaardverzekering maken het de consument gemakkelijk de verzekeraars onderling te vergelijken. Ruim voor de verplichte acceptatieperiode ontvangt iedereen de informatiefolder van de verzekeraars die in de betreffende regio werkzaam zijn. De overheid moet de informatiefolder van te voren goedkeuren en ziet toe op de verspreiding van het voorlichtingsmateriaal.

### *Inkomensoverdrachten*

Alle inkomensoverdrachten met betrekking tot ziektekostenverzekering vinden plaats via de gelstromen van en naar de centrale kas 21). De inkomsten van de centrale kas worden gevormd door een inkomensafhankelijke gezondheidsbelasting of AWZ-premie 22), te innen door de belastingdienst. Door middel van franchises („belastingvrije voet”), premiegrens en variabele premiepercentages („schijfventarief”) ontstaan voldoende instrumenten om onder nader in te vullen randvoorwaarden (desgewenst) inkomenspolitiek te bedrijven.

De uitgaven van de centrale kas bestaan grotendeels uit bovengenoemde bijdragen („coupons”) aan bij erkende verzekeraars ingeschreven verzekerden, dan wel directe bijdragen aan de erkende verzekeraar op basis van de samenstelling van zijn risicogroepen. Een randvoorwaarde bij de AWZ zou kunnen zijn dat bepaalde, nader aan te geven groepen (b.v. minimum-inkomen, bejaarden en groepen die nu voor een reductieregeling in aanmerking komen), er ten opzichte van de huidige situatie per saldo niet op achteruit mogen gaan. Dat wil zeggen, bij een pakketkeuze als het huidige ziekenfondspakket mogen zij na invoering van de AWZ aan gezondheidspremie voor de centrale kas en zelf te betalen verzekeringspremie 23), in totaal niet meer betalen dan nu. Dit kan betekenen dat bepaalde groepen geen gezondheidsbelasting behoeven te betalen, of zelfs ter compensatie een gezondheidssubsidie uit de centrale kas ontvangen die, net als de gewone bijdrage uit de centrale kas, alleen besteed mag worden voor de aankoop van een ziektekostenverzekering 24).

Het hier voorgestelde systeem van inkomensoverdrachten met betrekking tot ziektekosten heeft de volgende „pluspunten”:

- de inkomensoverdracht is zeer expliciet;
- desgewenst kunnen de inkomensoverdrachten van rijke naar arme huishoudens, van kinderarme naar kinderrijke huishoudens, en van jongeren naar ouderen, worden samengevoegd met de specifiek hiervoor bedoelde wijzen van inkomensoverdracht, nl. de inkomsten- en vermogensbelasting, kinderbijslag en AOW;
- het systeem van inkomensoverdrachten is zeer flexibel. In principe kan iedere situatie ontstaan ergens tussen de huidige situatie (met een onevenwichtige lastenverdeling) en de situatie bij de volksverzekering van oud-staatssecretaris J. P. M. Hendriks (met onaanvaardbare inkomensverschuivingen).

De keuze is aan de politici.

### *Uitvoering*

De AWZ, waarvan hier de contouren zijn geschetst, is aanzienlijk eenvoudiger dan het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen. De vele ingewikkelde, thans geldende regelingen met betrekking tot de wijze waarop men is verzekerd, worden bij de AWZ vervangen door een voor iedereen geldende uniforme regeling. Bij verandering van baan en bij overschrijding van de loongrens behoeft men niet van verzekering te veranderen. Door invoering van de standaardverzekering en de basisverzekering en door het tegengaan van „kleine lettertjes” wordt vergelijking van de diverse verzekeringen voor de consument aanzienlijk eenvoudiger dan thans het geval is. Ook met betrekking tot de wetgeving lijkt de AWZ aanzienlijk eenvoudiger dan het bestaande, uiterst complexe stelsel. Ter illustratie hiervan kan gewezen worden op het „Federal Employees' Health Benefits Program” (FEHBP) in de Verenigde Staten, dat nauwe verwantschap vertoont met de AWZ. (Federale ambtenaren ontvangen op basis van deze regeling een bijdrage in hun ziektekosten gelijk aan ca. 60% van de gemiddelde premie van de meest verkochte verzekeringen.) Het aantal pagina's wetgeving met betrekking tot de FEHBP-regeling, die reeds 20 jaar bestaat en betrekking heeft op ca. 10 miljoen verzekerden (incl. familieleden en gepensioneerde ambtena-

ren), bedraagt minder dan 10% van het aantal pagina's wetgeving met betrekking tot „Medicare” 25).

De wijze waarop de AWZ in de praktijk zal worden uitgevoerd bepaalt in welke mate de mogelijkheden van „kostenbeheersing door regulering” worden vergroot. Door het uniforme basisverstrekkingspakket, het afschaffen van de vele uiteenlopende regelingen inzake ziektekostenverzekering en door het gelijkstellen van alle verzekeraars ontstaan gunstige perspectieven voor een landelijk centraal informatiesysteem. Het (zoveel mogelijk) kanaliseren van de geldstromen naar de hulpverlener via de verzekeraar en een landelijk centrale registratie hiervan 26) vergroten de mogelijkheden van budgettering (per regio of per instelling) en een degressief systeem. Op de wijze waarop nieuwe verzekeringsvormen financiële prikkels tot doelmatigheid kunnen introduceren en zodoende een bijdrage kunnen leveren aan de kostenbeheersing, zal in de volgende paragraaf nader worden ingegaan.

Voor degenen met een volledige verzekering en voor wie de verzekeraar de rekening rechtstreeks aan de hulpverlener voldeet, komt de AWZ neer op het systeem van vergoeding in natura. Een andere mogelijkheid is dat de verzekeraar de verzekerde het bedrag uitkeert waarop hij krachtens de verzekeringsvoorwaarden recht heeft (restitutiestelsel). De honorering van de hulpverlener kan in principe geschieden door middel van een abonnementsstelsel, betaling per verrichting, verwijskaart/herhaalkaart, loondienstverband enz. De verzekeraars staan onder toezicht van de Verzekeringskamer. De centrale kas wordt beheerd door een nieuw in te stellen Raad van Ziektekostenverzekeringen. Op (technische) details van de uitvoering van de AWZ zal hier niet worden ingegaan.

### *Overgangssituaties*

Het doel van dit artikel is het schetsen van de contouren van de hier voorgestelde AWZ. De nadruk ligt hierbij op een structurele opzet op lange termijn en niet op concrete overgangsmaatregelen. Details betreffende de overgang van het huidige stelsel naar de nieuwe AWZ zullen hier niet worden uitgewerkt. Meer om wille van de gedachtenbepaling zal in zeer grote lijnen worden aangegeven op welke wijze deze overgang zou kunnen plaatsvinden 27).

In de overgangssituatie zal het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier voorlopig gehandhaafd blijven ten einde te grote verschuivingen en een ontwrichting van het systeem te voorkomen. De tariefverschillen zullen worden weggewerkt.

21) Om praktische redenen is afgezien van inkomensafhankelijke premies of inkomensafhankelijke eigen bijdragen (welk inkomen?, van welk jaar? wie controleert de juistheid van het opgegeven inkomen?).

22) De AWZ kan gefinancierd worden zowel uit de algemene middelen als uit sociale premies. In dit artikel zullen wij niet ingaan op de argumenten die bij deze keuze een rol kunnen spelen. Voor een discussie hieromtrent zie b.v. het WRR-rapport, op.cit., blz. 77-78 en Rutten, art. cit.

23) Of: het landelijk gemiddelde van de zelf te betalen verzekeringspremie binnen de betreffende risicogroep.

24) Indien de bijdrage uit de centrale kas en de gezondheidssubsidie tezamen de premie van de gekozen verzekering overschrijden (b.v. in geval van de basisverzekering) wordt het restant van de gezondheidssubsidie op een speciale rekening gestort waarmee de verzekerde het eigen risico kan betalen.

25) Enthoven, op. cit., blz. 83.

26) Ten einde de centrale registratie zo volledig mogelijk te laten zijn, zouden ook de eigen bijdragen van de verzekerden voor hulp omschreven in het basisverstrekkingspakket hierin moeten worden opgenomen. Dit zou bij voorbeeld gerealiseerd kunnen worden door (een afschrift van) de rekening naar de verzekeraar te sturen, die vervolgens bepaalt welk gedeelte door de verzekeraar en welk gedeelte door de verzekerde moet worden betaald.

27) Een van de problemen waar een oplossing voor zal moeten worden gevonden, is de omvang van de reserves die een verzekeraar zal moeten aanhouden. Momenteel zijn de reserves bij de ziekenfondsen vrijwel uitgeput, terwijl de particuliere ziektekostenverzekeraars, die onder toezicht van de Verzekeringskamer staan, verplicht zijn aanzienlijke reserves aan te houden. (Een interessante vraag is: van wie zijn deze reserves?) Niet alleen met betrekking tot de AWZ, maar bij iedere stelselwijziging waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden wordt opgeheven, zullen vragen rijzen ten aanzien van de reserves.

In de ziekenfondsverzekering zal allereerst de standaardverzekering (d.w.z. basisverstrekkingenpakket zonder eigen bijdrage) worden ingevoerd. In de *verplichte en de bejaarden-ziekenfondsverzekering* wordt (geleidelijk) toegewerkt naar een situatie waarin het ziekenfonds niet meer 100%, zoals thans het geval is, maar slechts 60% van de ziektekosten (28) uit de Algemene Kas ontvangt. De resterende 40% ontvangt het ziekenfonds door directe premiebetaling van de verzekerden op de wijze zoals voorgesteld in de AWZ. Ter compensatie „ontvangen” de ziekenfondsverzekerden via een korting op het werknemersaandeel van de ziekenfondspremie en eventueel via de gezondheidssubsidie (uit de Algemene Kas) een bedrag gelijk aan 40% van de *landelijk* gemiddelde ziektekosten van de standaardverzekering binnen de betreffende risicogroep. Op deze wijze ontstaat een prikkel tot doelmatigheid voor de ziekenfondsen omdat de directe premiebetaling van de verzekerden gekoppeld is aan het „bedrijfsresultaat” van het ziekenfonds waar de verzekerde is ingeschreven.

In een volgende fase zal de vergoeding uit de Algemene Kas van 60% van de werkelijke ziektekosten geleidelijk worden vervangen door een bijdrage per ingeschreven verzekerde gelijk aan 60% van de landelijk gemiddelde ziektekosten van de standaardverzekering binnen de risicogroep van de verzekerde. Het verschil tussen de werkelijke kosten en de van de Algemene Kas ontvangen bijdragen komt ten goede aan resp. wordt verhaald op de bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerden, zodat voor het betreffende ziekenfonds de financiële prikkels tot doelmatigheid verder toenemen.

Te abrupte of te grote verschillen kunnen worden opgevangen door geleidelijk afnemende regiotoeslagen op de bijdragen uit de Algemene Kas. In deze fase zullen geleidelijk de minimumverzekeringsdekking en de mogelijkheid tot aanvullende verzekeringen worden ingevoerd, zal het resterende gedeelte van de huidige ziekenfondspremie worden omgezet in de gezondheidsbelasting, zal de Algemene Kas overgaan in de centrale kas en zullen ziekenfondsen geleidelijk onderling met elkaar kunnen gaan concurreren.

Bij de diverse *ambtenarenregelingen* bedraagt de premie thans een percentage van het inkomen. Geleidelijk zullen de minimumverzekeringsdekking en de aanvullende verzekeringen worden ingevoerd en zal de premie voor de standaardverzekering voor 60% inkomensafhankelijk zijn (de toekomstige gezondheidsbelasting) en voor 40% gerelateerd zijn aan de risicogroep.

Bij de *particuliere verzekeringen* en de *vrijwillige ziekenfondsverzekering* zullen ook de minimumverzekeringsdekking en de aanvullende verzekeringen worden ingevoerd en zal de premie regionaal gedifferentieerd worden. Na invoering van de regelgeving kan een centrale kas worden ingesteld die aanvankelijk slechts betrekking heeft op deze beperkte groep verzekerden. In de overgangsfase kunnen al te grote inkomensverschuivingen voor b.v. een alleenstaande met een hoog inkomen worden gecompenseerd door een „bijdrage” uit de centrale kas.

Een deel van de ontvangen gezondheidsbelasting zal worden gestort in de Algemene Kas van ziekenfondsen ter compensatie van:

- het budgettair neutraal opheffen van de tariefverschillen;
- de verschillen in samenstelling van de risicogroepen;
- de verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden binnen een risicogroep, voor zover veroorzaakt door verschillen in gezondheidstoestand.

Bij voldoende evenwicht in de diverse deelsystemen kan volledige invoering van de AWZ worden gerealiseerd.

### 3. Nieuwe verzekeringsvormen en financiële prikkels tot doelmatigheid

De aan regelgeving onderworpen concurrentie tussen de financieel zelfstandige verzekeraars zoals voorgesteld in de AWZ bevat prikkels tot een efficiënte bedrijfsvoering, goede dienstverlening en controle op onnodige verstrekkingen. Op welke wijze is het mogelijk binnen de AWZ-structuur nieuwe verzekeringsvormen te introduceren, die financiële prikkels tot doelmatigheid bevatten welke primair zijn gericht op de hulpverlener (29)? De flexibiliteit van de in de AWZ geïntroduceerde „minimum ver-

zekeringsdekking” biedt hiertoe volop mogelijkheden. Een erkende verzekeraar is vrij om binnen de grenzen van een evenwichtige verzekeringsdekking eigen bijdragen te introduceren waar een maximale prikkel tot doelmatigheid van uit gaat (en derhalve ook een sterke premieverlagende werking). In dit verband kan gewezen worden op de interessante suggestie van J. de Vries: „Gesteld dat in het basispakket, ter neutralisering van ongelijke lasten per regio, een bepaald bedrag zou worden opgenomen dat per ligdag voor rekening van de verzekering komt (terwijl men desgewenst plaatselijke, hogere ligprijzen extra kan verzekeren), dan zou dit naar onze mening de inventiviteit van directies van inrichtingen om hun kosten in de hand te houden sterk bevorderen. Zuinig handelen moet worden beloofd” (30).

Het volgende voorbeeld moge verduidelijken hoe bestaande *kostenverhogende* financiële prikkels door introductie van een dergelijke nieuwe verzekeringsvorm 180 graden kunnen worden gedraaid en worden vervangen door *kostenverlagende* prikkels. Stel dat in een bepaalde gemeente twee identieke ziekenhuizen staan, met hetzelfde verpleegtariaf van b.v. f. 400 per dag. De ziekenhuizen zijn niet meer zo heel nieuw, maar ook niet te oud. Zij beschikken niet over de ultramodernste medische apparatuur, maar functioneren uitstekend. Nu besluit een van de twee ziekenhuizen over te gaan tot nieuwbouw of verbouwing (b.v. een nieuwe vleugel) waarbij het aantal bedden per zaal wordt verlaagd van 10 naar 4, kostbare, geavanceerde medische apparatuur wordt aangeschaft, de keuze uit het aantal menu's wordt vergroot van 2 naar 5, kleurentelevisies op de kamers worden geplaatst en andere „luxe” wordt aangebracht. De kosten van deze verbouwing worden doorberekend in het verpleegtariaf, dat hierdoor fors stijgt tot b.v. f. 500 of f. 600 per dag (31). Indien de patiënten volledig voor ziekenhuishulp verzekerd zijn (zoals in de huidige ziekenfondsverzekering) zal er een run ontstaan op het verbouwde ziekenhuis en zal het niet-verbouwde ziekenhuis zijn bezettingsgraad zien dalen. De zuinigheid en doelmatigheid van het ziekenhuis dat van mening is dat het ook zonder verbouwing uitstekend functioneert, wordt zodoende gestraft.

Indien een verzekeraar nu naast de standaardverzekering (zonder eigen bijdrage) een nieuwe verzekeringsvorm introduceert met een lagere premie, waarbij de verzekerde f. 400 per verpleegdag in het ziekenhuis vergoed krijgt (en daarboven wellicht een bepaald percentage) (32), ontstaat een totaal andere situatie. De verzekerde heeft dan een financiële prikkel om het zuinige, doelmatige ziekenhuis te kiezen. Alleen de patiënten die de extra faciliteiten van het verbouwde ziekenhuis het extra geld waard vinden, zullen dit ziekenhuis kiezen. Deze nieuwe verzekeringsvorm met beperkte ziekenhuisvergoeding verschaft niet alleen aan de verzekerde, maar ook aan de medische specialisten een aansporing om doelmatige ziekenhuizen te kiezen. Artsen die in „dure” ziekenhuizen werken, zien het aantal patiënten en daarmee hun werkgelegenheid teruglopen. Wanneer in voorkomende gevallen sprake is van nieuwbouw, verbouwing of aanschaf van dure medische apparatuur, zullen de specialisten bij de ziekenhuisdirecties aandringen op doelmatigheid. Ten slotte kan de nieuwe verzekeringsvorm ook de verzekeraar een stevige positie verschaffen in de onderhandelingen met de ziekenhuizen over de tarieven. (Tot nu toe was de invloed van de ziekenfondsen op de vaststelling van de ziekenhuistarieven vrij gering en die van de particuliere verzekeraars nihil. Volgens de nieuwe Wet tarieven gezondheidszorg moet het ziekenhuis met de verzekeraar ter plaatse overeenstemming over een tariefswijziging zien te bereiken (33).

28) Dat wil zeggen 60% van de ziektekosten die onder de dekking van de standaardverzekering vallen.

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

30) J. de Vries, art. cit., blz. 24.

31) Ook indien de tarieven zijn gebaseerd op de vervangingswaarde, en niet, zoals thans het geval is, op basis van de historische kostprijs, zal in dit voorbeeld een tariefstijging plaatsvinden.

32) Een van de polisvoorwaarden kan inhouden dat indien het goedkope ziekenhuis vol is en de ziekenhuisopname geen uitstel verdraagt, volledige vergoeding van het dure ziekenhuis wordt verleend.

33) Zie hiervoor b.v. Inzet-plus, De Wet tarieven gezondheidszorg, blz. 16, bijlage bij *De Inzet*, nr. 5, 1982.



Indien in een bepaald ziekenhuis de patiënten onnodig lang in bed worden gehouden, of indien behandelingen die net zo goed poliklinisch kunnen worden verricht, klinisch worden verricht, kunnen de nieuwe verzekeringsvormen met beperkte ziekenhuisvergoeding de verzekerde eveneens aansporen om doelmatige ziekenhuizen te kiezen 34). In dergelijke gevallen is het nuttig dat de verzekeraar (eventueel via de huisarts) aan de verzekerden goede voorlichting en informatie verschaft.

In het *Jaarverslag 1977* van de particuliere ziektekostenverzekeraar Het Zilveren Kruis treft men de volgende suggesties aan voor de wijze waarop nieuwe verzekeringsvormen financiële prikkels tot doelmatigheid kunnen introduceren: „De verzekering kan niet decreteren dat tonsillectomie bij kinderen behoudens uitzonderingen poliklinisch moet gebeuren, maar kan wel bepalen daarvoor geen opname te vergoeden. De verzekering kan niet bepalen dat de opnameduur bij ongecompliceerde breukoperaties tot drie dagen beperkt zou kunnen worden, maar kan wel bepalen dat slechts drie dagen worden vergoed”. Deskundigen (b.v. controlerend geneeskundigen) zullen het aantal voorbeelden van de wijze waarop via de vorm van de eigen bijdrage aansporingen tot doelmatigheid ontstaan, ongetwijfeld kunnen uitbreiden.

Met betrekking tot de eerste-lijnshulp zou een verzekeraar in overleg met de plaatselijke hulpverleners (b.v. huisartsen en gezondheidscentra) richtlijnen kunnen opstellen over een doelmatig functioneren van de eerste lijn. Deze richtlijnen, waarbij de lokale omstandigheden, behoeften en mogelijkheden mede een rol zullen spelen, kunnen b.v. voor de huisarts betrekking hebben op het verrichten van eenvoudige heelkundige verrichtingen, het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn (specialisten en ziekenhuis) of de ziekenhuizen waarnaar wordt verwezen. Een verzekeraar zou vervolgens een nieuwe verzekeringsvorm kunnen introduceren (met premiekorting ten opzichte van de standaardverzekering) 35) waarbij eerste-lijnshulp verleend door huisartsen die zich aan de richtlijnen houden, volledig wordt vergoed en waarbij voor hulp verleend door anderen (behoudens noodsituaties, verblijf elders e.d.) een eigen bijdrage verschuldigd is (die de in de AWZ genoemde „maximale eigen bijdrage” niet mag overschrijden). Deze verzekeringsvorm verschaft de verzekerde een aansporing om een doelmatige huisarts te kiezen en verschaft de huisarts een prikkel tot doelmatig handelen.

Met betrekking tot nieuwe verzekeringsvormen deed prof. dr. J. Moll onlangs 36) de suggestie om de verzekerde een keuze te geven tussen goedkope en dure verzekeringspakketten die niet alleen kunnen verschillen in de omvang van dekking, maar ook in de aard van de verleende zorg: „Wanneer de organisatie van de medische zorg ertoe leidt dat de artsen bij hun beslissingen op het gebied van het medisch handelen óók rekening moeten houden met de financiële consequenties, dan is het mogelijk te komen tot relatief goedkope naast relatief dure vormen van zorgverlening overeenkomstig de wensen van de cliënt. Waarom zou men cliënten die ten voordele van hun persoonlijk budget genoeg willen nemen met spaarzame toepassing van kostbare methoden van medisch onderzoek en behandeling geen bijpassende en dus relatief goedkope verzekering aanbieden?”.

Realisering van dit voorstel zou kunnen geschieden doordat een verzekeraar afspraken maakt met een groep hulpverleners omtrent de aard van de te verlenen hulp. De verzekeraar kan dan een nieuwe verzekeringsvorm introduceren (met premiekorting ten opzichte van de standaardverzekering) die recht geeft op volledige vergoeding van deze hulp verleend door deze groep hulpverleners, terwijl voor alle andere hulp (behoudens uitzonderingen) eigen bijdragen van 100% gelden. Het ligt voor de hand dat verzekeraars en hulpverleners bij het maken van afspraken omtrent de aard van de hulp, ook afspraken zullen maken omtrent de honorering hiervan. Dit sluit aan bij de in het WRR-rapport (blz. 79) genoemde mogelijkheid dat de premieverschillen tussen verzekeraars mede het gevolg zouden kunnen zijn van afspraken tussen de verzekeraars en de hulpverleners omtrent tarieven voor geleverde medische verrichtingen. Verzekeringsvormen gebaseerd op dergelijke afspraken beginnen enige „HMO-achtige-” kenmerken 37) te vertonen.

Voortbordurend op de HMO-gedachte zou men tot diverse „HMO-achtige” nieuwe verzekeringsvormen kunnen komen. Behalve afspraken omtrent de honorering en de aard van de te

verlenen hulp kunnen ook andere afspraken tussen de groep hulpverleners en de verzekeraars worden gemaakt. Bij voorbeeld, de hulpverleners kunnen in loondienst van de verzekeraars gaan werken; de verzekeraar kan een bepaalde hoeveelheid bedden in een ziekenhuis huren of verregaande exploitatieafspraken maken met gezondheidscentra en ziekenhuizen; de honorering kan via een stelsel van bonussen gekoppeld worden aan het „bedrijfsresultaat” van de verzekeraars; of de verzekeraar kan zelf gezondheidscentra, apotheken, poliklinieken of ziekenhuizen gaan exploiteren. Het aantal varianten op deze HMO-achtige gedachten is in principe zeer groot 38).

De AWZ biedt — ook in het geval van HMO-achtige verzekeringsvormen — voldoende zekerheid dat als gevolg van sterke financiële prikkels niet te weinig hulp wordt verleend of dat de kwaliteit van de geboden hulp in het geding komt. De beste garantie tot goede hulp is de in de AWZ-regelgeving opgenomen acceptatieplicht: is men ontevreden over de verleende hulp, dan gaat men naar een andere verzekeraar. Zodoende is het voor een verzekeraar van het grootste belang geen slechte naam te krijgen. Ook bevat de regelgeving in de AWZ (b.v. de acceptatieplicht en de voorwaarde dat de premie onafhankelijk is van de gezondheidstoestand) voldoende garanties voor solidariteit tussen gezonden en minder gezonden. (In dit artikel zullen wij niet ingaan op de argumenten en overwegingen die in de discussie over het z.g. „cream-skimming” naar voren zijn gebracht 39).

De hier beschreven innovatie in de verzekeringsmarkt verschaft de verzekerde financiële prikkels (lage premie) om efficiënte hulpverleners te kiezen en verschaft de hulpverlener prikkels (inkomen en behoud van patiënten) om efficiënt te werken. De in de AWZ opgenomen regelgeving zorgt ervoor dat invoering van nieuwe verzekeringsvormen leidt tot een eerlijke concurrentie en niet tot een ongecontroleerde concurrentie, waarbij ongewenste directe en indirecte selectie van verzekerden kan optreden.

Het is goed erop te wijzen dat realisering van de AWZ niet noodzakelijk tot invoering van de hier beschreven nieuwe verzekeringsvormen behoort te leiden. De huidige traditionele verzekeringsvormen met vergoeding van alle medische hulp zonder eigen bijdragen, ongeacht de keuze van de hulpverlener, zullen blijven bestaan. Het een sluit het ander niet uit. De praktijk zal leren waar de verzekerde uiteindelijk de voorkeur aan geeft.

#### 4. Samenvatting

In dit artikel zijn de contouren geschetst van een nieuwe Algemene Wet Ziektekosten (AWZ) waarbij:

34) Een goede reiskostenvergoeding kan bezwaren van de verzekerden tegen verder weg gelegen, maar goedkope, ziekenhuizen wegnemen.

35) De polisvoorwaarden van de nieuwe verzekeringsvormen worden geformuleerd als afwijkingen ten opzichte van de standaardverzekering. Zodoende kan de consument op eenvoudige wijze zijn keuze bepalen.

36) Bij gelegenheid van de opening van de nieuwe Studierichting Algemene Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam (september 1982). Zie J. Moll. Terug naar het ziekenfonds van vroeger? *De Inzet*, nr. 11, 1982, blz. 18-19.

37) Voor kenmerken van de „Health Maintenance Organizations” (HMO's), zie deel I, paragraaf 3.3. Voor nadere informatie omtrent HMO's, zie: J. Moll. Health Maintenance Organizations. Leren van de VS? *Tijdschrift voor Sociale geneeskunde* (verschijnt binnenkort).

38) Innovatie in de gezondheidszorg vereist een aanpassing van de bestaande wetgeving. Een voorbeeld hiervan is het voornemen van staatssecretaris Van der Reyden om ziekenhuizen een budgetbedrag te geven dat niet mag worden overschreden. Budgettering impliceert een grote vrijheid van handelen binnen de grenzen van het budgetbedrag, terwijl de nieuwe Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) deze vrijheid beperkt. Evenzo zal realisering van HMO-achtige nieuwe verzekeringsvormen enige aanpassing vereisen van (de uitvoering van) de bestaande wetgevingen. Ook de in de AWZ genoemde voorwaarden waaraan een verzekeraar moet voldoen om voor erkenning in aanmerking te komen, zouden ten aanzien van HMO-achtige verzekeringsvormen moeten worden aangepast. In de Verenigde Staten is met dit soort voorwaarden, die zijn vastgelegd in de HMO-act, ruime ervaring opgedaan.

39) Zie hiervoor b.v. Enthoven, art. cit. en op cit., en J. P. Newhouse. Is competition the answer? *Journal of Health Economics*, nr. 1, jg. 1982, blz. 109-116.

- de onevenwichtige lastenverdeling van ziektekosten en het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier worden opgeheven;
- 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;
- de premie onafhankelijk is van de gezondheidstoestand van de verzekerde (solidariteit tussen gezonden en minder gezonden).

De AWZ kan worden gezien als een volksverzekering met beperkte dekking, bevat een regelgeving die vergelijkbaar is met die in de heroverwegingsplannen en stemt overeen met recente aanbevelingen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid om de sterke kanten van de markt te combineren met de sterke kanten van de overheidsregulering en om de financieringsstructuur zodanig te wijzigen dat gewenste gedragingen worden beloond en ongewenste gedragingen worden ontmoedigd.

De uitvoering van de AWZ geschiedt door de huidige uitvoeringsorganisaties. De rechten en plichten van alle verzekeraars zijn in principe gelijk. De financieel zelfstandige verzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de verzekerden door middel van de hoogte van de premie, het dienstbetoon, de aanvullende verzekeringen, efficiency, kostenbeheersing en toezicht op onnodig gebruik. De regelgeving heeft betrekking op de acceptatieplicht, minimum verzekeringsdekking, premiestelling en informatieplicht. Deze regelgeving zorgt voor een eerlijke concurrentie.

Het werkgeversaandeel in de premie voor ziekenfonds en particuliere verzekering verschuift naar de werknemers; de daarvoor ontstane lastenverzwaring dient te worden opgevangen

door een looncompensatie zonder fiscale gevolgen. De inkomensoverdrachten met betrekking tot ziektekostenverzekering komen volledig tot uiting in betalingen aan en ontvangsten uit de nieuw op te richten centrale kas. De huidige rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekeringen worden gestort in de centrale kas. De overige inkomsten van de centrale kas worden gevormd door een inkomensafhankelijke gezondheidsbelasting of AWZ-premie. De uitgaven van de centrale kas bestaan uit:

- a. een aanzienlijke bijdrage aan verzekerden die zijn aangesloten bij een erkende verzekeraar (dat wil zeggen een verzekeraar die zich aan de regelgeving houdt);
- b. „gezondheids subsidies” voor nader te bepalen doelgroepen.

Het systeem van inkomensoverdrachten is zeer flexibel. In principe kan door het bepalen van de omvang en de aard van de geldstromen van en naar de centrale kas in iedere gewenste mate tegemoet worden gekomen aan twee veelgehoorde, belangrijke bezwaren tegen invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten nl.:

- a. een (te grote) stijging van de collectieve uitgaven;
- b. onaanvaardbare individuele inkomensverschuivingen.

Een randvoorwaarde bij de AWZ zou kunnen zijn dat bepaald, nader aan te duiden groepen (b.v. minimuminkomen, bejaarden en groepen die nu voor een reductieregeling in aanmerking komen), er ten opzichte van de huidige situatie per saldo niet op achteruit mogen gaan.

In de onderlinge concurrentie kunnen de verzekeraars naast de traditionele verzekeringsvormen nieuwe verzekeringsvormen met lage premies introduceren, waardoor bestaande kostenverhogende financiële prikkels worden omgebogen tot kostenverlagende prikkels. Een verzekeringsvorm waarbij bij voorbeeld per verpleegdag in het ziekenhuis de verzekerde zelf alle kosten boven een bepaald bedrag per dag moet betalen, geeft de verzekerde een aansporing om goedkope, doelmatige ziekenhuizen op te zoeken. Hierdoor ontstaat voor ziekenhuisdirecties en medische specialisten een aansporing tot kostenbeheersing en doelmatigheid.

Ook kan een verzekeraar met afzonderlijke hulpverleners en hulpverlenende instanties afspraken maken omtrent de aard en de honorering van de te verlenen hulp. Indien de verzekerden hier behoefte aan blijken te hebben, zou een verzekeraar ook verzekeringsvormen kunnen aanbieden die enige kenmerken bevatten van de „Health Maintenance Organizations” (HMO's). De regelgeving in de AWZ bevat — ook in het geval van HMO-achtige nieuwe verzekeringsvormen — voldoende garanties voor solidariteit tussen gezonden en minder gezonden en voor kwalitatief voldoende hulp. De concurrentie en de financiële prikkels tot doelmatigheid zullen ertoe bijdragen dat overbodige bedden en te dure of inefficiënte hulpverleners op den duur verdwijnen en de noodzaak van overheidsingrijpen zal afnemen. Mede ook door de regionaal verschillende premies („iedere regio betaalt zijn eigen overbedding”) zal een beddenreductie niet tot een storm van protesten behoeven te leiden.

In dit artikel is getracht een bijdrage te leveren aan de discussie over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De nadruk heeft hierbij gelegen op een structurele, lange termijnopzet en niet op concrete overgangsmatregelen.

Bij realisering van de AWZ zullen niet alleen de huidige problemen met betrekking tot de diverse ziektekostenverzekeringen zijn opgelost, maar zal tevens een nieuw instrument tot kostenbeheersing zijn ontstaan. De ervaringen in de Verenigde Staten met „Health Maintenance Organizations” wijzen op een daling van de kosten van de gezondheidszorg met circa een kwart. Onderzoek naar de factoren die voor deze kostendaling verantwoordelijk zijn en naar de mate waarin deze kostendaling zich ook in Nederland zou kunnen voordoen, verdient een zeer hoge prioriteit 40). Het is van belang geen enkele methode tot kostenbeheersing onbeproofd te laten, want ziek zijn is al duur genoeg.

Wynand van de Ven

40) Gezien de vele honderden publikaties betreffende HMO's en alternatieve organisaties gedurende de afgelopen jaren zal een dergelijk onderzoek grotendeels het karakter hebben van een inventariserende literatuurstudie.