

## Tilburg University

### Eigen risico's

Ten Raa, M.H.

*Published in:*  
Intermediar

*Publication date:*  
1992

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Ten Raa, M. H. (1992). Eigen risico's: De stelselherziening van Simons vereist meer concurrentie en minder sociale neveloelen. *Intermediar*, 28(24), 21-21.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Eigen risico's

## De stelselherziening van Simons vereist meer concurrentie en minder sociale nevedoelen

Het is niet voor niks dat de gezondheidszorg in het brandpunt van de politiek staat. De kosten zijn gigantisch. Vierduizend gulden per Nederlander. Bent u gezinshoofd, heeft u een partner en twee kinderen, dan hebben we het dus over zestienduizend gulden per jaar. Is uw gezin kerngezond, gefeliciteerd, maar de kosten blijven tikken want de gezondheidszorg wordt grotendeels collectief gefinancierd.

Wat zijn nu het 'plan-Dekker', de 'stelselherziening', het 'plan-Simons'? Welnu, om te beginnen, het is één pot nat. Politici pakken bestaande plannen graag wat anders in, met een strik in hun politieke kleur, maar het plan-Simons is gewoon het plan-Dekker. De naamsverandering heeft hoogstens de politieke steun doen afbrokkelen.

De stelselherziening komt erop neer dat ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen worden gelijkgeschakeld. Uw relatie met de verzekeraar heeft dan drie betalingscomponenten: de inkomensafhankelijke premie, de nominale premie en de vrijwillige premie. De inkomensafhankelijke premie is een verplichte bijdrage aan een zogenaamde Centrale Kas, en betreft tachtig procent van de basisverzekering. De ove-

De verzekeringsmaatschappijen zijn tussen de cliënten en de zorgaanbieders geplaatst. Dat is zo gek nog niet. De cliënten hebben een enorme informatieachterstand met betrekking tot de kwaliteit en de kosten van de zorg. Wie getroffen wordt door een ongeluk, is onvoldoende in staat om ter plekke de zorgsituatie in kaart te brengen en een optimale keuze te maken. Er is ruimte voor tussenhandel en in principe kan die best door de verzekeringsmaatschappijen gevuld worden.

Wat er omgaat in de gezondheidszorg wordt nu door twee dingen bepaald. In de relatie tussen u en de verzekeringsmaatschappij wordt de vraag bepaald, en de samenstelling en omvang van het pakket dekkingen. De prijs bestaat uit de werkelijke kosten van de gezondheidszorg plus een marge. De werkelijke kosten worden bepaald tussen de verzekeringsmaatschappijen en de zorgaanbieders, waarbij de verzekeraars de aanbieders tegen elkaar dienen uit te spelen. De marge wordt bepaald tussen de cliënten en de verzekeringsmaatschappijen door concurrentie op de nominale premie.

Wat is nu eigenlijke taak van de overheid in dit geheel? In het spel tussen de verzekeringsmaatschappijen en de zorgaanbieders moet de overheid ervoor zorgen dat de concurrentie werkt. Dat wil zeggen: dereguleren, vestigingsbeleid opheffen, zogenaam-

de verzekeringsmaatschappijen in de vorm van normbedragen per cliënt, die afhangen van het risicoprofiel. De Centrale Kas is een dubbele herverdelingsoperatie: er vindt inkomensherverdeling plaats en risicopremieverdeling.

De inkomensherverdeling is niet te onderscheiden van ordinare belastingpolitiek. Gewenste of ongewenste nivelleringseffecten kunnen versterkt of gecompenseerd worden door tarievenherzieningen en zijn niet essentieel uit oogmerk van volksgezondheidsbeleid. De risicopremieverdeling is van groot belang. Om te voorkomen dat we afglijden in het oude declaratiestelsel met zijn ongeremde kostenontwikkeling, is er gekozen voor grofmazige normbedragen. De vergoeding per verzekeringnemer uit de Centrale Kas hangt af van globale risicofactoren als leeftijd, geslacht en regio. Binnen de grove mazen van dit financieringsstelsel hebben de verzekeringsmaatschappijen er belang bij om zich te richten op de relatief goedkope klanten. Om te voorkomen dat de risicogroepen tussen de wal en het schip geraken door risicoselectie, is de acceptatieplicht bedacht.

De acceptatieplicht helpt weliswaar iedereen aan een polis, maar kan niet voorkomen dat sommige verzekeringsmaatschappijen met een relatief duur cliëntenbestand opgezadeld worden. Uiteraard zullen zij analyseren waardoor dat komt en kunnen zij factoren aanwijzen, anders dan leeftijd, geslacht of regio, die de hoge kosten verklaren. Zo blijkt nu reeds dat het kostenverleden van een cliënt een risicofactor is en deze wordt dan ook opgenomen in de bepaling van de normbedragen. De normbedragen worden dus steeds minder grofmazig.

Dit proces kan worden afgeremd door beperkingen van vergoedingen

maar, zoals gezegd, dat laat zich gelijkwaardig regelen door de reguliere belastingontwikkeling. De echte rol van de Centrale Kas is het beschermen van risicogroepen en als er één les uit het recente verleden van de welvaartsstaat getrokken kan worden, is het wel dat bescherming alleen te handhaven is als deze beperkt wordt tot degenen voor wie hij bedoeld is.

De belangrijkste 'risicofactor', leeftijd, is niet slechts dubieus, maar zelfs curieus. Natuurlijk, de gezondheidszorg van oudere mensen is kostbaarder, maar het is onzin om te stellen dat die kosten meer onzekerheid meebrengen. Als u één zekerheid heeft, dan is het wel dat uw verwachte gezondheidskosten zullen stijgen. Als de overheid zich er niet mee zou bemoeien, zouden de verzekeringsmaatschappijen hun oude praktijk van leeftijdsafhankelijke premievaststelling voortzetten. Op jonge leeftijd wordt er dan relatief veel verdiend en relatief weinig premie betaald, hetgeen u in staat stelt om te sparen voor de oude dag met zijn hoge kosten. Door leeftijd evenwel als 'risico-factor' in te voeren, egaliseert de overheid de premie-afdracht over de levenscyclus. In feite is dit een gedwongen spaarregeling met een omslagstelsel: een tweede AOW.

Op lange termijn boekt het plan-Simons behoorlijke efficiency-winst. Op korte termijn lijkt de invoering te haperen vanwege een gebrek aan concurrentie in de sector en een opwaartse druk op de collectieve lasten. Dit is geen reden om te aarzelen bij de invoering van de stelselherziening, maar des te meer aanleiding om deze te ondersteunen met mededingingsbeleid en met een schoning van de basisverzekering van oneigenlijke spaarelementen.

nat. Politici pakken bestaande plannen graag wat anders in, met een strik in hun politieke kleur, maar het plan-Simons is gewoon het plan-Dekker. De naamsverandering heeft hoogstens de politieke steun doen afbrokkelen.

De stelselherziening komt erop neer dat ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen worden gelijkgeschakeld. Uw relatie met de verzekeraar heeft dan drie betalingscomponenten: de inkomensafhankelijke premie, de nominale premie en de vrijwillige premie. De inkomensafhankelijke premie is een verplichte bijdrage aan een zogenaamde Centrale Kas, en betreft tachtig procent van de basisverzekering. De overige twintig procent wordt gevormd door de nominale premie, die rechtstreeks door uw verzekeringsmaatschappij geïnd wordt. Formeel is de nominale premie niet verplicht, materieel wel: wie deze niet betaalt, kan geen rechten ontlenen aan de inkomensafhankelijke premie. Koppelverkoop dus. De laatste component, de vrijwillige premie, is bedoeld voor de verzekering van risico's die niet door het basispakket gedekt worden en kan door uzelf bepaald worden. De nieuwe basisverzekering dekt meer dan negentig procent van de bestaande zorg.

De verzekeringsmaatschappij koopt vrij zorgpakketten in bij aanbieders met een goede prijs-kwaliteitsverhouding. De zorgaanbieders proberen door reorganisaties en fusies goed voor de dag te komen op deze markt. Ook proberen zij nog te redden wat er te redden valt door de zorg onderling te verdelen en toetreders te werven middels vestigingsbeleid, registratiesystemen en kwaliteits-eisen, met inschakeling van de overheid.

vang van het pakket dekkingen. De prijs bestaat uit de werkelijke kosten van de gezondheidszorg plus een marge. De werkelijke kosten worden bepaald tussen de verzekeringsmaatschappijen en de zorgaanbieders, waarbij de verzekeraars de aanbieders tegen elkaar dienen uit te spelen. De marge wordt bepaald tussen de cliënten en de verzekeringsmaatschappijen door concurrentie op de nominale premie.

Wat is nu eigenlijke taak van de overheid in dit geheel? In het spel tussen de verzekeringsmaatschappijen en de zorgaanbieders moet de overheid ervoor zorgen dat de concurrentie werkt. Dat wil zeggen: dereguleren, vestigingsbeleid opheffen, zogenaamde kwaliteitseisen schrappen en kartels van beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en ziekenfondsen breken, met inbegrip van beëindiging van de door de overheid gesubsidieerde overleg- en adviescultuur. Van staatssecretaris Simons valt in dit opzicht weinig te verwachten: mededingingsbeleid is niet in de eerste plaats zijn competentie, doch van staatssecretaris de Rooij van Economische Zaken. Het kabinet laat een gouden kans liggen om beleid te voeren. Door het anti-kartelbeleid mede op de gezondheidszorg te concentreren, bereik je meer dan door zeuren om lagere premies.

In de financieringsrelatie tussen cliënten en verzekeringsmaatschappijen huist de voornaamste volksgesondheidsstaak van de overheid: de bescherming van de risicogroepen, die anders buiten de boot zouden vallen. Solidariteit is mooi, maar moet wel betaald worden. De bron is de eerste betalingscomponent. De Centrale Kas is int deze afhankelijk van uw inkomen, ongeacht uw risicoprofiel. De Centrale Kas sluist de bedragen door naar de

het schip geraken door risicoselectie, is de acceptatieplicht bedacht.

De acceptatieplicht helpt weliswaar iedereen aan een polis, maar kan niet voorkomen dat sommige verzekeringsmaatschappijen met een relatief duur cliëntenbestand opgezadeld worden. Uiteraard zullen zij analyseren waardoor dat komt en kunnen zij factoren aanwijzen, anders dan leeftijd, geslacht of regio, die de hoge kosten verklaren. Zo blijkt nu reeds dat het kostenverleden van een cliënt een risicofactor is en deze wordt dan ook opgenomen in de bepaling van de normbedragen. De normbedragen worden dus steeds minder grofmazig.

Dit proces kan worden afgeremd door beperkingen van vergoedingen via de Centrale Kas. Dit beperkt natuurlijk ook de inkomensverdeling,

leeftijd evenwel als 'risico-factor' in te voeren, egaliseert de overheid de premie-afdracht over de levenscyclus. In feite is dit een gedwongen spaarregeling met een omslagstelsel: een tweede AOW.

Op lange termijn boekt het plan-Simons behoorlijke efficiency-winst. Op korte termijn lijkt de invoering te haperen vanwege een gebrek aan concurrentie in de sector en een opwaartse druk op de collectieve lasten. Dit is geen reden om te aarzelen bij de invoering van de stelselherziening, maar des te meer aanleiding om deze te ondersteunen met mededingingsbeleid en met een schoning van de basisverzekering van oneigenlijke spaarelementen.

*Thijs ten Raa*

KOSTEN/BATEN/KOSTEN/BATEN/KOSTEN/BATEN/KOSTEN/BATEN/

Thijs ten Raa is als academisch onderzoeker verbonden aan de economische faculteit van de Katholieke Universiteit Brabant.