

# De gevolgen van het nieuwe stelsel van gezondheidszorg

*Na een langdurige discussie heeft het kabinet besloten het stelsel van gezondheidszorg tijdens deze kabinetsperiode structureel te hervormen. Per 1 januari 2006 wordt op basis van de nieuwe Zorgverzekeringswet één verplichte standaardverzekering voor ziektekosten ingevoerd, zodat het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere ziektekostenverzekeringen komt te vervallen. Een belangrijke rol is in het nieuwe stelsel weggelegd voor marktwerking, zowel op de verzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt. Dit artikel schetst eerst de noodzaak en de contouren van het nieuwe stelsel. Daarna komen de voorwaarden voor versterking van de marktwerking aan bod. Tot besluit staan de gevolgen centraal van het nieuwe stelsel voor het prudentiële toezicht op zorgverzekeraars.*

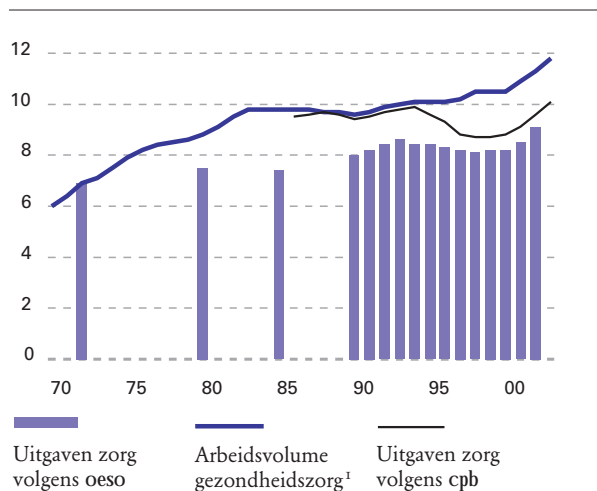
## De noodzaak van een nieuw stelsel

In het huidige zorgstelsel overheersen de aanbod- en prijsregulering, die vanaf het einde van de jaren zeventig in verschillende fases zijn ingevoerd. De kern van dit aanbodgestuurde systeem is dat de overheid op basis van wet- en regelgeving de capaciteit aan banden legt, intervenueert in de prijzen, de tarieven en de pakketsamenstelling, en budgetten toedeelt. Door deze regulering zijn de keuzevrijheid voor de zorgvrager en de ondernemingsvrijheid van de zorgaanbieders zeer beperkt. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing was dit systeem in de eerste helft van de jaren tachtig en tweede helft van de jaren negentig succesvol, getuige de stabilisatie respectievelijk daling van het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product – de zogenoemde zorgquote – en de stabilisatie van het aandeel van het arbeidsvolume in de zorgsector in het totale arbeidsvolume (grafiek 1). Een belangrijk nadeel van dit systeem is echter dat een vast budget voor een vooraf vastgestelde productie geen prikkel geeft om de capaciteit optimaal te benutten en de productiviteit te verhogen. Mede als gevolg van de geringe prikkels zijn aanzienlijke inefficiënties in het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg ontstaan (scp 2002, Schellekens 2002, Bakker 2004, De Kam en Nypels 2002). In deze situatie ontstonden lange wachtlijsten en klachten van zorgvragers over een verschraling van de zorg.

Onder druk van de publieke opinie liet het tweede

### Grafiek 1 Uitgaven en arbeidsvolume gezondheidszorg

Procenten bbp respectievelijk in procenten totaal arbeidsvolume



<sup>1</sup> Arbeidsvolume in arbeidsjaren, inclusief welzijnszorg.

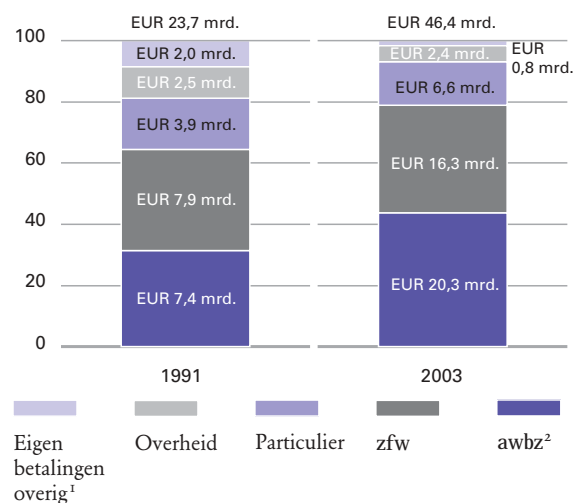
Bron: oecd Health Data 2004, cbs Nationale rekeningen 2003, cpb cep 2004.

Paarse kabinet het beginsel van uitgavenbeheersing los en kwam het 'recht op zorg' centraal te staan. Het resultaat hiervan was een stijging van het zorgvolume in de jaren 2001 en 2002 met gemiddeld bijna 9% per jaar, tegenover een gemiddelde volumestijging van 2,75% in de periode 1994-2000. Omdat ook de prijzen in de gezondheidszorg sterk stegen, namen de uitgaven spectaculair toe. De zorgquote steeg van 8,8% in 2000 tot 10,1% in 2003 en is daarmee weer ongeveer terug op het niveau uit de eerste helft van de jaren negentig. Het beschikbaar stellen van extra geld heeft de wachtlijsten bekort, maar heeft de in het verleden opgebouwde inefficiënties uiteraard niet weggenomen. Daarvoor zijn fundamentele hervormingen nodig. Het nieuwe stelsel beoogt zowel de efficiëntie als de keuzevrijheid te verbeteren, waarbij moet worden aangetekend dat het slechts betrekking heeft op een deel van de gezondheidszorg. De zorg krachtens de Algemene Wet Bijzonder Ziektelasten (awbz), de in termen van uitgaven grootste en snelst groeiende zorgcategorie (grafiek 2), blijft grotendeels buiten de stelselherziening.

De Nederlandse problemen zijn niet uniek. Net als Nederland kampen ook veel andere landen in de Westerse wereld met problemen ten aanzien van de gezondheidszorg. Wanneer wordt gekozen voor een grote rol voor de markt, zoals in het Amerikaanse zorgstelsel dat hoofdzakelijk wordt gefinancierd uit private

### Grafiek 2 Financiering zorg

Totale uitgaven = 100



Toelichting: In de uitgaven zijn stortingen en onttrekkingen aan de reserves (financieringsachterstand) buiten beschouwing gelaten.

<sup>1</sup> Exclusief eigen betalingen awbz.

<sup>2</sup> Inclusief eigen betalingen.

Bron: Tabel an cep 2004, cpb en vws.

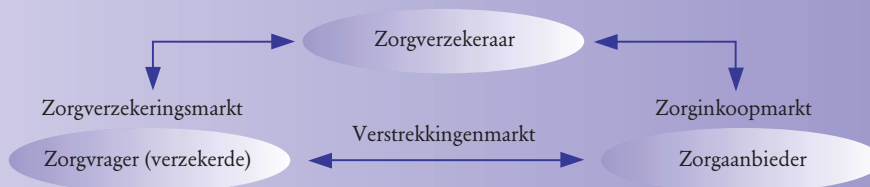
verzekeringen, komt de toegankelijkheid al snel in het geding. In stelsels waar de overheid domineert en de uitgaven controleert, zoals in het Verenigd Koninkrijk met zijn uit belastingopbrengsten gefinancierde *National Health Service*, zijn er veelal inefficiënties en wachtlijsten. In het algemeen hangt de problematiek rondom de gezondheidszorg samen met de moeite die de overheid doet om zowel de zorguitgaven te beheersen als de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen. Daarbij is de zorgmarkt in belangrijke opzichten complexer dan andere productmarkten (zie box 1). In reactie op de problemen in de gezondheidszorg is in veel landen een trend naar meer marktwerking zichtbaar. Het idee is dat partijen in een privaat stelsel meer prikkels tot efficiënt gedrag ondervinden.

## Het nieuwe stelsel in een notendop

Hoewel de problemen in de Nederlandse gezondheidszorg vooral in het zorgstelsel liggen, zijn er ook veranderingen in het verzekeringsstelsel nodig, omdat beide stelsels nauw met elkaar zijn verweven. Het nieuwe stelsel van gezondheidszorg tracht door versterking van de marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt en op de zorginkoopmarkt tegemoet te komen aan de problemen. In het nieuwe stelsel bieden private zorgverzekeraars een standaardverzekering aan, waarvoor een acceptatieplicht (de plicht om iedereen te accepteren) geldt en een zorgplicht. De zorgplicht kan door zorgverzekeraars worden ingevuld via gecontracteerde zorg (natura-model), door vergoeding van de kosten van de verleende zorg (restitutiemodel), dan wel door een com-

### Box 1 De zorgmarkt

De zorgmarkt is verschillend van de meeste andere productmarkten omdat er in plaats van de gebruikelijke twee marktpartijen (vragers en aanbieders) drie marktpartijen (zorgvragers, zorgaanbieders en verzekeraars) zijn en evenveel deelmarkten.



De zorgvrager is bij een derde partij, de zorgverzekeraar, verzekerd tegen onverwachte zorguitgaven op de verstrekkingsmarkt. Hoe de betaling voor de op geleverde zorg geschiedt, is afhankelijk van de polisvorm. Bij restitutiepolissen gaat de zorgvrager zelf een transactie aan met de zorgaanbieder, waarna hij de bijbehorende rekening bij de zorgverzekeraar declareert (zoals op de huidige particuliere verzekeringsmarkt). Bij naturapolissen krijgt de zorgvrager de zorg in natura en stuurt de zorgaanbieder de rekening naar de zorgverzekeraar (zoals op de huidige ziekenfondsmarkt).

De specifieke structuur van de zorgmarkt schept het risico van *afwenteling*. De zorgvraag is in potentie bijna oneindig: een patiënt met een gezondheidsprobleem wil er alles aan doen om beter te worden, is tegen de uitgaven hiervoor verzekerd en neigt dus niet tot een beperking van zijn zorgconsumptie. De zorgaanbieder vervult een dubbelrol, omdat hij de aard van de zorgvraag bij de patiënt vaststelt, maar daar tegelijkertijd ook zijn inkomen aan ontleent.

Het afwentelingsprobleem wordt versterkt door de *informatieproblemen* op de zorgmarkt, want voor het verlenen van zorg is specifieke en complexe kennis nodig. Noch de overheid, noch de verzekeraar kan de noodzaak van de zorgverlening door zorgaanbieders altijd

even goed beoordelen, en de patiënt voelt doorgaans geen enkele behoefte om dit te doen.

Doordat de verzekerde en de zorgaanbieder geen individueel belang hebben bij een beperking van de zorgconsumptie, ontstaat op de verstrekkingsmarkt een druk op de zorguitgaven. Het tegenwicht kan ten eerste komen van financiële prikkels aan verzekerden, in de vorm van een eigen risico en eigen betalingen (samenhangend met de omvang van het pakket). Maar een te groot beroep op financiële prikkels tast de *toegankelijkheid* van de gezondheidszorg aan. Ten tweede kan uit de vergelijking van de prestaties van zorgaanbieders een prikkel ontstaan. Maar hiervoor is veel informatie nodig.

Tenslotte verschilt de zorgmarkt doordat er als gevolg van *schaalvoordelen* maar een beperkt aantal partijen is op de verzekeringsmarkt en op verscheidene delen van de zorginkoopmarkt. Hierdoor beschikken sommige partijen over een economische machtspositie, met alle mogelijke negatieve gevolgen van dien.

binatie van beide. De vormen van zorg die buiten het standaardpakket vallen, kunnen door verzekerden op individuele basis op de markt voor aanvullende verzekeringen worden geregeld. In tabel 1 staan de voornaamste verschillen tussen de nieuw in te voeren standaardverzekering en de huidige ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering vermeld.<sup>1</sup>

**Verzekerden** kunnen in het nieuwe stelsel minstens één keer per jaar naar een andere zorgverzekeraar *overstappen*. Het door de overheid vastgestelde pakket van curatieve zorg (dat in grote lijnen zal overeenkomen met het huidige ziekenfondspakket) is voor alle verzekerden hetzelfde, maar de zorgverzekeraars mogen dit in verschillende vormen aanbieden. Dit biedt verzekerden keuzemogelijkheden ten aanzien van de hoogte van de nominale premie, de wijze waarop de zorgplicht wordt ingevuld (in natura of in geldelijke vergoedingen) en de hoogte van het *vrijwillige eigen risico*. De standaardverzekering kent daarnaast ook een verplicht eigen risico in de vorm van een no-claim teruggave-regeling. Verder bieden zorgverzekeraars een zogenoemde 'preferred provider'-polis aan, waarbij in ruil voor een lagere premie de keuze uit verschillende zorgaanbieders is ingeperkt. Voor ziekenfondsverzekerden vergroot het nieuwe stelsel de *keuzeruimte*, omdat zij in het huidige stelsel geen keuze hebben ten aanzien van de hoogte van het eigen risico. Particulier verzekerden

leveren in beginsel keuzevrijheid in, aangezien de paketsamenstelling vast ligt. Hier staat tegenover dat particulier verzekerden, die niet meer willen verzekeren dan het standaardpakket, in het nieuwe stelsel meer overstapmogelijkheden krijgen (doordat de invoering van een acceptatieplicht overstappen ook mogelijk maakt voor 'slechte risico's').

Ook de **financieringsgrondslag** verandert. Doordat *premedifferentiatie* op basis van persoonsgerelateerde factoren zoals leeftijd en gezondheidstoestand is verboden, geldt per zorgverzekeraar voor eenzelfde polissoort voor iedereen dezelfde nominale premie. De hoogte van die nominale premie mogen de zorgverzekeraars zelf vaststellen. Een wettelijke zorgtoeslag geeft in het nieuwe stelsel invulling aan de inkomenssolidariteit tussen verzekerden: indien de genormeerde premies een te groot beslag leggen op het gezinsinkomen worden huishoudens gecompenseerd. Het verbod op premedifferentiatie waarborgt in combinatie met een acceptatieplicht de risicosolidariteit tussen verzekerden in het nieuwe stelsel.<sup>2</sup> De nominale premies die door verzekerden worden opgebracht en de eigen betalingen van verzekerden zijn, samen met de Rijksbijdragen voor de premie van kinderen, verantwoordelijk voor de financiering van de helft van de nieuwe standaardverzekering. De andere helft komt van *inkomensgerelateerde* bijdragen van werkgevers. Het cpb schatte enige tijd

Tabel 1 Het oude en nieuwe stelsel vergeleken

	Verzekerden				Financierings- grondslag		Zorgverzekeraars				
	Aantal in 2002 x 1000	Over- stap- moge- lijkheid	Vrij- willig eigen risico	Keuze- ruimte polis	Premie- diffe- rentia- tie	Inko- mens- gerela- teerde premies	Winst- motief	Accep- tatie- plicht	Risico- vereve- ning	Zorg- plicht	
<b>Huidige stelsel</b>											
Ziekenfonds	9710	Ja	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Ja	Deels	Natura	
Particulier	5540	Gering	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Restitutie	
<b>Nieuwe stelsel</b>											
Standaard- verzekering		Ja	Ja	Deels	Nee <sup>2</sup>	Deels	Ja	Ja	Deels <sup>1</sup>	Ge- mengd	

Toelichting: In deze tabel zijn de publiekrechtelijke ziektenkostenverzekering (in 2002: 780.000) en de wtz (in 2002: 700.000) uit het huidige stelsel buiten beschouwing gelaten.

<sup>1</sup> Het risicodragende deel neemt in de tijd geleidelijk toe. Kosten die voor zorgverzekeraars niet beïnvloedbaar zijn (bijvoorbeeld topklinische zorg) zullen buiten de risicodragendheid blijven.

<sup>2</sup> Verbod op premedifferentiatie op basis van persoonsgerelateerde kenmerken. De premie kan wel verschillen tussen verzekeraars onderling, afhankelijk van de aangeboden variant (bijvoorbeeld hoogte vrijwillig eigen risico).

geleden in dat het nieuwe stelsel in 2006 ruim eur 28 miljard zal kosten: eur 11,6 miljard nominale premies van verzekerden, eur 1 miljard uit eigen betalingen, eur 1,6 miljard Rijksbijdragen, en eur 14,2 miljard werkgeverspremies. De stelselwijziging zou volgens het cpb resulteren in een lastenverlichting van rond de eur 0,5 miljard in 2007, waarbij de uiteindelijke, werkelijke omvang afhankelijk is van de precieze uitwerking van de stelselherziening.

De **zorgverzekeraars** (de huidige ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) zullen de standaardverzekering mogen uitvoeren, waarbij de ziekenfondsen – in tegenstelling tot nu – *winstgericht* mogen opereren. Van volledig vrije marktwerking is op de markt voor de standaardverzekering echter geen sprake, omdat de ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars is afgebakend door flankerende regulering, zoals de *acceptatieplicht* en het verbod op premiedifferentiatie. Het doel daarbij is concurrentie uit te sluiten op basis van risicoselectie, zoals op de huidige markt voor particuliere verzekeringen wel voorkomt. Om te voorkomen dat dit financieel nadelig uitpakt voor zorgverzekeraars met een onevenredig groot aantal ‘slechte risico’s’ onder hun verzekerden, zoals chronisch zieken en ouderen, is voorzien in een systeem van *risicoverevening*. Dit systeem compenseert zorgverzekeraars onderling voor verschillen in risicoprofielen (zie box 2). De instrumenten die nog wel kunnen worden ingezet door zorgverzekeraars in de slag om een groter marktaandeel, zijn de premiehoogte, de kwaliteit van de ingekochte zorg (als hij de zorg in natura levert) en de snelheid van de dienstverlening. Op de markt voor de aanvullende verzekeringen is er een grotere concurrentieruimte voor zorgverzekeraars, omdat op die markt naast genoemde instrumenten ook acceptatie, pakket- en premiedifferentiatie belangrijke instrumenten blijven.

Behalve met veranderingen op de zorgverzekeringsmarkt worden zorgverzekeraars geconfronteerd met veranderingen op de zorginkoopmarkt. In het nieuwe stelsel ontstaat ruimte voor maatwerk doordat zorgverzekeraars de *zorgplicht* verschillend kunnen invullen. In het naturamodel gaan zorgverzekeraars namens de verzekerden onderhandelen met de zorgaanbieders, over het samenstel van prijzen, kwaliteit en volume van de geleverde diensten, waardoor zij de verantwoordelijkheid krijgen voor een doelmatige inkoop van goede zorg. Een zorgverzekeraar die bij zorgaanbieders een hoge kwaliteit of snelle behandeling bedingt, kan zich daarop in de concurrentiestrijd onderscheiden van andere zorgverzekeraars. In het restitutiemodel blijven de zorgverzekeraars meer op afstand en heeft de verze-

kerde bij het vervullen van zijn zorgvraag een eigen verantwoordelijkheid, binnen zekere, van overheidswege bepaalde grenzen. Een verzekerde die goed zijn weg weet te vinden binnen de gezondheidszorg of die erop staat zijn eigen dokter of ziekenhuis te kiezen, kan er binnen genoemde grenzen toe besluiten om een groter deel van zijn zorgvraag zelf ter hand te nemen. Bij zijn keuze voor een naturapolis of voor een restitutiepolis bepaalt de verzekerde dus in welke mate hij de regie over zijn zorgvraag overdraagt aan de zorgverzekeraar. Doorgaans zullen zorgverzekeraars over superieure kennis beschikken, waardoor voor veel verzekerden naturapolissen aantrekkelijker zullen zijn dan restitutiepolissen.

### Voorwaarden voor een versterking van de marktwerking

In het nieuwe stelsel dient er zowel meer marktwerking te ontstaan op de zorgverzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt. Het kernidee is dat de zorgverzekeraars de zorgaanbieders door middel van onderhandelingen prikkelen tot een betere prijs-kwaliteitverhouding op de inkoopmarkt. Tegelijkertijd dient concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt ervoor te zorgen dat de verzekeraars deze doelmatigheidswinsten aan de verzekerden doorgeven.

#### *Marktwerking op de zorginkoopmarkt*

Om marktwerking op de zorginkoopmarkt tot een succes te maken, moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Of zorgverzekeraars een betere prijs-kwaliteitverhouding kunnen uitonderhandelen, is afhankelijk van de druk die zij in dat onderhandelingsproces op de zorgaanbieders kunnen en willen uitoefenen. Dit vereist achtereenvolgens: afschaffing van de contracteerplicht (dat wil zeggen de huidige verplichting voor verzekeraars om met alle zorgaanbieders contracten af te sluiten, waardoor aanbieders verzekerd zijn van afname), transparantie ten aanzien van de prijs en kwaliteit van zorg, en vermindering van de aanbodschaarste.

Vanwege de contracteerplicht hebben de ziekenfondsen in de onderhandelingen met zorgaanbieders maar een beperkte vrijheid.<sup>3</sup> Voor vrij gevestigde medische beroepsbeoefenaren is de contracteerplicht al afgeschaft, terwijl deze verplichting binnenkort ook voor een klein deel van de ziekenhuiszorg verdwijnt. Een contracteerplicht verzekert zorgaanbieders van de afname van hun zorg, waardoor een belangrijke prikkel tot verhoging van de efficiëntie ontbreekt. Voor een succesvolle stelselwijziging is het daarom belangrijk dat de



contracteerplicht zo snel mogelijk wordt afgeschaft, zodat zorgverzekeraars geen contracten hoeven af te sluiten met zorgaanbieders die te duur zijn of die geen goede kwaliteit leveren. De 'preferred provider' polis biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid verzekeren op een marktconforme wijze, namelijk in ruil voor een lagere premie, naar geselecteerde zorgaanbieders te geleiden. Verzekerden die wel vrij willen kiezen tussen zorgaanbieders moeten een polis met een hogere premie afsluiten.

Een tweede voorwaarde voor marktwerking is inzicht in de geleverde prestaties van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen maar beperkt selecteren op kwaliteit en prijs als zorgaanbieders een geringe transparantie bieden. Transparantie legt kwaliteits- en prijsverschillen bloot en maakt het daarmee voor zorgverzekeraars in theorie mogelijk patiënten naar kwalitatief hoogstaande en goedkope zorgaanbieders te verwijzen. De ervaringen van de laatste jaren wijzen uit dat het in de praktijk niet zo eenvoudig is om 'zorgproducten' te definiëren, waarover kan worden onderhandeld, en om transparantie te creëren, temeer omdat daarvoor de hulp van zorgaanbieders is vereist. Het gevaar ligt hier ook op de loer dat dit alles ontaardt in een kostbare bureaucratie die beoogde efficiëntiewinsten weer teniet doet.

De derde voorwaarde voor marktwerking op de zorginkoopmarkt is de vermindering van de aanbodschaarste. Afschaffing van de contracteerplicht en transparantie zijn op zichzelf niet genoeg voor een voldoende sterke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars. De ervaring leert namelijk dat ziekenfondsen, op die terreinen van zorg waar de contracteerplicht reeds is afgeschaft, zich nog niet werkelijk hebben laten kennen als scherpe onderhandelaars. De vrij onderhandelde tarieven liggen doorgaans dicht bij de in regels vastgelegde maximumtarieven. In de onderhandelingen durven ziekenfondsen zich lang niet altijd hard op te stellen, door de sterke regionale positie van veel zorgaanbieders en de daaruit voortkomende angst om de lange termijn relatie te beschadigen. De dreiging om met zorgaanbieders geen contract aan te gaan, is niet geloofwaardig op een markt die wordt gekenmerkt door aanbodschaarste.

Voor het welslagen van het nieuwe stelsel is het daarom belangrijk dat zorgverzekeraars zaken kunnen doen met meerdere zorgaanbieders of over alternatieven beschikken om aan de zorgvraag te voldoen. Die alternatieven kunnen bestaan uit het inkopen van zorg in het buitenland, of het gedeeltelijk in eigen hand nemen van de zorgverlening, bijvoorbeeld door artsen of apothekers in

loondienst te nemen en voor eenvoudige vormen van zorg eigen klinieken op te zetten. Vermindering van de aanbodschaarste is niet eenvoudig van vandaag op morgen in alle regio's te realiseren. Zo is toetreding in de ziekenhuiszorg, afgezien van de huidige formele belemmeringen, lastig vanwege schaalvoordelen. De 'managed care' door verticale integratie heeft het risico in zich dat zorgverzekeraars op de stoel van de zorgverleners komen te zitten en de nadruk te eenzijdig komt te liggen op kostenbeheersing. Vanwege de complexiteit van de zorginkoopmarkt is adequate regulering bij de uitbreiding van het aanbod in ieder geval onmisbaar. Zolang het aanbod tekort schiet, kan er geen echt vrije markt zijn en blijft aanvullende regulering van prijzen noodzakelijk. Maar om het ondernemen in de gezondheidszorg niet te bemoeilijken, dient de overheid, als de kaders eenmaal goed staan, zoveel mogelijk op afstand te blijven.

Aandacht is ten slotte ook vereist voor de onderlinge verhoudingen tussen de zorgverzekeraars op de inkoopmarkt. Bij een monopolisering van het regionale zorgaanbod door regionaal dominante zorgverzekeraars kan de concurrentie in een regio in gevaar komen. In het huidige stelsel zijn de particuliere zorgverzekeraars landelijk actief zodat hun aandeel van de particuliere markt per regio klein is. Daarentegen zijn ziekenfondsen van oudsher regionaal actief, waardoor het aandeel van het dominante ziekenfonds per regio kan oplopen tot boven 90%. Door exclusieve relaties tussen grote zorgverzekeraars en grote zorgaanbieders bestaat het gevaar dat kleinere spelers op regionaal niveau maar moeilijk de noodzakelijke zorg kunnen inkopen. De wetgever moet waarborgen scheppen voor de situatie dat naast de grote zorgverzekeraars in een regio ook de kleinere zorgverzekeraars toegang blijven krijgen tot de zorgaanbieders in een regio.

#### *Marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt*

Of het nieuwe stelsel efficiënter zal zijn dan het huidige stelsel, is daarnaast afhankelijk van de marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt. Die bepaalt immers of de doelmatigheidswinsten aan verzekeren worden doorgegeven. Belangrijk in dit kader zijn: de mobiliteit van verzekeren, het aantal zorgverzekeraars en het 'gelijke speelveld' tussen zorgverzekeraars.

De marktwerking is in de eerste plaats afhankelijk van de mobiliteit van verzekeren die uit onvrede over de premie en/of de geleverde zorg naar een andere zorgverzekeraar overstappen. Dat de acceptatieplicht voor iedereen overstappen mogelijk maakt, is belangrijk, maar niet afdoende. De bereidheid van verzekeren om daadwerkelijk gebruik maken van de overstapmogelijk-

heid wordt immers ook door andere zaken bepaald. Voor een gemotiveerde keuze uit de aanbiedingen van verschillende zorgverzekeraars is transparantie over diensten en prijzen een belangrijke vereiste. In principe vergroot de invoering van een standaardpakket de transparantie ten opzichte van de huidige situatie. Maar zelfs op een transparante markt met een acceptatieplicht kan mobiliteit soms moeilijk van de grond komen. Overstappen kan onaantrekkelijk zijn door alle bijkomende rompslomp, zoals de eventuele noodzaak om van zorgaanbieder te veranderen of om tegen andere voorwaarden een aanvullend pakket af te sluiten. Gelet op de geringe mobiliteit op de ziekenfondsmarkt – ondanks duidelijke premieverschillen en een acceptatieplicht – gedurende de jaren negentig is het de vraag of op de nieuwe markt voor standaardverzekeringen de mobiliteit veel groter zal zijn. In ieder geval is het vanuit het oogpunt van mobiliteit belangrijk alle bijkomende rompslomp zoveel mogelijk te voorkomen.

Het spreekt voor zich dat de marktwerking ook wordt bepaald door het aantal zorgverzekeraars. Want bij een klein aantal zorgverzekeraars valt er voor verzekerden tenslotte weinig te kiezen. Doordat het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verdwijnt, neemt in principe het aantal partijen, en daarmee de keuze voor verzekerden, toe. Daarbij moet wel gelijk worden aangetekend dat veel ziekenfondsen en particuliere verzekeraars tot hetzelfde concern behoren en dat een samensmeltingsproces gaande is: het aantal concerns is daardoor afgenomen van 58 in 1997 tot 33 in 2002. Op dit moment hebben de zes grootste concerns iets minder dan 70% van de markt in handen. Vanwege de waarschijnlijk grotere, minimaal vereiste schaal om efficiënt te opereren – deze schaalvoordelen bestaan uit zaken als informatiesystemen, zorgmanagement en contractmanagement – zet deze trend zich in het nieuwe stelsel waarschijnlijk voort. In de toekomst is het denkbaar dat buitenlandse partijen zich in dit samensmeltingsproces zullen mengen, en zich door overnames toegang tot de Nederlandse markt zullen verschaffen. Gelet op deze trend, ziet het er naar uit dat de toekomstige zorgverzekeringsmarkt oligopolistische trekken zal vertonen. Daarom is een actief mededingingstoezicht vereist om de concurrentie te bewaken en de betekenis van keuzevrijheid voor verzekerden te waarborgen.

Ten slotte wordt de concurrentie in het nieuwe stelsel ook beïnvloed door de wijze waarop wordt omgesprongen met verschillen in het risicoprofiel van het verzekerdenbestand en met verschillen in de initiële vermogens. De startpositie in het nieuwe stelsel van de zorgverzekeraars is verschillend omdat sommige parti-

culiere verzekeraars en ziekenfondsen beter zijn gekapitaliseerd dan andere, en over meer ‘goede’ risico’s in het verzekerdenbestand beschikken. Ten behoeve van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars is een goede risicoverevening essentieel. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverzekeraars die door historische redenen, vanwege een ander solvabiliteitstoezicht, over een initieel lager vermogen beschikken, niet al gelijk op een concurrentieachterstand komen te staan. In dit kader liggen er belangrijke uitdagingen voor het prudentiële toezicht, die hieronder worden uitgewerkt.

### **De gevolgen voor het prudentiële toezicht**

Als gevolg van de omzetting van ziekenfondsen in private zorgverzekeraars, komen deze instellingen onder het prudentiële toezicht van de geïntegreerde instelling dnb/pvk te staan, die na parlementaire goedkeuring van de fusiewet verder zal gaan onder de naam dnb. Momenteel is de pvk al verantwoordelijk voor het prudentiële toezicht op particuliere ziektekostenverzekeraars, maar is het toezicht op ziekenfondsen ondergebracht bij het College Toezicht Zorgverzekeringen (ctz). Het ctz gaat in het nieuwe systeem op in de Zorgautoriteit (za). Daarnaast houdt het College voor Zorgverzekeringen (cvz) een eigen taak, te weten het bevorderen van de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars. De za wordt onder meer verantwoordelijk voor het zorgspecifieke gedragstoezicht en het toezicht op de naleving van de acceptatieplicht en de zorgplicht door zorgverzekeraars. Ter voorkoming van mogelijke overlap in het toezicht van de za en van dnb, bijvoorbeeld op het vlak van administratieve organisatie en interne controle (ao/ic), wordt gedacht aan een protocol tussen beide toezichthouders, waarin informatie-uitwisseling wordt vastgelegd. Het door dnb uit te oefenen prudentiële toezicht op de zorgverzekeraars wijkt in beginsel niet af van dat op alle andere particuliere (schade-)verzekeraars. Dit begint met de vergunningverlening en omvat onder meer de toetsing van bestuurders, eisen aan de ao/ic, alsmede een beoordeling van de financiële positie, waarbij de solvabiliteit essentieel is. Voor het vaststellen van een adequate solvabiliteitseis is inzicht in het risicoprofiel van zorgverzekeraars noodzakelijk. Lastig daarbij is dat een raamwerk als Solvency ii, dat meer ruimte moet bieden voor risicogebaseerde solvabiliteitstoetsing dan onder de thans geldende eu-schaderichtlijnen het geval is, nog niet zal gelden als het nieuwe stelsel ingaat.

### Risico's

Het prudentiële toezicht richt zich op de verschillende typen risico's die verzekeraars lopen. Dit zijn het verzekeringstechnische risico, kredietrisico, marktrisico, operationeel risico en liquiditeitsrisico. Het belangrijkste risico voor verzekeraars is het verzekeringstechnische risico. De andere risico's komen (in verschillende mate) ook bij andere financiële instellingen voor. Het verzekeringstechnische risico is het specifieke risico dat verzekeraars lopen door het afgeven van verzekeringsdekking. De omvang van het verzekeringstechnische risico is afhankelijk van de risico's die de verzekeraar accepteert, de premie die hij daarvoor in rekening brengt en het niveau van voorzieningen dat hij kiest. Essentieel hierbij zijn de gehanteerde veronderstellingen omtrent de schadeverdeling, zoals mede bepaald door het verwachte aantal schaden en het gemiddelde schadebedrag. Voor het toezicht is het van belang dat met name het verzekeringstechnische risico en het operationele risico (waaronder het reputatierisico) voor zorgverzekeraars afwijkend zijn van dat voor andere verzekeraars. De aard van de overige risico's is in beginsel hetzelfde.

In de huidige situatie moet een kandidaat-verzekerde een gezondheidsverklaring afleggen of een medische keuring ondergaan voordat een particuliere verzekeraar het risico van ziekte- of arbeidsongeschiktheid in dekking neemt. Op basis hiervan schat de verzekeraar het

risico. Met behulp van landelijke statistieken over risicoprofielen (zoals de kans op een bepaalde ziekte) stelt de verzekeraar een premieniveau vast. Vervolgens selecteert de verzekeraar een verzekerdenpopulatie waarvan het totale risico naar verwachting gedekt kan worden met het door hem gekozen premieniveau. Dit kan door in sommige gevallen de dekking te weigeren of te beperken, of door een extra premie te berekenen bij een hoger risico. In het nieuwe systeem krijgen zorgverzekeraars een verhoogd verzekeringstechnisch risico vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. In het geval van een acceptatieplicht kan dekking immers niet worden geweigerd of beperkt, terwijl het verbod op premiedifferentiatie een extra premie ter compensatie van een verhoogd risico uitsluit. Mogelijk gevolg hiervan is dat het risicoprofiel van een zorgverzekeraar afwijkt van de landelijke statistieken, waardoor de berekende premie of schadevoorziening te laag kunnen zijn. Indien een zorgverzekeraar door de acceptatieplicht bijvoorbeeld meer chronisch zieken in portefeuille krijgt dan het landelijke gemiddelde zal zijn schade gemiddeld hoger uitvallen. Om die reden kent het nieuwe stelsel een vereveningssysteem (zie box 2), maar het blijft de vraag of daarmee alle onderscheidende persoonsgebonden risico's voldoende worden gecompenseerd. Indien dit niet het geval zou zijn, lopen sommige zorgverzekeraars relatief meer risico,

### Box 2 Risicoverevening

Binnen het nieuwe systeem zal worden gewerkt met een vorm van risicoverevening, wat kan worden gezien als een soort landelijke pooling vooraf van verwachte schaden via een vereveningsfonds. Hiertoe worden per verzekeraar de verzekerden in een aantal categorieën ingedeeld op basis van verzekerdenkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, gezondheidskenmerk). Voor elke categorie wordt een budgetbedrag vastgesteld, dat landelijk gezien gelijk is aan de gemiddeld waargenomen schade voor die categorie van verzekerden. Van dit budgetbedrag wordt een (voor alle categorieën gelijke) nominale rekenpremie afgetrokken. Deze premie bedraagt de helft van het landelijk gemiddelde van alle budgetbedragen. Het restant wordt per categorie aan de verzekeraar uit het vereveningsfonds vergoed. Voor het geval het restant voor een categorie negatief is dient de verzekeraar dit af te dragen aan het vereveningsfonds. Dit systeem is vergelijkbaar met het huidige vereveningssysteem voor de ziekenfondsen. Daarnaast vindt compensatie plaats voor grote schade-

gevallen in de vorm van nacalculatie op basis van de daadwerkelijke kosten.

Onderstaand gestileerd voorbeeld verduidelijkt de werking van risicoverevening:

Stel dat de landelijke schade wordt begroot op 10 miljard voor 10 miljoen verzekerden. De gemiddelde schade per verzekerde is 1000. De helft is de nominale rekenpremie (5 miljard, 500 per verzekerde) en de andere helft (eveneens 5 miljard) dragen werkgevers af aan het vereveningsfonds. Neem aan dat er twee verzekeraars zijn, a en b. Verzekeraar a heeft 7 miljoen verzekerden, met volgens de verzekerdenkenmerken een totaal budgetbedrag over alle categorieën van 8 miljard aan te verwachten schade, en verzekeraar b heeft 3 miljoen verzekerden met een totaal budgetbedrag van 2 miljard. Aftrek van de landelijke nominale rekenpremie levert voor verzekeraar a 4,5 miljard aan te ontvangen uit het vereveningsfonds (namelijk 8 miljard minus 7 miljoen verzekerden maal 500). Verzekeraar b ontvangt 0,5 miljard (namelijk 2 miljard minus 3 miljoen maal 500). Samen ontvangen ze dus de 5 miljard uit het fonds.



zonder dat zij daarop invloed kunnen uitoefenen en zonder dat zij daarvoor worden gecompenseerd.

Daarnaast geldt voor verzekeraars in het algemeen dat de feitelijke schade kan afwijken van het eigen gemiddelde. Voor zorgverzekeraars komt daarbij dat vanwege de aard van het product het schadepatroon sterk wordt beïnvloed door het gedrag van de verzekerde (bijvoorbeeld aanvraag 'second opinion') en de voortschrijdende medische techniek. Deze invloeden zijn van tevoren nauwelijks te schatten. In combinatie met de naar verwachting scherpere concurrentie op premiestelling in het nieuwe stelsel zal het verzekerings-technische risico voor zorgverzekeraars hoger zijn dan voor andere verzekeraars.

Het operationeel risico – de kans op verliezen als gevolg van inadequate of falende interne processen, mensen of systemen of als gevolg van externe omstandigheden – verschilt voor zorgverzekeraars niet veel van dat voor andere verzekeraars. Wel kan de complexiteit van de nieuwe regelgeving, de verevening en de zorginkoop een verhogend effect hebben op dit risico. Tot slot verdient het reputatierisico voor zorgverzekeraars bijzondere aandacht omdat zij in een maatschappelijk en politiek gevoeliger omgeving opereren dan andere verzekeraars. Indien zich een misstand zou voordoen, trekt dit gezien de gevoeligheid van het zorgproduct al snel de aandacht van de media. Indien de zorgverzekeraar deel uitmaakt van een groep kunnen bovendien ook de naam en het vertrouwen van de andere groeps-onderdelen worden geschaad. Daarom is het van belang dat de standaardverzekering in een aparte risicodrager wordt ondergebracht.

Op het per saldo resulterende risicoprofiel van zorgverzekeraars wordt nader onderzoek uitgevoerd, ten einde de te stellen solvabiliteitseisen beter te kunnen onderbouwen. Daarbij gaat het met name om het verzekerings-technische risico, dat in belangrijke mate afhangt van de wijze waarop het risicovereveningssysteem zal uitwerken. Belangrijk aandachtspunt hierbij is de vraag of dit systeem een juist inzicht geeft in de werkelijke risico's van de individuele zorgverzekeraars.

#### *Gevolgen van een faillierende zorgverzekeraar*

Naast de risico's die door zorgverzekeraars worden gelopen, dient ook te worden gekeken naar de consequenties van een eventueel faillissement van een zorgverzekeraar. Dit heeft negatieve gevolgen voor (zorg)verzekerden, de zorgverzekeraar zelf (reputatieschade), zorginstellingen en de maatschappij als geheel. Vanwege de acceptatieplicht is het voor de desbetreffende zorgverzekerden geen probleem om bij een

andere verzekeraar nieuwe dekking te vinden, ongeacht leeftijd en gezondheidssituatie. Deze dekking zal echter slechts gelden voor nieuw optredende schade en voor het standaardpakket als sprake is van een verhoogd risico. Zorgverzekerden zullen in het geval van een faillierende zorgverzekeraar zelf de financiële consequenties van inmiddels opgetreden schaden dragen, waardoor met name de hoge risicogroepen, zoals chronisch zieken, worden getroffen. Het is niet ondenkbaar dat in een dergelijk geval een zorgverlener een chronisch zieke niet langer wil behandelen. In tegenstelling tot de huidige situatie bij ziekenfondsen is er in het nieuwe stelsel immers geen garantieregeling als een zorgverzekeraar faillieert. Dit betekent dat de zorgverleners, die in hoge mate financieel afhankelijk zijn van de zorgverzekeraars, sterk worden getroffen. Op regionaal niveau zouden de gevolgen al ingrijpend kunnen zijn indien één verzekeraar in de problemen komt, vanwege de sterke regionale concentratie van zorginstellingen en ziektekostenverzekeraars. Indien onderkapitalisatie zou bestaan bij alle zorgverzekeraars, ontstaat bovendien een stelselbreed risico dat consequenties heeft voor de maatschappij als geheel. Het gaat immers om een verplichte standaardverzekering voor de gehele Nederlandse bevolking. Overigens kunnen financiële problemen bij een zorgverzekeraar ook negatieve gevolgen hebben voor polishouders van andere verzekeringsproducten. Dit onderstreept nogmaals dat het van belang is dat de standaardverzekering in een aparte juridische entiteit wordt ondergebracht en dat goed toezicht essentieel is.

#### *Solvabiliteitseisen*

In het toezicht op de financiële sector is de tendens dat een solvabiliteitsregime gebaseerd dient te zijn op de feitelijke risico's. Dit is ook de lijn in het Europese Solvency II project en in het in Nederland in ontwikkeling zijnde Financieel Toetsingskader. Voor de zorgverzekeraars betekent dit dat zowel rekening gehouden moet worden met het in beginsel verhoogde risicoprofiel als met de effecten van de risicoverevening. Tot het moment dat Solvency II in werking treedt, vormen de bestaande Europese schaderichtlijnen en het zogenoemde Solvency I het wettelijke kader. Daarbinnen komt voor schadeverzekeraars de solvabiliteitseis neer op circa 24% van de gemiddelde bruto schaden in de afgelopen drie jaar. De eerste schaderichtlijn maakt een reductie van de algemeen geldende solvabiliteitseis voor zorgverzekeraars met tweederde mogelijk. Voor die reductie moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden, waaronder:

- de premie wordt volgens verzekeringswiskundige methoden berekend en dient dus rekening te houden met het risicoprofiel van de verzekerde (bijvoorbeeld leeftijd, ziekteverleden);
- er wordt een aanvullende premie in rekening gebracht als veiligheidsmarge.

Hoewel de standaardverzekering geen rekening houdt met het risicoprofiel van de verzekerde, kan worden betoogd dat toch (deels) aan de eerste voorwaarde is voldaan, omdat het vereveningssysteem corrigeert voor verzekerdenkenmerken. Of dit in zodanige mate gebeurt dat hiermee *volledig* aan de voorwaarde is voldaan, hangt af van de uiteindelijke vormgeving van de vereveningssystematiek en is op dit moment nog niet vast te stellen. Dat geldt ook voor de voorwaarde dat een aanvullende premie een juiste veiligheidsmarge vormt; dit moet expliciet en op individuele basis worden getoetst.

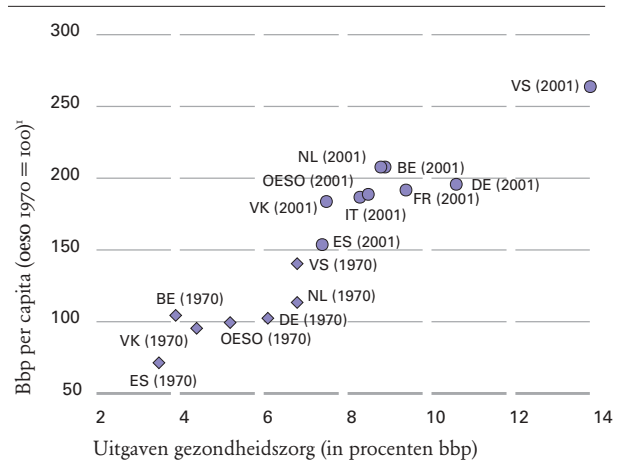
Een afslag conform de Europese richtlijnen is alleen op zijn plaats als de risicoverevening voor zorgverzekeraars uiteindelijk leidt tot een lager risicoprofiel. Adequate solvabiliteitseisen zijn immers noodzakelijk om de kans op in problemen rakende zorgverzekeraars maatschappelijk aanvaardbaar te houden. Daarmee is ook het vertrouwen in zorgverzekeraars en in het nieuwe zorgstelsel als geheel gediend.

## Tot besluit

De opzet van het nieuwe stelsel luistert zeer nauw. Voor een succesvolle stelselwijziging moet aan een groot aantal voorwaarden zijn voldaan. Indien door de stelselherziening in de alledaagse praktijk daadwerkelijk meer prikkels ontstaan tot verhoging van de efficiëntie, is een belangrijke stap gezet op weg naar een beter functionerende gezondheidszorg.

Voor het welslagen van de stelselherziening is het essentieel dat de marktwerking wordt versterkt. Voldoende concurrentie op de zorgmarkt moet er voor zorgen dat de doelmatigheidswinsten in de vorm van een lagere premie en een hogere zorgkwaliteit aan verzekerden ten goede komen. Daartoe moet er nog het nodige gebeuren, zowel bij het zorgaanbod, als bij de zorgverzekeraars, als bij de zorgvragers. De belangrijkste risico's verbonden in dat opzicht zijn dat de noodzakelijke uitbreiding van het zorgaanbod uitblijft, dat het vergroten van de transparantie hoge bureaucratistische kosten met zich brengt, en dat verzekerden onvoldoende mobiel zijn. Vanuit het oogpunt van het prudentiële toezicht dienen zorgverzekeraars te voldoen aan een solvabiliteitseis die overeenstemt met de risico's die zij in het nieuwe stelsel lopen. Dit is des te

Grafiek 3 Bbp per capita en uitgaven gezondheidszorg



Toelichting: Voor Nederland zijn de uitgaven gezondheidszorg in procenten bbp van 1972 genomen.

1 Op basis van prijsniveau en koopkrachtpariteiten van 1995 (us dollars).  
Bron: oeso.

meer belangrijk gelet op de maatschappelijke gevolgen van faillerende zorgverzekeraars.

In de eerste jaren van de stelselherziening moeten alle betrokkenen waarschijnlijk wennen aan hun nieuwe rol. Maar op een gegeven moment zal de overgangsfase voorbij zijn en kan het succes van het nieuwe stelsel worden afgemeten aan de mate waarin de inefficiënties in de gezondheidszorg zijn teruggebracht. Dit valt niet persé samen met de doelstelling van uitgavenbeheersing, aangezien zorgverzekeraars doelmatigheidswinsten behalve in de vorm van een lagere premie – en dus lagere zorguitgaven – ook kunnen doorgeven in de vorm van een betere zorgkwaliteit aan verzekerden. Het is denkbaar dat verzekerden in de komende jaren bereid zijn meer te betalen voor een kwalitatief betere gezondheidszorg en voor zorginnovaties, aangezien zorg een 'luxegoed' is; de uitgaven aan gezondheidszorg stijgen tenslotte sneller dan het inkomenspeil (grafiek 3).

## Geraadpleegde literatuur

**Bakker, P.** (2004), Sneller beter: de logistiek in de zorg, *Eindrapportage TPG*, 7 juni.

**cpb** (2003), Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari, *CPB document no. 28*.

**cpb** (2003), Financiering zorgverzekering volgens Strategisch Akkoord: effecten op overheidsfinanciën, loonkosten en koopkracht, *CPB-Memorandum 55*.

**Docteur, E., H. Oxley** (2003), 'Health-care systems: lessons from the reform experience' *OECD Working papers* 374.

**Kam, F. de, F. Nypels** (2001), De zorg van Nederland, *Contact*.

**Keuzekamp, H., L. Kok** (2003), Hobbels op het speelveld van verzekeraars, Amsterdam, *SEO*.

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** (2004), Hoofdlijnen herziening stelsel curatieve zorg **nyfer** (2003) Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte, Breukelen.

**Schellekens, W.** (2002), 'Twee vliegen in een klap: betere zorg is leukere zorg', *Medisch Contact* 57 (24), pag. 932-934.

**scp** (2002), Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector, *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.

**Schut, E.** (2003), De zorg is toch geen markt, *oratie Erasmus Universiteit*, 9 mei.

1 De Zorgverzekeringswet vervangt de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet 000z). De Wtz is de wettelijk gegarandeerde verzekering voor ouderen en degenen die vanwege hun risicoprofiel zijn uitgesloten van een maatschappijpolis. De nieuwe standaardverzekering komt ook in de plaats van de publiekrechtelijke ziektenkostenverzekeringen voor ambtenaren.

2 Momenteel bestaat ongeveer tweederde van de markt voor particuliere zorgverzekeringen uit collectieve contracten. Doorgaans geven particuliere verzekeraars korting als het risicoprofiel van de populatie die onder het collectieve contract valt, gunstig is. In het nieuwe stelsel is dit niet meer mogelijk, omdat dit strijdig is met risicosolidariteit. Een zorgverzekeraar mag wel een premiekorting doorgeven voor een meer efficiënte administratieve afhandeling van collectieve contracten: mogelijk als de administratieve afhandelingen alleen kunnen blijven bestaan voor zover zij niet strijdig zijn met de risicosolidariteit.

3 De particuliere verzekeraars zijn schadeverzekeraars en hebben in het huidige stelsel voornamelijk een taak bij de vergoeding van de zorgschade. Voor die vergoedingen vormen de tarieven uit de onderhandelingen tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders het uitgangspunt.

