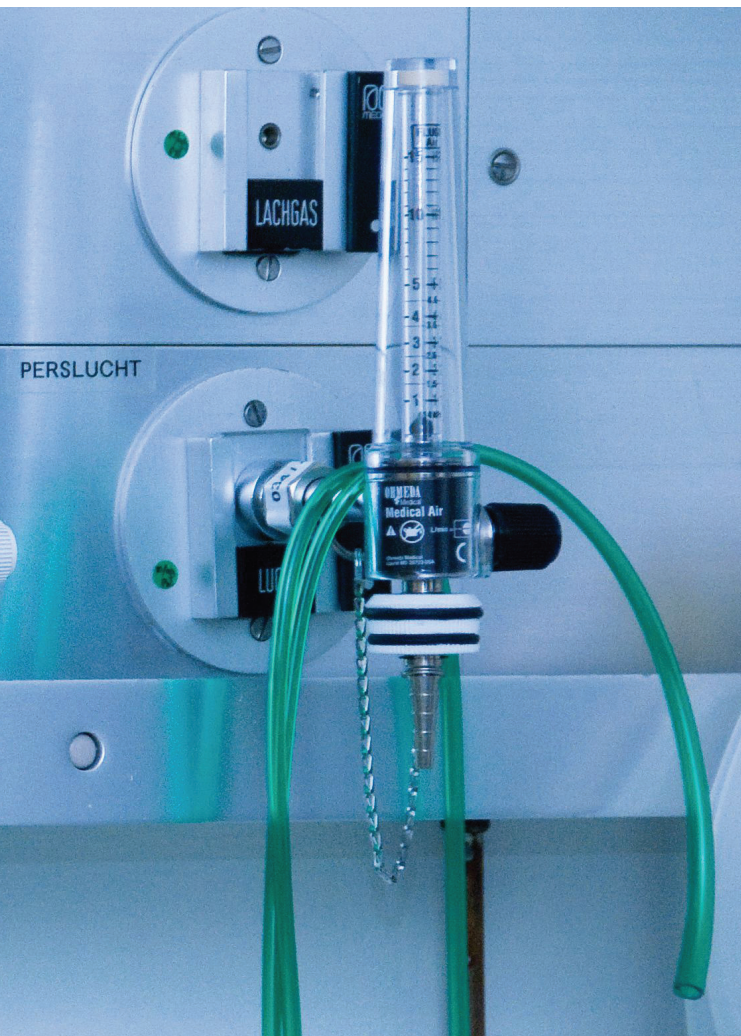




Centraal Planbureau

Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst
voor de zorg

Hoofdstuk 7

Verzekeren

7 Verzekeren

Paul de Bijl, Jan Boone en Casper van Ewijk

Verzekeren van zorg heeft grote waarde, vooral als de zorgkosten hoog zijn en het inkomen laag is. De optimale verzekering biedt echter geen vergoeding voor lage zorgkosten, ook niet voor zorg die moeilijk te indiceren is, en niet voor kosten die in de plaats komen van normale consumptie. Door averechtse selectie is een vrijwillige zorgverzekering niet efficiënt, overheidsregulering is nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een verplichte collectieve verzekering. Uitdaging is om een collectieve verzekering op maat te bieden.

7.1 Gezondheid is onzeker

Iedereen kan ziek worden. Maar of dat gebeurt en wanneer, is onzeker. Ziekte kan mensen met forse kosten confronteren. In beginsel kunnen mensen daarvoor sparen, maar dan nog kunnen de kosten van sommige behandelingen veel hoger zijn dan wat redelijkerwijs bij elkaar te sparen is. Om dat probleem te omzeilen, kunnen mensen hun krachten bundelen – dit staat bekend als het *poolen* van risico's. Dat kan door middel van een verzekering. Omdat niet iedereen ziek wordt, kan de gezamenlijke pot dienen om behandelingen van mensen die wel ziek worden te betalen. Door individuele risico's te spreiden neemt de inkomenszekerheid van mensen toe; dat levert welvaartswinst op.

Voor de meeste verzekeringen kan men gewoon op de private markt terecht. Neem de inboedel-, opstal- of autoverzekering. Hier kan de consument zelf beslissen of en voor hoeveel hij zich verzekert. Bij de zorg ligt dat anders. Overal in de landen om ons heen bestaan collectieve zorgverzekeringen, zo ook in Nederland. Kennelijk kan deze verzekering niet zomaar aan de vrije keuze van consumenten worden overgelaten. Dit heeft te maken met twee problemen. In de eerste plaats zullen onverzekerden die ernstig ziek worden, in de regel toch worden geholpen, ook als zij niet kunnen betalen. Consumenten kunnen hierop speculeren en daarom van verzekering afzien. Dit ongewenste gedrag is een van de vormen van 'moreel gevaar' (*moral hazard*). Verzekeringsplicht is een manier om deze vorm van moreel gevaar tegen te gaan. Een tweede probleem – dat ook door verzekeringsplicht wordt opgelost – is dat van 'averechtere selectie' (*adverse selection*): bij vrije keuze van verzekeringen kiezen vooral mensen die hoge kosten verwachten ervoor om zich te verzekeren. Dat maakt de verzekering duur en onaantrekkelijk voor mensen met lagere verwachte kosten. Als zij besluiten uit de verzekering te stappen, dan ontstaat een spiraal waarbij steeds minder mensen zich verzekeren en tot slot alleen mensen met hoge verwachte kosten overblijven. De verzekeringsmarkt faalt dan. Overheidsregulering kan dit tegengaan, bijvoorbeeld in de vorm van een verplichting om zich te verzekeren.

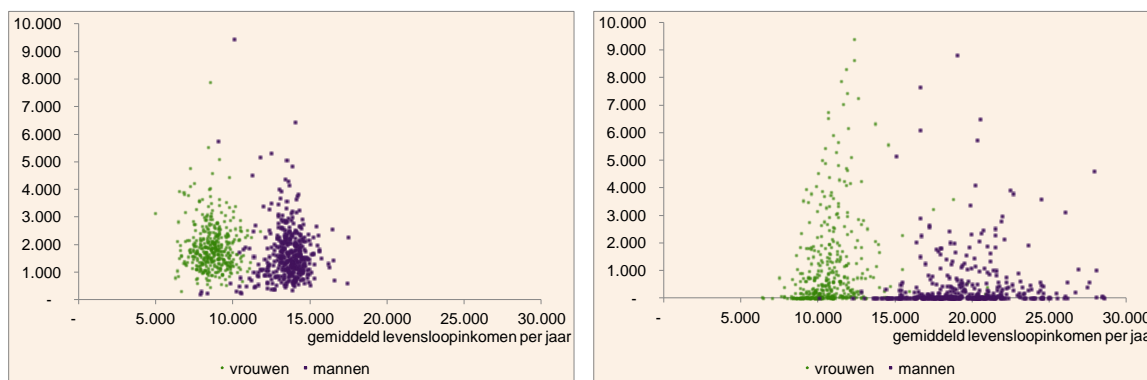
7.2 Waarde van zekerheid

Verzekeren levert economisch waarde op. Niet alleen voorkomt het dat mensen bij ziekte in de financiële problemen komen door hoge kosten, of dat zij vanwege hoge kosten afzien van noodzakelijke zorg. Het is ook een efficiënte manier om onzekerheid weg te nemen. Wij betalen graag een vaste premie van 30 euro per jaar om daarmee de kans op een tegenvaller van 30.000 euro te voorkomen in het geval wij de pech hebben kanker te krijgen. Door het risico over velen te spreiden, worden alle deelnemers verlost van de onzekerheid. Dit staat bekend als het *poolen* van risico's. Omdat niet iedereen ziek wordt, kan de gezamenlijke pot dienen om behandelingen van mensen die wél ziek worden, te betalen. Dit wordt risicosolidariteit genoemd. Niet solidariteit in de zin van 'begaan zijn met de ander', zoals besproken in hoofdstuk 6, maar als collectief belang. Economen spreken meestal van verzekeren.

Figuur 7.1 geeft de spreiding weer in de kosten voor de collectief verzekerde curatieve zorg en langdurige zorg voor Nederland afgezet tegen het inkomen, zowel voor mannen als voor

vrouwen. Hierbij zijn kosten en inkomens beide gemeten als gemiddelde over de levensloop. De figuur laat zien dat de kosten van zorg zeer ongelijk zijn verdeeld. Vooral bij de ouderenzorg (de rechterfiguur) valt op dat de meeste mensen nauwelijks kosten hebben gedurende hun leven, terwijl voor een kleine groep de kosten enorm oplopen. Bij de curatieve zorg (de linkerfiguur) is de spreiding minder scheef, maar ook daar zijn de verschillen aanzienlijk. De gehandicaptenzorg is in de cijfers buiten beschouwing gelaten; de langdurige zorg betreft alleen de ouderenzorg, voor zover gefinancierd uit de AWBZ.

Figuur 7.1 Uitgaven voor curatieve zorg (links) en ouderenzorg over de levensloop (euro)^a



^a Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2011), gebaseerd op een steekproef uit de ziekenfondspopulatie (inkomen lager dan circa 30.000 euro) voor ziektekosten, en steekproef hele bevolking voor ouderenzorg. Punten geven gemiddeld inkomen en zorgkosten per persoon per jaar (standen van zorg en inkomens 2012).

Tijdens het leven heeft iedereen wel eens contact met een arts en ook wel eens behoefte aan medicijnen, maar de een nou eenmaal meer dan de ander. De linkerfiguur geeft een indruk van de verdeling van de kosten voor curatieve zorg. Driekwart van de bevolking gebruikt gemiddeld per jaar tussen de 1000 euro en 3000 euro curatieve zorg. Een groep van 15% van de mensen gebruikt minder zorg, 10% van de mensen gebruikt meer zorg, sommigen heel veel meer.

Bij de langdurige zorg is de verdeling van de kosten uiterst scheef. Een groot deel van de mensen overlijdt zonder ooit een beroep te hebben gedaan op collectief gefinancierde ouderenzorg. Een groep van 80% van de mensen neemt slechts 20% van de kosten van ouderenzorg voor hun rekening. De mediaan (over mannen en vrouwen samen) ligt bij 175 euro per jaar, dus ongeveer 14.000 euro gecumuleerd over de levensloop. Dat wil zeggen dat 50% van de bevolking lagere kosten heeft dan dit bedrag. De verdeling is echter zeer scheef naar boven. De kans op zorgkosten die gemiddeld groter zijn dan 100.000 euro gecumuleerd over de levenscyclus, bedraagt 25%. Ter vergelijking, opname in een verpleegtehuis kost gemiddeld 60.000 euro per jaar; een bedrag van 100.000 euro komt dus overeen met bijna twee jaar opname in een verpleeginstelling. Dit is een bedrag dat ook voor hogere inkomens niet zomaar opgehoest kan worden, zeker wanneer men al ouder is en dus niet meer kan gaan bijverdienen.

Deze scheve verdeling in de kosten voor ouderenzorg heeft een belangrijke implicatie. Het is onjuist om te denken dat iedereen op zijn of haar oude dag te maken krijgt met vergelijkbare

kosten voor verzorging en verpleging. Sparen voor de ouderenzorg is daardoor niet efficiënt. De grote verschillen maken verzekeren noodzakelijk.

Waarde van verzekeren

Mensen hebben een hekel aan onzekerheid. Een kans van 1% op een tegenvaller van 30.000 euro kopen mensen graag af door middel van een verzekering met een premie van meer dan 300 euro (dat is 1% van 30.000). Men is al gauw bereid een premie van 330 euro te betalen. Die 30 euro extra is de prijs die men bereid is te betalen om van de onzekerheid af te zijn. Mensen die erg afkerig zijn van risico zullen zelfs bereid zijn 60 euro of meer extra te betalen om van de onzekerheid verlost te worden. Het wegnemen van onzekerheid is waardevol, want mensen zijn bereid daarvoor te betalen. En verzekeringen nemen onzekerheid weg, daarom zijn ze waardevol.

De welvaartswinst van verzekeren hangt globaal af van drie factoren. De hoogte van de winst kan indicatief worden berekend met de volgende formule:

$$\frac{1}{2}az^2\sigma^2$$

De drie fundamentele determinanten van de winst van het wegnemen van onzekerheid zijn: de mate van risicoafkeer a de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van de consumptie z en de spreiding in de zorguitgaven σ (gemeten als de standaarddeviatie in de kosten ten opzichte van het gemiddelde). Voor de risicoafkeer wordt meestal een waarde van 2 à 5 aangenomen. De fractie van de zorgkosten in de consumptie z bedraagt voor Nederland gemiddeld rond 0,20, waarvan twee derde voor de curatieve zorg en een derde voor de langdurige zorg. Voor de ouderenzorg rekenen we met een relatieve spreiding van 5, voor de curatieve zorg 2.

Tabel 7.1 Waarde van verzekeren – illustratieve berekening^{a,b}

	Ouderenzorg	Curatieve zorg	Totale zorg ^c	Totale zorg hoge risicoafkeer
Parameters				
a	2	2	2	5
z	0,07	0,13	0,20	0,20
σ	5	2	3	3
Waarde van verzekeren				
Percentage van de consumptie	11	7	36	90
Miljard euro, heel Nederland	56	36	180	450

^a Moreno (2011) hanteert vergelijkbare veronderstellingen voor curatieve zorg en vindt een welvaartswinst variërend van enkele procenten tot 20% van de consumptie.

^b De a is de risico afkeer, de z het aandeel van zorg in het inkomen over de levenscyclus, de σ de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde van de kansverdeling.

^c Uitgaande van perfecte correlatie tussen curatieve zorg en langdurige zorg, de bovengrens van de verzekeringswaarde.

Tabel 7.1 geeft een indruk van de mogelijke welvaartswinst van verzekeren wanneer wij deze benadering toepassen op de ouderenzorg en de curatieve zorg in Nederland anno 2012. De uitkomsten zijn louter illustratief, het is een ruwe en partiële benadering. Zo wordt verondersteld dat de kosten volledig over de levenscyclus worden uitgesmeerd; er wordt dus geen rekening gehouden met liquiditeitsbeperkingen voor huishoudens. Zouden we dat wel doen, dan valt de waarde van verzekeren hoger uit. Anderzijds wordt geen rekening gehouden met andere manieren om risico's te spreiden, bijvoorbeeld door binnen een huishouden de kosten tussen partners te delen, of door de hulp van kinderen in te roepen bij de verzorging op latere leeftijd. Ook wordt niet gerekend met de nadelen van verzekeren, zoals het optreden van moreel gevaar.

Met deze kanttekeningen in het achterhoofd levert de tabel toch enkele interessante inzichten op. In de eerste plaats valt op dat verzekeren in potentie veel welvaart op kan leveren; voor de totale zorg mogelijk oplopend tot 90% van de consumptie, dus in totaal meer dan 400 miljard per jaar voor Nederland als geheel. Ook bij een lagere risicoafkeer (eerste drie kolommen) kan de welvaartswinst van verzekeren nog steeds aanzienlijk zijn, namelijk 36% van de consumptie, bijna 200 miljard. Verder valt op dat verzekeren extra belangrijk is voor de langdurige zorg. De hoge verzekeringswaarde van ouderenzorg hangt samen met de grotere onzekerheid over de kosten, zoals ook al uit figuur 7.1 bleek. Daarbij is nog geen rekening gehouden met het feit dat bij ouderenzorg de resterende levenscyclus waarover de kosten kunnen worden uitgesmeerd, korter is en daardoor de waarde van verzekeren nog hoger zou uitvallen. Dat het aandeel van ouderenzorg in het inkomen kleiner is, weegt daar niet tegenop.

De waarde van verzekeren en toegang tot zorg

In de hoofdstuktekst benaderen we de waarde van verzekeren op de manier die gebruikelijk is in de economie. We kijken naar de waarde van het terugdringen van inkomensschokken die voortvloeien uit onzekerheid over de zorgkosten. Dit is een goede benadering voor niet te dure behandelingen. Zorgverzekeringen hebben echter nog een andere functie. De zorgverzekering geeft ook toegang tot zorg (*access to care*) wanneer het om behandelingen gaat die –zonder verzekering– buiten het financiële bereik van mensen liggen.

Nyman (1999) legt het verschil tussen zorg en andere verzekeringen zo uit. Bij, zeg, een schadeverzekering voor de auto is iemand -normaal gesproken- in staat de schade zelf te betalen. Immers, de eigenaar heeft de auto zelf gekocht, het lag binnen de grenzen van zijn financiële middelen. Schade verzekeren is dan het opvangen van inkomensschokken.

Bij gezondheid ligt dit anders. Een mens heeft zijn leven niet eerst 'gekocht'. De waarde die men aan zijn leven en (goede) gezondheid hecht, kan dus boven de eigen financiële middelen liggen. Dan koopt men een verzekering om toegang te hebben tot een behandeling die men zich zonder verzekering niet zou kunnen permitteren. Dit maakt de vraag naar zorg anders dan bij veel andere goederen: de waardering van een behandeling kan veel hoger liggen dan iemand met zijn koopkracht kan financieren. De waarde van een verzekering is dan hoger dan op grond van het terugdringen van onzekerheid alleen berekend kan worden

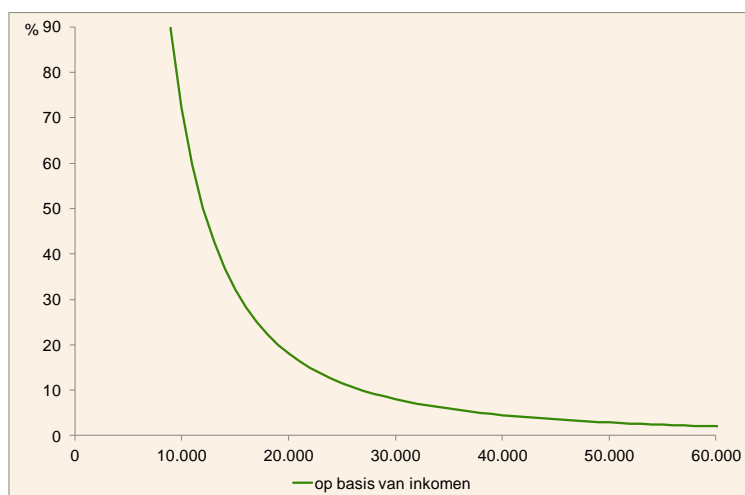
Welvaartswinst van verzekeren vooral groot voor lage inkomens

De formule voor de waarde van verzekeren biedt nog enkele andere interessante inzichten. In de eerste plaats neemt de waarde van zekerheid scherp toe naarmate de onzekerheid groter is. Dat blijkt uit de spreidingsterm σ^2 in de formule: dit is een kwadratische

spreidingsmaat waarin de grote schaden extra zwaar meetellen. Kleine schaden kunnen mensen goed zelf opvangen. Bijvoorbeeld, een behandeling van 1000 euro komt – uitgesmeerd over de hele levenscyclus– neer op een jaarlijkse kostenpost van 16 euro, namelijk 1000 euro over 60 volwassen levensjaren. Voor een dergelijke kleine post is verzekeren nauwelijks de moeite. Dit kan een argument zijn om voor kleinere schaden een eigen risico ‘aan de voet’ te hanteren.

In de tweede plaats zien wij dat ook het verband met de zorgquote z kwadratisch is. Een verdubbeling in het aandeel van de zorguitgaven in de totale bestedingen van een huishouden leidt tot een verviervoudiging van de waarde van zekerheid. Dit heeft direct gevolgen voor de waarde van de zorgverzekering voor hoge en lage inkomens. In het huidige stelsel met uniforme zorg is het voor lage inkomens veel belangrijker om zich te verzekeren dan voor hoge inkomens. Dit wordt geïllustreerd in figuur 7.2, die de waarde van de verzekering weergeeft voor verschillende inkomens van 10.000 tot 60.000 gemiddeld per jaar over de levenscyclus.⁸⁷ Voor het laagste inkomen levert verzekering van de zorgkosten een welvaartswinst op van 75% van de consumptie. Voor een modaal inkomen –tegen de 15.000 euro over de levensloop– bedraagt de welvaartswinst 30%. Voor een inkomen van tweemaal modaal daalt de waarde van verzekeren tot 8% van de consumptie.

Figuur 7.2 De waarde van verzekeren (in procenten van de consumptie) naar inkomensniveaus (euro, gemiddeld over de levensloop)



Toenemend belang van verzekeren in de toekomst

Het verband tussen verzekeringswaarde en zorgquote houdt ook in dat verzekeren in de toekomst belangrijker wordt wanneer de zorgkosten verder zullen stijgen. Volgens de twee omgevingsscenario's in hoofdstuk 2 (tabel 2.3) zullen de individuele zorguitgaven in 2040 met respectievelijk 50% en 80% stijgen ten opzichte van het huidige niveau, dus van een zorgquote z van circa 20% in 2010 tot een zorgquote van 30% in het lage scenario en 40% in

⁸⁷ Deze figuur is gebaseerd op dezelfde gegevens voor de totale zorgkosten als in de derde kolom van tabel 7.1. In deze figuur is de financieringskant van de zorgverzekering buiten beschouwing gelaten. In de praktijk gaat de zorgverzekering in Nederland samen met herverdeling tussen inkomens via de inkomensafhankelijke premie (zie hoofdstuk 3).

het hoge scenario in 2040. De waarde van de verzekering wordt dan nog anderhalf, resp. tweënhalf keer zo groot als vermeld in tabel 7.1.

7.3 Optimale verzekeringsgraad is lager dan 100%

Dat het terugdringen van onzekerheid een grote waarde heeft, betekent niet dat wij ons volledig moeten verzekeren tegen alle mogelijke risico's. In de praktijk dekken verzekeringen meestal minder dan 100% van de schade en wij sluiten ook geen verzekering af voor alles. Aan verzekeringen en de afhandeling van schade zijn allerlei administratieve kosten verbonden. De aanwezigheid van deze zogeheten *loading factors* maakt dat het niet per definitie efficiënt is om iedereen te verzekeren, zelfs wanneer iedereen afkeer van risico heeft.

Afbakening van het verzekerde pakket economisch bezien

De economische theorie biedt een eenvoudig criterium voor de afbakening van het verzekerde pakket. Een criterium dat kan afwijken van het criterium van noodzakelijkheid of ziektelast dat nu een belangrijke rol speelt bij de pakketafbakening in de Zvw. Een voorbeeld kan dit toelichten.^a

Neem Elisabeth: zij is dit jaar een van de 12 procent vrouwen in Nederland die in hun leven de diagnose borstkanker krijgen. Zonder verzekering zou Elisabeth voor 20.000 euro een borstoperatie laten uitvoeren inclusief chemotherapie die nodig is om de kanker uit haar lichaam te verwijderen. Omdat een borstbesparende operatie niet mogelijk was, overweegt zij ook een borstreconstructie te laten uitvoeren voor 10.000 euro meer. Zonder verzekering zou zij echter van deze laatste ingreep afzien; temeer omdat zij al flink heeft ingeleverd om de kankerbehandeling van 20.000 euro te betalen.

Gelukkig is Elisabeth verzekerd voor zowel de operatie als de borstreconstructie. In de premie zijn de verwachte kosten voor de behandeling van borstkanker verwerkt, wat ongeveer 30 euro per jaar kost.^b Deze verzekering keert dus effectief 30.000 euro uit wanneer bij iemand borstkanker wordt vastgesteld. Dankzij deze verzekering hoeft Elisabeth niet in te leveren op haar normale levenspatroon. Ook als de verzekeringsmaatschappij het bedrag van 30.000 euro in de vorm van geld aan Elisabeth had uitgekeerd, zou zij het hebben uitgegeven aan de kankerbehandeling en de borstreconstructie. Zij zou er niet van op vakantie zijn gegaan en er ook geen schoolboeken voor de kinderen van hebben gekocht. De verzekering sluit dan precies aan bij de voorkeuren van Elisabeth. De verzekering is maatschappelijk efficiënt, omdat zij de werkelijk gekozen behandeling verzekert.

Hoewel de borstreconstructie medisch misschien niet strikt noodzakelijk is, is Elisabeth blij dat de verzekering deze extra ingreep dekt. De verzekering is economisch gezien optimaal. Dat verandert als Elisabeth liever de 10.000 euro voor de borstreconstructie zou houden en aan een vakantie of schoolboeken zou besteden. In dat geval had ze zich achteraf gezien beter niet voor deze reconstructie kunnen verzekeren. Je wilt de schoolboeken voor je kinderen niet afhankelijk maken van de vraag of je borstkanker krijgt. De verzekering is in dit geval niet maatschappelijk efficiënt.

^a Dit voorbeeld is vrijwel letterlijk overgenomen uit Nyman (2005).

^b Bij een gemiddelde levensduur van 60 volwassen jaren bedragen de verwachte kosten 60 euro per jaar, namelijk 12 procent van 30.000 euro gedeeld door 60 voor het aantal jaren. Omdat de kosten ook over mannen worden omgeslagen, halveren deze kosten nog eens tot 30 euro.

Ook keren verzekeraars meestal maar een deel van de schade uit. Dat is nodig om overmatig beroep op de verzekering te voorkomen. Al in de jaren 1970-1980 toonden onderzoekers aan dat het verzekeren een opstuwend effect heeft op zorguitgaven.⁸⁸ Recent onderzoek in

⁸⁸ Aron-Dine e.a. (2013).

de VS liet zien dat de overgang van onverzekerd zijn naar een zorgverzekering leidt tot een substantieel groter beroep op zorg (behandelingen, preventie, controles en gebruik van geneesmiddelen). De zorguitgaven namen in totaal met 25 procent toe.⁸⁹ Mensen gaan zich anders gedragen wanneer de financiële prikkels veranderen. Dit heet het 'moreel gevaar' (*moral hazard*). Dat doet denken aan de leaseautorijder die minder voorzichtig met zijn auto omgaat of duurder onderhoud laat verrichten, dan een autobezitter die de kosten zelf betaalt.

Niet al het extra gebruik van zorg is ongewenst. Verzekeren kan ook juist nodig zijn om ervoor te zorgen dat mensen de juiste hoeveelheid zorg afnemen. Bij een optimale verzekering is dit al bij de pakketafbakening ingecalculleerd. Zie hierover het tekstkader 'Afbakening van het verzekerde pakket economisch bezien'.

Een zekere mate van moreel gevaar is in de praktijk echter onvermijdelijk. Het is ondoenlijk voor verzekeraars om voor iedere behandeling te verifiëren of deze voldoet aan de polisvoorwaarden of niet. Verzekeraars beschikken niet over de informatie die tussen patiënt en arts wordt uitgewisseld. Dit laat ruimte voor ongewenst of overmatig gebruik van de zorg, aan de kant van zowel de consument (de patiënt) als de aanbieder van de zorg (de arts). Verzekeraars zetten daarom eigen betalingen in als instrument om ongewenst gebruik tegen te gaan. De eigen betalingen fungeren als 'remgeld' op het gebruik van regelingen. Hoe groter het moreel gevaar, hoe lager de verzekeringsdekking moet zijn. Dit geldt voor iedere verzekering.

Het zelfselecterend vermogen van uitkeringen in natura

Veel verzekeringen keren na schade een vergoeding uit in geld, waarna de consument zelf mag beslissen waar hij het aan besteedt. Er is geen controle of het werkelijk wordt gebruikt voor reparatie van de schade of voor iets heel anders. Zorgverzekeringen, zeker in de curatieve zorg, doen dit anders en vergoeden meestal alleen de rekening van de werkelijk verleende zorg. Het is een uitkering in natura. Vanuit verzekeringsoogpunt is een uitkering in natura een manier om het moreel gevaar in het zorggebruik te beperken.

Een uitkering in natura is restrictiever dan een uitkering in geld. Door de uitkering in natura richt de verzekering zich op de mensen die de zorg echt nodig hebben. De uitkering is immers alleen interessant als je ook werkelijk de behandeling wilt ondergaan, en dat is in de zorg meestal niet iets wat je voor je plezier doet. Dat ligt anders bij een uitkering in geld; die is voor iedereen interessant, want je kunt haar voor andere doeleinden gebruiken dan alleen zorg. Een uitkering in natura verlicht ook de druk op de indicatiesteller. Bij uitkeringen in geld komt er grote druk op de indicatiesteller, de arts, om dure behandelingen voor te schrijven, want het levert de patiënt direct geld op dat vrij besteedbaar is.

Er zijn ook nadelen aan uitkeringen in natura; het sluit uit dat mensen zelf een betere oplossing gaan zoeken voor hun probleem. Dit was het idee achter de persoonsgebonden budgetten (pgb's); laat mensen met het geld zelf hun zorg regelen, dat is goedkoper en beter afgestemd op de individuele situatie. Dit is zonder meer waar. Helaas leidde het ook tot moreel gevaar, veel zelfs (zie hoofdstuk 10). Een middenweg kan gevonden worden door aanpassing van de verzekeringsgraad. Een uitkering in geld, zoals het pgb, kan efficiënt zijn maar wel met een aanmerkelijk lagere uitkering dan bij een vergoeding in natura. Een systeem van uitkeringen in geld vereist wel dat de indicatiestelling losgekoppeld is van de behandeling, zoals bij de AWBZ nu nog het geval is. Toepassing in de curatieve zorg zou vereisen dat ook daar de indicatiestelling en de behandeling twee aparte activiteiten worden.

⁸⁹ Finkelstein e.a. (2012).

Geld minder waard bij een blijvende teruggang in de gezondheid

Naast moreel gevaar is er een tweede reden om te kiezen voor een lagere verzekeringsgraad dan 100%. Deze reden hangt samen met het feit dat een blijvende teruggang in de gezondheid ook invloed heeft op de waarde van geld voor het individu. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Neem Henk: hij heeft ernstig hartfalen. Hij heeft hoge zorgkosten voor medicijnen en wordt regelmatig medisch gecontroleerd. Bovendien heeft hij hulp nodig bij het doen van inkopen en het schoonhouden van zijn huis. Dit kost de verzekering jaarlijks 10.000 euro. Vanwege zijn ziekte is hij aan huis gekluisterd, deed de auto de deur uit, heeft de sportvereniging opgezegd en gaat ook minder op vakantie. Dat bespaart hem jaarlijks 5000 euro.

Voor hoeveel had Henk zich willen verzekeren als hij –vooraf– de keuze had gehad? Bij een verzekering die het gehele bedrag van 10.000 euro vergoedt bij hartfalen, houdt hij nu geld over. De vraag is of zo'n verzekering efficiënt is. De verzekering keert veel geld uit op een moment dan Henk eigenlijk aan minder genoeg had gehad; hij had het geld beter kunnen gebruiken toen hij nog gezond was, veel sportte en met zijn auto naar het buitenland reisde. Dat wil zeggen, hij had meer gehad aan een lagere premie. De dure verzekering hevelt dus het geld over van de gezonde perioden (via een hoge premie) naar perioden van ongezondheid (via de uitkering). Dit is niet efficiënt. Het was verstandiger geweest, toen Henk nog niet wist dat hij hartfalen zou krijgen, om een goedkopere verzekering af te sluiten die bij hartfalen de helft van de kosten van 5000 euro zou vergoeden. De andere helft kan hij zelf opbrengen, dankzij de besparing op de gewone consumptie van 5000 euro.

De optimale verzekeringsgraad van de zorguitgaven is in dit voorbeeld niet 100% maar slechts 50%. De rest komt uit besparing op consumptie. Onderzoek bevestigt dat mensen met een slechte gezondheid meestal minder geld uitgeven aan gewone consumptie dan gezonde mensen. Voor de Verenigde Staten schatten Finkelstein e.a. (2008) in dat vanwege dit effect de zorgverzekering voor de curatieve zorg wel 10%-punt lager kan zijn. In de ouderenzorg zou het om een groter percentage kunnen gaan.

Als wij de benadering van Finkelstein op Nederland toepassen, dan vinden wij een optimale verzekeringsgraad van 89% voor de lage inkomens (vmbo, zie de eerste kolom in tabel 7.2). Dit is gebaseerd op het zorgaandeel (z) van 34% van vmbo'ers (zie hoofdstuk 6). Mensen met een hbo/wo opleiding (de tweede kolom) hebben een lager zorgaandeel van 11% in hun consumptie, waardoor de optimale verzekeringsgraad voor hen slechts 66% bedraagt.

Het effect van ziekte op de waarde van geld wordt geïllustreerd in de derde en vierde kolom: de verzekeringsgraad voor vmbo'ers daalt van 89% naar 83% wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat een deel van de zorg betaald kan worden uit de lagere behoefte aan gewone consumptie. Voor de hoger opgeleiden daalt de optimale verzekeringsgraad zelfs van 66% naar 49%.⁹⁰

⁹⁰ Deze uitkomsten zijn berekend met een hoge risicoafkeer van 5 en met plausibele waarden voor moreel gevaar, zoals ook door Finkelstein e.a. (2008) worden gebruikt. Bij een lagere risicoafkeer komt de optimale verzekeringsgraad lager uit.

Tabel 7.2 Optimale verzekeringsgraad voor hoge en lage inkomens, met en zonder effect van ziekte op overige consumptie

	Zonder effect van blijvende ziekte		Met effect van blijvende ziekte	
	Vmbo	Hbo/wo	Vmbo	Hbo/wo
Zorgaandeel	34%	11%	34%	11%
Substitutie consumptie door zorg	0	0	>0	>0
Optimale verzekeringsgraad (%)	89	66	83	49

Dit zijn opnieuw zuiver illustratieve berekeningen. Over de te hanteren parameters bestaat grote onzekerheid. Deze berekeningen geven echter wel inzicht in de onderliggende factoren die van belang zijn bij de vormgeving van de verzekering voor de langdurige zorg.

7.4 Waarom verplicht en collectief verzekeren?

Mensen hebben uiteenlopende kansen en risico's op ziekte en ongevallen. Voor een deel krijgen mensen die al mee met de geboorte; voor een ander deel is het een kwestie van geluk of pech gedurende het leven. Verschillen in gezondheid kunnen wij niet wegnemen; wel kunnen wij ervoor zorgen dat de kosten van de zorg worden gedeeld door allen. Het verzekeren of 'poolen' van risico levert, zoals wij gezien hebben, welvaartswinst op. Verzekeren kan in beginsel op de private markt. Bij de zorg doen zich hier echter bijzondere problemen voor, die de reden vormen waarom ingrijpen door de overheid nodig is. In de kern gaat het om twee problemen: op de markt kun je geen schade verzekeren die al gerealiseerd is, en er is vaak sprake van asymmetrische informatie.

7.4.1 Bestaande gezondheidsverschillen

Brandende huizen kun je op een vrije markt niet verzekeren; er is immers geen onzekerheid meer. Dit speelt ook bij de zorg. Van veel mensen is al bekend of zij een zwakkere of sterkere gezondheid hebben en dus meer of minder kosten zullen maken voor zorg. Of je bij geboorte een goed of een zwakker gestel meekrijgt is een kwestie van geluk of pech. Een verzekeraar op een vrije markt zal echter de verwachte schade verdisconteren in de premie; een pechvogel met een zwak gestel betaalt daardoor meer dan iemand die het geluk heeft met een goed gestel geboren te zijn. Er zijn goede argumenten om de pechvogels te willen compenseren voor het nadeel dat zij hebben in het leven (zie ook hoofdstuk 6 'Verschillende mensen, dezelfde zorg'). Ook vanuit de verzekeringsgedachte: als mensen de kans hadden gehad zich reeds voor de geboorte –toen de gezondheidstoestand nog niet bekend was– te verzekeren, dan was dat optimaal geweest. De overheid kan deze rol overnemen door iedereen verplicht te verzekeren, ook voor gezondheidsverschillen bij geboorte.

De manier waarop men pechvogels compenseert is dan een belangrijk vraagstuk. Doorgaans kiest men ervoor compensatie te bieden als onderdeel van een collectieve zorgverzekering. Dat kan door een landelijk verplichte verzekering aan te bieden met een uniforme premie. Of, bij uitvoering door meerdere zorgverzekeraars, zorgverzekeraars te verbieden premiedifferentiatie toe te passen. Concreet verbiedt men verzekeraars informatie over de

gezondheidsrisico's van hun klanten te gebruiken bij de premiestelling. Dat stuit echter op twee nieuwe problemen:

1. *Averechtse selectie door consumenten*: bij een uniforme prijs voor de verzekering willen met name de mensen met de grootste risico's zich verzekeren. Voor de gezonde mensen is de verzekering minder aantrekkelijk, waardoor zij kunnen besluiten om zich niet te verzekeren.
2. *Risicoselectie door verzekeraars*: verzekeraars willen bij voorkeur klanten met lagere risico's omdat die –bij een gegeven premie– gemiddeld meer winst opleveren. Deze 'risicoselectie' kan ertoe leiden dat verzekeren voor minder gezonde mensen minder aantrekkelijk wordt gemaakt en daardoor toch effectief duurder dan voor gezonde mensen.

7.4.2 Averechtse selectie door consumenten

Het probleem van averechtse selectie (*adverse selection*) heeft te maken met het feit dat consumenten hun gezondheid beter kunnen inschatten dan verzekeraars; er is sprake van asymmetrische informatie. Dit kan met het volgende voorbeeld worden toegelicht. Wij nemen aan dat mensen alléén verschillen in ziektekansen: sommige mensen hebben een hogere kans om ziek te worden dan anderen. De mensen weten dit zelf wel maar de verzekeraars niet of –wat op hetzelfde neerkomt– zij mogen deze informatie niet gebruiken. Verder veronderstellen wij dat er één verzekeraar is die één polis aanbiedt tegen één prijs. De verzekeraar kan door gebrek aan informatie niet discrimineren tussen mensen met een verschillende kans om ziek te worden. Een zorgverzekering is (vooralsnog) niet verplicht.

Omdat de polis uitgaat van een gemiddeld risicoprofiel, vinden gezonde mensen deze al snel te duur. Voor hen weegt de waarde van de verzekering niet op tegen de premie. Zij haken dan af. Voor de verzekeraar blijven dan de gemiddeld duurdere klanten over. De premie stijgt, waardoor opnieuw mensen kunnen afhaken. Door deze averechtse selectie kan een spiraal ontstaan waarbij tot slot alleen nog de zwaarste gevallen zich kunnen verzekeren. De verzekeringsmarkt stort dan feitelijk in elkaar. De markt faalt dan, omdat gezondere personen die zich wel willen verzekeren, bot vangen. Dat is inefficiënt, omdat zij daardoor onderverzekerd zijn; er resteert alleen een dure verzekering voor de minst gezonde mensen.

Het is de vraag of averechtse selectie in de praktijk werkelijk zwaar telt. Uit de berekeningen eerder in dit hoofdstuk blijkt dat verzekeren grote welvaartswinst oplevert voor de verzekerden. Het is daarom niet zeker dat averechtse selectie werkelijk optreedt. Als mensen een voldoende grote risicoafkeer hebben, vinden gezonde mensen een heel dure verzekering mogelijk nog steeds de moeite waard; in dat geval blijft iedereen zich verzekeren. Ook hangt de keuze van een verzekering niet alleen af van de eigen inschatting van het risico, maar ook van andere voorkeuren, zie de box over 'gunstige selectie'.

Gunstige selectie

De theorie van averechtse selectie is gebaseerd op gestileerde argumenten die niet geheel recht doen aan de praktijk.^a Zo is de economische theorie grotendeels gebaseerd op de veronderstelling dat consumenten alleen van elkaar verschillen qua schadekans. Dat is niet realistisch. Zij verschillen immers ook in termen van preferenties op allerlei vlakken, zoals ten aanzien van de aard van de zorg en de behoefte aan zekerheid. Of in termen van cognitieve capaciteiten. Modeluitkomsten worden veel minder eenduidig wanneer men dergelijke verschillen meeneemt in de analyse. Het is ook mogelijk dat mensen met hoge ziektekansen zich in de praktijk juist minder verzekeren, bijvoorbeeld omdat het om mensen gaat die zowel minder op hun gezondheid als op hun verzekering letten. Of omdat het om mensen met lage inkomens gaat die minder gezond zijn en ook minder geld hebben om zich te verzekeren. Een dergelijke omkering van averechtse selectie staat bekend als *advantageous selection*, ofwel gunstige selectie.^b Zoals bij averechtse selectie onderverzekering een probleem is, kan bij gunstige selectie oververzekering optreden. In theorie zou het dan zelfs optimaal kunnen zijn om het aangaan van een verzekering af te remmen.

^a Zie Chetty en Finkelstein (2012) voor een uitgebreide bespreking.

^b Einav en Finkelstein (2011).

Verzekeraars niet zo machteloos

Bovendien zijn verzekeraars minder machteloos dan in het voorbeeld wordt gesteld. Zij kunnen op verschillende manieren informatie inwinnen over de gezondheidstoestand van hun --potentiële-- klanten. De eenvoudigste manier is om een gezondheidsverklaring in te laten vullen. Feitelijk proberen verzekeraars te achterhalen wie 'een brandend huis' is. Door een hogere premie te vragen aan minder gezonde mensen, kan deze voor gezondere mensen laag genoeg blijven, zodanig dat verzekeren ook voor hen aantrekkelijk blijft. Averechtse selectie wordt zo voorkomen. Er wordt voorkomen dat de verzekeringsmarkt faalt. Dit gaat wel ten koste van de solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen; het is niet langer mogelijk om ook de gezondheidsverschillen bij geboorte te 'verzekeren'.

Een andere aanpak –met vergelijkbare uitkomst– is om polissen met collectiviteiten te sluiten. Vaak hebben verzekeraars geen informatie over de individuele gezondheid van mensen, maar wel over de gemiddelde gezondheid van een groep mensen. Op grond daarvan kunnen verzekeraars proberen de consumenten zo in te delen dat het voor ieder aantrekkelijk blijft om zich te verzekeren. Er vindt prijsdiscriminatie plaats op basis van indirecte kenmerken. Gesloten collectiviteiten, zoals een polis voor hoger opgeleiden, zijn ook mogelijk. Omdat hoger opgeleiden gemiddeld lagere ziektekansen hebben, kan de verzekeraar ook met een dergelijke polis selecteren op gezondheidsrisico's. Binnen deze groep blijft een volledige risicosolidariteit gehandhaafd, ook de solidariteit met minder gezonde deelnemers. Maar tussen groepen ontstaan premieverschillen op basis van gemiddelde gezondheidsverschillen wat, zoals gezegd, op gespannen voet staat met de wens om iedereen tegen eenzelfde premie te verzekeren.

Verzekeraars kunnen ook op een meer subtiele, indirecte manier gezondheidsinformatie proberen te achterhalen, namelijk door gebruik te maken van het keuzegedrag van consumenten. Dit kunnen wij opnieuw met een voorbeeld toelichten. Neem aan dat consumenten kunnen kiezen uit twee polissen: een sobere polis met een lage premie en hoog eigen risico en een ruime polis met hogere premie en laag eigen risico. Nu zullen gezonde mensen met lage kans op ziekte meestal voor de goedkope polis kiezen, en minder gezonde

mensen met hoge verwachte kosten voor de duurdere polis. Op deze manier kan de verzekeraar toch onderscheid maken tussen gezonde en minder gezonde mensen, ook wanneer expliciete prijsdiscriminatie op basis van persoonskenmerken niet is toegestaan. Verzekeraars maken gebruik van de informatie die consumenten 'weggeven' door hun keuzegedrag. Immers, consumenten maken een keuze voor meer of minder dekking, passend bij hun profiel (zelfselectie).⁹¹

In theorie kan dit verder worden uitgebreid door het menu van polissen zó te ontwerpen, dat de verzekeraar precies weet welk risicoprofiel iedere consument heeft.⁹² Daarbij is het van belang dat de polissen voldoende onderscheidend zijn. Om te zorgen dat de 'minder gezonden' niet alsnog voor de goedkope polis kiezen, dient het goedkope pakket voldoende uitgekleed te zijn. De polis voor de gezonde groep moet dus wat 'overdreven' sober zijn, dat wil zeggen nog soberder dan zij eigenlijk zelf zouden willen. Dat is de prijs die zij moeten betalen om de minder gezonde mensen buiten de deur te houden.

Twee zaken vallen op. Ten eerste, de groep van gezonde mensen met een lage ziektekans raakt onderverzekerd, hun polis is soberder dan zij eigenlijk zouden wensen. Ten tweede, de uitkomst scoort opnieuw slecht op risicosolidariteit. Immers, er vindt prijsdiscriminatie plaats: de polis voor de minder gezonde mensen is duurder dan die voor de gezonde mensen. Er ontstaat dus een tweedeling in de verzekering, waarbij iedereen slechter af is. De oorzaak van dit marktfalen is asymmetrische informatie: de verzekeraar kan niet waarnemen hoe gezond mensen zijn.

In een ongereguleerde markt verwacht men misschien dat mensen met een hoge ziektekans (zoals chronisch zieken of hiv-patiënten) geen verzekering kunnen krijgen. Maar door averechtse selectie is de voorspelling juist dat chronisch zieke mensen een uitgebreide, maar dure, verzekering kunnen kopen. Voor de verzekeraar kan een consument met een hoge ziektekans wel degelijk winstgevend zijn, zolang deze maar voldoende premie betaalt. Pas wanneer mensen met hoge ziektekansen deze polis niet kunnen betalen, ontstaat een situatie met ongezonde onderverzekerden.

7.4.3 Verplichte collectieve verzekering en het gevaar van risicoselectie

De overheid kan het marktfalen door averechtse selectie aanpakken door ervoor te zorgen dat iedereen zich verzekert en tegen een uniforme premie. Dat kan op twee manieren.

1. *Verplichte verzekering opleggen met een uniforme premie.* Dit is de klassieke oplossing. De verzekeraar baseert de premie dan op een bredere verzekeringsbasis zonder onderscheid te maken tussen gezonde en minder gezonde personen. Iedereen is nu verzekerd tegen een uniforme premie; dit verhoogt de welvaart. De risicosolidariteit neemt toe.
2. *Uniforme premie voorschrijven en subsidie van de overheid.* De overheid kan een uniforme premie voorschrijven en via subsidie ervoor zorgen dat de verzekering voor iedereen

⁹¹ Dit staat bekend als tweedegraads prijsdiscriminatie.

⁹² Deze eigenschap heet *incentive compatibility*. Of dit mogelijk is, hangt af van de modelparameters.

aantrekkelijk blijft. Daarmee wordt voorkomen dat de mensen met de lagere risico's uitstappen. In veel landen zijn de premies voor ziektekostenverzekering aftrekbaar voor de belastingen. In Nederland is dat niet het geval, anders dan bijvoorbeeld voor pensioenpremies die wel aftrekbaar zijn (en daardoor helpen om te voorkomen dat sommige deelnemers uitstappen). In Australië wordt de subsidie voor aanvullende zorgverzekeringen gecombineerd met een boete voor al degenen boven een bepaalde inkomensgrens die zich niet aanvullend verzekeren. Effectief is dit een andere manier om de verzekering af te dwingen, net als bij de verzekeringplicht.

Deze maatregelen lossen inderdaad het probleem van averechtse selectie op; iedereen verzekert zich, ook de mensen met lagere risico's. Er doet zich echter een nieuw probleem voor, nu aan de kant van de verzekeraars. Er ontstaan verschillen tussen verzekeraars die meer gezonde mensen onder hun klanten hebben en verzekeraars die relatief meer ongezonde mensen hebben. Bovendien krijgen verzekeraars een prikkel om –binnen de grenzen van de wet– toch risicoselectie toe te passen. Dat kan op verschillende manieren. Een verzekeraar kan zich minder aantrekkelijk maken voor mensen met een slechtere gezondheid. Zo kan de verzekeraar ‘tussen neus en lippen’ door vragen of een aankomende klant ook belangstelling heeft voor thuiszorg. Dergelijke informatie zegt iets over de te verwachten zorgkosten. Een bekend voorbeeld uit vroeger tijden is dat van een verzekeraar die kantoor hield op de derde verdieping van een gebouw zonder lift. Ook dat is een manier om de gezondere consumenten te selecteren. Een moderne variant is om kortingen aan te bieden voor een lidmaatschap bij een sportvereniging.

Ook kunnen verzekeraars via collectieve contracten proberen vooral gezonde personen als klant binnen te halen. Ten slotte kunnen verzekeraars weer kenmerken van de verzekering inzetten om via zelfselectie onderscheid te maken tussen hogere en lagere risico's. Dat is ook relevant voor het huidige stelsel zoals wij dat in Nederland kennen. Wij geven drie illustraties:

1. *Risicoselectie via het aanvullende pakket.* Ook bij een verplichte basisverzekering kunnen verzekeraars risicoselectie toepassen, namelijk via de aanvullende verzekering die vrijwillig is. In beginsel is het vooral voor minder gezonden aantrekkelijk om zich aanvullend te verzekeren. De verzekeraar kan hier gebruik van maken door deze aanvullende polis relatief duur te maken, om het kostenverschil in de verplichte basisverzekering te compenseren. Dit gaat ervan uit dat de meeste mensen, uit automatisme, de basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar kopen, wat voor Nederland realistisch lijkt. Op dit moment zien we deze selectie nog nauwelijks in Nederland. Circa 90% van de verzekerden koopt op dit moment nog een aanvullende verzekering. Dit kan veranderen. Bijvoorbeeld wanneer een versobering van het basispakket de aanvullende polissen belangrijker maakt. Men moet zich ervan bewust zijn dat vanwege averechtse selectie het vooral minder gezonde mensen zijn die zich duur zullen bijverzekeren.
2. *Eigen betalingen en eigen risico.* Deze instrumenten helpen om overmatige consumptie van (verzekerde) zorg terug te dringen. Het is de vraag of de vormgeving van eigen betalingen aan verzekeraars kan worden overgelaten. Verzekeraars kunnen eigen

betalingen inzetten om onderscheid te maken tussen mensen met hoge en met lage ziektekansen. Dat kan via een menu van polissen met verschillende eigen risico's. Dit kan reden zijn om eigen risico en eigen betalingen door de overheid te laten reguleren.

3. *Selectief contracteren*. Vrijwel alle zorgverzekeringen contracteren momenteel met alle ziekenhuizen. Er vindt nog vrijwel geen 'selectieve contractering' plaats. Dit kan in de toekomst veranderen, wanneer verzekeraars scherper gaan inkopen en hun cliënten vooral naar ziekenhuizen sturen met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Daar is ongetwijfeld efficiëntiewinst uit te halen. Echter, het selectief contracteren kan ongewenste bijwerkingen hebben. Stel een verzekeraar contracteert met een beperkt aantal ziekenhuizen en biedt daardoor een goedkopere polis. Vooral mensen met hoge ziektekans willen echter alle opties open houden. De goedkope polis van deze verzekeraar is daarom vooral aantrekkelijk voor mensen met een lage ziektekans. Hoe meer verzekeraars selectief contracteren, hoe sterker de scheiding tussen gezonde en minder gezonde mensen. Dat is ongunstig voor de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen in de verzekeringsmarkt, zoals we eerder ook al zagen. Verschillen in gezondheid zijn echter niet de enige reden tot differentiatie in polissen. Mensen kunnen ook andere voorkeuren hebben, bijvoorbeeld ten aanzien van wachtlijsten of kwaliteit van de zorg. Zo is het goed denkbaar dat er polissen gaan ontstaan die meer zijn afgestemd op de voorkeuren van de hoge inkomens en andere –goedkopere– polissen afgestemd op de voorkeuren van de lage inkomens. Dit draagt juist weer bij aan de welvaart.

Zoals we hierboven zagen, leidt het marktfalen door averechtse selectie tot inefficiëntie (gezonde mensen blijven onderverzekerd) en aantasting van de risicosolidariteit (minder gezonde mensen gaan een hogere premie betalen). De afgelopen jaren hebben diverse aanbieders goedkope polissen aangeboden voor specifieke marktsegmenten, zoals studenten en hoogopgeleiden. De politiek is zich bewust van het gevaar van risicoselectie die deze ontwikkeling –logischerwijs voortvloeiend uit de stelselwijziging van 2006– met zich meebrengt.⁹³ Dat gevaar kan zich bijvoorbeeld uiten in het impliciet weren van chronisch zieken. Betekent dit dat iedereen dezelfde polis moet hebben? Dat is niet noodzakelijk het geval. Wel is duidelijk dat keuzevrijheid voor het individu verzekeraars helpt om gezondheidsrisico's te *screenen*, in het bijzonder wanneer de keuzes die consumenten maken, samenhangen met hun risicoprofiel. Keuzevrijheid is daarom niet noodzakelijkerwijs in het belang van consumenten.

7.4.4 Onderscheid op basis van inkomensverschillen

Voorkeuren voor verzekeringen hangen niet alleen samen met gezondheid. Ook hogere en lagere inkomens kunnen verschillende voorkeuren hebben voor de verzekerde zorg. Lagere inkomens zijn gemiddeld beter af met een soberder pakket tegen een lagere premie, terwijl hogere inkomens aan een duurder pakket de voorkeur kunnen geven. Averechtse selectie levert hier een bijzonder probleem op, omdat de dure verzekering ook mensen zal aantrekken met hoge gezondheidsrisico's die een lager inkomen hebben. Dat maakt het dure pakket nog duurder, waardoor er weer een proces van averechtse selectie zal ontstaan. Om

⁹³ Van de Ven (2012).

dit te voorkomen, zien wij in een aantal landen –bijvoorbeeld Duitsland en Australië– dat er een verplichte scheiding is in verzekeringen tussen hogere en lagere inkomens.

Voor de ouderenzorg is een dergelijke differentiatie ook denkbaar door zowel premie als uitkering te koppelen aan het inkomen.

7.4.5 Risicoverevening

Een stelsel met verzekeringsplicht, uniforme premies en acceptatieplicht voor verzekeraars, legt wel heel veel druk op het systeem. De druk tot risicoselectie door verzekeraars leidt vroeger of later tot differentiatie in verzekeringen en zet de risicosolidariteit onder druk. Om dit tegen te gaan is een systeem van risicoverevening essentieel.

Risicoverevening vermindert de prikkel tot risicoselectie door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden. Dat gebeurt op grond van observeerbare karakteristieken (zoals leeftijd, geslacht, medicijngebruik in het verleden), die een indicatie geven van verwachte zorgkosten. Het idee is om op grond van die observeerbare karakteristieken de verwachte kosten van verzekerden dichter bij elkaar te brengen, zodat premieverschillen of risicoselectie niet nodig zijn. Oudere mensen hebben hogere verwachte kosten dan jongere mensen. Een diabetespatiënt die in het verleden insuline heeft gebruikt, zal dit ook dit jaar weer nodig hebben. In de huidige praktijk kunnen verzekeraars dergelijke kenmerken waarnemen, maar zij mogen, om selectie te voorkomen, niet de premies daarop baseren. De verzekeraar zal ook geen behoefte hebben om de premie te gaan differentiëren als zij voor de diabetespatiënt een compenserende uitkering uit het vereveningsfonds krijgt. Dat is het doel van verevenen.

Risicoverevening kan echter nooit perfect zijn. Niet alles is vast te leggen in de verevening.⁹⁴ In de basisverzekering van de Zvw is momenteel voor circa 10% van de bevolking bij verzekeraars sprake van substantiële verliezen (gemiddeld meer dan honderden euro's per jaar per persoon) en zijn er naar schatting tussen de 5000 en 8000 zeldzame aandoeningen (betreft naar schatting één miljoen verzekerden) die thans niet expliciet in de ex-ante risicoverevening zijn opgenomen. Op deze verzekerden maakt een verzekeraar dus een voorspelbaar verlies en dat kan gaan leiden tot selectiegedrag. Dit hoeft niet; verzekeraars kunnen hier ook van afzien. De Commissie Don (2012) heeft dit onderzocht en stelt dat in de huidige Zvw nog geen signalen zijn dat verliesgevende categorieën verzekerden worden geweerd, maar constateert wel dat het systeem kwetsbaar is voor risicoselectie en pleit daarom voor een voortdurende aanpassing van het systeem van risicoverevening. Daarbij dient scherp en gericht toezicht te worden gehouden op het marktgedrag van verzekeraars om tijdig te kunnen ingrijpen wanneer selectiegedrag daadwerkelijk optreedt. Risicoselectie is in de praktijk vaak moeilijk te onderscheiden van doelgericht inspelen door verzekeraars op wensen van verzekerden. Bijvoorbeeld, sommige verzekeraars richten hun marketing op winstgevende doelgroepen, zoals jonge en hoogopgeleide verzekerden. Toch hoeft dit niet altijd risicoselectie te impliceren. Het kan ook eenvoudigweg betekenen dat ze juist willen

⁹⁴ Van de Ven (2012).

inspelen op de behoeften van deze groepen en op die manier hun marktaandeel willen proberen te vergroten.

7.5 Conclusie

Drie jaar geleden schreef *The Economist*:

“Governments want to spur private insurance in the hope of solving three big problems bedevilling their national systems of health care: inadequate access to care; soaring costs; and a paucity of innovation. [...] The evidence so far suggests that relying on private insurance may help in some respects. But it will not solve all these problems, and may even be making some of them worse.”⁹⁵

Dit citaat is geïnspireerd door de situatie in het Verenigd Koninkrijk, maar maakt ook voor Nederland duidelijk dat zorgverzekeringen lastig meerdere doelen tegelijk kunnen dienen.

Verzekeren is van grote waarde en wordt nog belangrijker wanneer de uitgaven aan zorg in de toekomst verder groeien. Het verzekeringsstelsel is helaas noodzakelijkerwijs imperfect. Asymmetrische informatie tussen consumenten en verzekeraars maakt dat beleid altijd zal moeten schipperen. Een brede verzekering helpt om de schaderisico's voor deelnemers te beperken. Dat levert grote welvaartswinst op. Daar staat tegenover dat een ruime verzekering een opdrijvend effect heeft op de uitgaven. In een wereld waarin consumenten kritischer en mondiger worden, zijn eigen betalingen en pakketbeperking noodzakelijk om de vraag naar zorg af te remmen. Meer dan bij andere verzekeringen is claimbeoordeling de zwakke schakel in de zorgverzekering. Het is ondoenlijk voor verzekeraars om iedere diagnose en de daaraan verbonden behandeling te controleren. Verzekeraars werken hard aan het opzetten van informatiesystemen om beter grip te krijgen op de indicatiestelling. Dat zal zeker bijdragen aan betere beheersing van de kosten en het terugdringen van 'moreel gevaar' in de vorm van een maatschappelijk inefficiënt beroep op de zorg.

Overheidsingrijpen op de markt van zorgverzekering is onvermijdelijk. Zonder regulering zou de verzekeringsmarkt tekortschieten. Niet alleen leidt averechtse selectie ertoe dat verzekeren voor veel mensen onmogelijk zal zijn. Dat geldt vooral voor gezonde mensen, die lagere ziektekansen hebben. Een vrije markt zal ook nooit ongelijkheid tussen gezonde mensen en mensen met chronische ziekten en daardoor hogere kosten kunnen wegnemen. Volledige risicosolidariteit is alleen mogelijk als iedereen verzekerd is tegen een premie die geen onderscheid maakt tussen gezonde en minder gezonde mensen.

Het probleem van averechtse selectie maakt het moeilijk om verzekeringen af te stemmen op individuele voorkeuren. Door deze imperfectie op de verzekeringsmarkt is het welvaartsverhogend om de keuzevrijheid in te perken, bijvoorbeeld door het opleggen van een uniforme verzekering voor allen. Dat kan efficiënt zijn omdat verzekeraars anders de keuzevrijheid kunnen gebruiken voor selectie van hun klanten. Enige spanning tussen

⁹⁵ “Health insurance: Clear diagnosis, uncertain remedy”, *The Economist*, 18 februari 2010.

keuzevrijheid en risicosolidariteit is daarom onvermijdelijk. Hoe hiermee wordt omgegaan kan van land tot land verschillen. Ook kan voor bijvoorbeeld de ouderenzorg een andere oplossing worden gekozen dan voor de curatieve zorg, omdat bij curatieve zorg keuzevrijheid wellicht minder belangrijk is dan bij ouderenzorg.

In de volgende hoofdstukken wordt hier nader op ingegaan voor de preventie, de curatieve zorg en de ouderenzorg. In het slothoofdstuk worden de verschillende lijnen weer bij elkaar gebracht en worden vier mogelijke beleidsscenario's voor de toekomst geschetst. Deze scenario's variëren precies langs de in dit hoofdstuk besproken fundamentele afwegingen: die tussen verzekeren en het voorkomen van overmatig gebruik (moreel gevaar) enerzijds, en die tussen het bieden van keuzevrijheid en het opleggen van een uniforme verzekering (averechtse selectie) anderzijds.

Literatuur

Aron-Dine, A., L. Einav en A. Finkelstein (te verschijnen in 2013), The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later, *Journal of Economic Perspectives*.

Chetty, R. en A. Finkelstein, 2012, Social Insurance: Connecting Theory to Data, NBER Working Paper 18433, (te verschijnen in *Handbook of Public Economics*).

Einav, L. en A. Finkelstein, 2011, Selection in Insurance Markets: Theory and Empirics in Pictures, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25, nr. 1, pag. 115-138.

Finkelstein, A., E. Luttmer, M. Notowidigdo, 2008, What good is wealth without health? The effect of health on the marginal utility of consumption, NBER Working Paper 14089.

Finkelstein, A., S. Taubman, B. Wright, M. Bernstein, J. Gruber, J.P. Newhouse, H. Allen, K. Baicker en de Oregon Health Study Group, 2012, The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, nr. 3, pag. 1057-1106.

Moreno, Jorge O., 2011, Welfare Gains from Withdrawing Consumption Risk: Measuring the Benefits Distribution from the Public Health Insurance Expansion in Mexico, ITAM - School of Business Administration.

Nyman, J., 1999, The value of health insurance: the access motive, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 18, nr. 2, pag. 141-152.

Nyman, John A., 2005, Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain University of Minnesota, mimeo.

Ven, W. van de, 2012, Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97, nr. 4637, pag. 358-361.

Wong, A., 2011, *Describing, Explaining and Predicting Health Care Expenditures with Statistical Methods*, Proefschrift, UvT.

Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

Toekomst voor de zorg laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

Toekomst voor de zorg is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
(070) 338 33 80 | www.cpb.nl | info@cpb.nl

Gedrukt door:

De Swart BV
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag
(070) 308 21 21 | www.kds.nl | info@kds.nl

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

