

Datum : 14 november 2001  
Aan : VWS; Contactpersonen van politieke partijen

## Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel

### 1 Inleiding

Het kabinet heeft in juli 2001 de hoofdlijnen van de beleidsvoornemens omtrent de vernieuwing van het zorgstelsel aan de Tweede Kamer bekend gemaakt. Hierin kiest het kabinet voor een nominale premie, met daarnaast de mogelijkheid van een inkomensafhankelijk premiedeel. Als randvoorwaarde merkt het kabinet op dat de nominale premiecomponent van voldoende omvang dient te zijn voor concurrentie tussen verzekeraars en kostenbewustzijn bij burgers.

Deze notitie analyseert de relatie tussen de hoogte van de nominale premie en de mate van concurrentie. Centraal staat de volgende vraag:

*Welke omvang moet de nominale premiecomponent hebben om voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk te maken?*

Naast concurrentie spreekt het kabinet over kostenbewustzijn bij burgers als randvoorwaarde. Dit kostenbewustzijn is ook een prikkel voor zorgverzekeraars om te concurreren en wordt daarom meegenomen bij de beantwoording van de centrale vraag.

Wat kunnen redenen zijn om te kiezen voor inkomensafhankelijke premies? Er zijn ruwweg drie mogelijke redenen voor de overheid om in te willen grijpen op de zorgverzekeringsmarkt:

1. Te weinig concurrentie. Als dit zich voordoet zijn mogelijke oorzaken onder andere:
  - a. regionale monopolies van zorgaanbieders;
  - b. oligopolie van verzekeraars;
  - c. lage prijsgevoeligheid van verzekeringnemers.
2. Risicosolidariteit: hoge lasten voor hoge risicogroepen repareren.

3. Hervreiding: relatief hoge lasten voor lage inkomensgroepen repareren.

Kijkend naar de beleidsvoornemens van het kabinet, constateren we twee zaken:

- inkomensafhankelijke premies zijn een instrument om inkomenshervreiding tot stand te brengen en hebben geen directe invloed op de twee andere aspecten<sup>1</sup>;
- het kabinet kiest voor risicosolidariteit door middel van een risicovereveningsstelsel.

Inkomenshervreiding en risicosolidariteit staan in deze notitie daarom niet centraal; overwegingen rondom inkomenshervreiding en risicosolidariteit die van invloed (kunnen) zijn op de conclusies worden wel kort behandeld in paragraaf 4. In deze notitie ligt de nadruk op de invloed van de omvang van de nominale premiecomponent op het ontstaan van effectieve concurrentie<sup>2</sup>.

Wat betreft de omvang van de nominale premiecomponent zijn er drie mogelijkheden:

- volledig nominale premie;
- gemengd systeem: premie deels nominaal, deels inkomensafhankelijk. Binnen deze optie zijn er vele varianten (verhoudingen) mogelijk;
- geen nominale premie.

De keuze voor een nominale premie is reeds gemaakt. De laatste mogelijkheid valt daarom buiten de vraagstelling en we zullen haar - hoewel vanuit analytisch oogpunt niet oninteressant - in deze notitie niet uitgebreid behandelen<sup>3</sup>.

In de analyse kijken we daarom vanuit het oogpunt van concurrentie naar de voor- en nadelen van de volledig nominale premie in vergelijking met een gemengd nominale en inkomensafhankelijke premie. Verder geven we waar mogelijk ook aan welke overwegingen binnen een gemengd systeem pleiten voor een hoog dan wel laag aandeel van het nominale deel.

Deze notitie loopt vooruit op een breder onderzoek naar concurrentie in de markt voor zorgverzekeringen, dat het Centraal Planbureau momenteel uitvoert. Het brede onderzoek kijkt ook naar andere factoren die bepalend zijn voor concurrentie, zoals de onderhandelingsmacht van verzekeraars ten opzichte van consumenten en zorgaanbieders, de invloed van eigen risico

<sup>1</sup> Zie hiervoor ook het tekstkader *Inkomensafhankelijkheid en concurrentie* in paragraaf 3.3.

<sup>2</sup> De Kabinetsnota spreekt van "voldoende concurrentie". Het is niet duidelijk wat hiermee wordt bedoeld. Uit het oogpunt van leesbaarheid, gaan wij verder ook niet in op de definitie van "concurrentie", "effectieve concurrentie" en "voldoende concurrentie". Voor de conclusies van de notitie is dit onderscheid overigens niet relevant.

<sup>3</sup> Geïnteresseerde lezers verwijzen we naar de bijlage bij deze notitie.

en premiedifferentiatie op de prijsgevoeligheid van verzekerden en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om na vernieuwing van het zorgstelsel risicoselectie toe te passen.

Deze analyse van de nominale premie is vooruitgeschoven op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bovendien zijn de bevindingen van belang voor de analyse van de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen door het Centraal Planbureau. De nadruk in deze notitie op de invloed van het nominale deel van de premie op concurrentie is daarmee vooral vraagbepaald. Het is bepaald niet uit te sluiten dat andere factoren een veel grotere invloed hebben op concurrentie.

Tenslotte wijzen wij er, mogelijk ten overvloede, op dat de analyse en bevindingen in deze notitie alleen betrekking hebben op de eerste stap van de stelselherziening: het samenvoegen van ziekenfonds en particulier tot een algemene verzekering curatieve zorg (dit geldt ook voor het bredere project). De tweede stap, integratie met de AWBZ, vereist een aparte analyse.

De opbouw van deze notitie is als volgt. Paragraaf 2 beschrijft de relevante beleidsvoornemens, die dienen als uitgangspunt bij de analyse. Vervolgens analyseert paragraaf 3 de effecten op concurrentie tussen zorgverzekeraars van een gemengd systeem ten opzichte van volledig nominale premies. Ook de kosten van een gemengd systeem worden in die paragraaf in beeld gebracht. Paragraaf 4 bespreekt overwegingen van herverdeling en risico's die van invloed kunnen zijn op de afwegingen. Paragraaf 5 concludeert.

## **2 Relevante beleidsvoornemens**

In juli 2001 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de kamer de notitie "Vraag aan bod; hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel" aangeboden. Onderstaand tekstkader bevat een beknopt overzicht van de beleidsvoornemens. Deze beleidsvoornemens dienen als uitgangspunt bij de analyse in paragraaf 3. In paragraaf 4.2 bespreken we mogelijke consequenties van het niet volledig (kunnen) realiseren van enkele van deze beleidsvoornemens.

---

## Beleidsvoornemens in kabinetsnotitie "Vraag aan bod"

1. Herziening van de sturing van de zorg: Van aanbodsturing naar vraaggerichtheid waarbij de zorgmarkt zo veel mogelijk werkt als een zelfregulerend systeem, met financiële verantwoordelijkheid en prikkels tot klantgerichtheid en kostenbewustzijn. De overheid treedt op als kadersteller en toezichhouder.
  2. Aanpassing van het verzekeringsstelsel: Introductie van een algemene verzekering curatieve zorg:
    - a. Opheffen onderscheid tussen particuliere en ziekenfonds verzekering. Zorgverzekeraars kunnen een winstmotief hebben.
    - b. Alle Nederlandse ingezetenen zijn van rechtswege verzekerd ("verzekeringsplicht"). Eén keer per jaar kunnen verzekerden zonder belemmeringen wisselen van verzekeraar.
    - c. Acceptatieplicht en een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars.
    - d. Adequaat systeem van risicoverevening.
    - e. Ongedifferentieerd basispakket met verbod op premiedifferentiatie. Bij het basispakket zijn alleen keuzemogelijkheden voor 'preferred provider' arrangementen, collectieve contracten en een vrijwillig (gemaximeerd) eigen risico. Er zijn geen regels voor de aanvullende zorgverzekeringen.
    - f. Transparantieverbetering via een informatieconvenant tussen overheid en organisaties als de Consumentenbond en patiëntenorganisaties.
- 

De verzekeringsplicht<sup>4</sup> (punt 2b in het tekstkader) heeft belangrijke invloed op de wijze waarop de markt werkt: de totale omvang van de markt staat hierdoor namelijk vast. Consumenten dienen een zorgverzekering aan te schaffen, ongeacht de prijs die er voor geldt. De totale vraag is derhalve volledig prijsinelastisch. Dit neemt niet weg dat consumenten wel kunnen reageren op prijsverschillen tussen zorgverzekeraars.

Daarnaast is voor de werking van de markt van belang dat het bij het basispakket in principe gaat om een uniform verzekeringsproduct, dat bij alle verzekeraars hetzelfde is. Theoretisch zou dit kunnen betekenen dat alle consumenten zich zullen aansluiten bij de goedkoopste zorgverzekeraar. Dit zal in de praktijk niet zo zijn. Allereerst kunnen verzekerden van het basispakket afwijken via 'preferred provider' arrangementen, collectieve contracten en contracten met een vrijwillig eigen risico. In de tweede plaats zullen verzekeraars - ook bij een uniform aanbod - zich van elkaar onderscheiden door bijvoorbeeld hun geografische locatie, service, dienstverlening en imago. Bovendien dienen consumenten kosten te maken wanneer ze met een andere verzekeraar in zee willen gaan, zoals de tijd en energie die nodig is om zorgverzekeringopolissen te vergelijken, de benodigde formulieren in te vullen en eventueel keuringen te ondergaan voor aanvullende verzekeringen (tezamen: overstapkosten).

<sup>4</sup> Het kabinetsvoornemen rondom de verzekeringsplicht wijkt iets af van het SER-voorstel. Het relevante verschil wordt verder uitgewerkt in 4.2.2.

Het verbod op premiedifferentiatie houdt in dat een verzekeraar voor het basispakket aan iedere verzekerde dezelfde premie in rekening moet brengen. De verzekeraar mag wel een andere premie rekenen voor variaties van het basispakket via 'preferred provider' arrangementen, collectieve contracten of een vrijwillig (gemaximeerd) eigen risico. De premies mogen afwijken van die van andere zorgverzekeraars, waardoor prijsconcurrentie mogelijk is.

Bij een adequaat systeem van risicoverevening compenseert de overheid zorgverzekeraars op basis van objectief meetbare maatstaven voor verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerdenbestand. Zonder risicoverevening zou een verzekeraar met een ongunstig verzekerdenbestand niet goed kunnen concurreren. Een adequaat systeem van risicoverevening neemt bij zorgverzekeraars de prikkel weg om risicoselectie toe te passen.

### **3 Premiehoogte en concurrentie**

Deze paragraaf analyseert voor de beide premiesystemen (volledig nominaal of gemengd) de invloed op de mogelijkheden voor concurrentie en het kostenverschil. Daarbij gaan we met name in op de volgende vragen:

- Welke invloed heeft de hoogte van de nominale premie op de prijsgevoeligheid van verzekeringnemers?
- Welke invloed heeft de hoogte van de nominale premie op prikkels voor concurrentie aan de inkoopzijde?
- Welke kosten zijn er verbonden aan een gemengd systeem ten opzichte van volledig nominale premies?

Voordat we deze vragen behandelen, bekijken we in paragraaf 3.1 de huidige situatie in het ziekenfonds en leiden daaruit af welke toekomstsituaties we in dit paragraaf kunnen gaan vergelijken. Vervolgens gaat paragraaf 3.2 in op de relatie tussen nominale premiehoogte en prijselasticiteit. Paragraaf 3.3 bespreekt het verband met prikkels voor concurrentie. Paragraaf 3.4 behandelt overige overwegingen. Paragraaf 3.5 trekt conclusies.

#### **3.1 Nominale premie nu: wat betekent dit voor de toekomst**

De kosten van ziekenfondsen zijn op te delen in beheerskosten (voor het 'runnen' van het bedrijf) en de verstrekkingen (de zorgkosten van de verzekeringnemers). De beheerskosten bedragen gemiddeld ongeveer 100 gulden per verzekerde. De beheerskostenbijdrage uit de centrale kas - die gevuld wordt met de inkomensafhankelijke premie - is gemiddeld onvoldoende

om deze kosten te dekken<sup>5</sup>. De verstrekkingen bedroegen in 2000 gemiddeld 2610 gulden per verzekerde, tussen ziekenfondsen variërend van 1396 tot 3365 gulden. Het gemiddelde verstrekkingenbudget uit de centrale kas bedroeg circa 2270 gulden. Daarnaast rekenden de ziekenfondsen gemiddeld een nominale premie van ongeveer 410 gulden (variatie 345 - 492 gulden). Per verzekerde boekten de ziekenfondsen op de verstrekkingen daarom een positief resultaat van ongeveer 70 gulden. Dit resultaat, aangevuld met opbrengsten uit het beleggen van de reserves, werd gebruikt om het verlies op de beheerskosten te compenseren. Het is in de periode 1994-1999 slechts zeer sporadisch voorgekomen dat een ziekenfonds overall een negatief resultaat boekte.

Op dit moment krijgen ziekenfondsen hun inkomsten uit de centrale kas en uit nominale premies. Uit het bovenstaande blijkt dat de verhouding centrale kas - nominaal in 2000 ongeveer 85% - 15% bedroeg. In 2001 zal het aandeel van de nominale premie kleiner zijn: de gemiddelde nominale premie is dit jaar gedaald naar circa 350 gulden (variatie: 291 - 492 gulden) terwijl de totale premie is toegenomen.

Als we nu een systeem met volledig nominale premies gaan vergelijken met een gemengd systeem dan betekent dit op basis van de premiegegevens van 2000 het volgende:

<b>Tabel 3.1      Nominale premie: enkele scenario's op basis van de totale premie in 2000, gulden</b>				
Systeem	Verhouding	Gemiddeld uit centrale kas	Gemiddeld nominaal	Variatie nominaal
Alleen nominaal		0	2 780	2 720 - 2 920
Gemengd	20 - 80	560	2 220	2 160 - 2 360
	50 - 50	1 390	1 390	1 330 - 1 530
	80 - 20	2 220	560	500 - 700

Tabel 3.1 geeft een indicatie van de premiesituatie onder verschillende systemen in het toekomstig stelsel. De gegevens in de tabel zijn echter met onzekerheden omgeven. Een belangrijke onzekerheid is de hoogte van de nominale premie<sup>6</sup>. Die zal aan de ene kant afhangen van de kostenbesparingen die verzekeraars kunnen realiseren en aan de andere kant

<sup>5</sup> Vooral kleinere ziekenfondsen leiden verlies op beheerskosten. Daar staat tegenover dat kleine ziekenfondsen vaak juist goede resultaten behalen op de verstrekkingen.

<sup>6</sup> De overheid heeft geen invloed op de precieze omvang van de nominale premie, aangezien de zorgverzekeraars die zelf bepalen. Ze kan wel de omvang van de nominale premie beïnvloeden via de inkomensafhankelijke premie: hoe hoger de inkomensafhankelijke premie, hoe lager de nominale premie zal zijn (ceteris paribus). In beginsel kan de nominale premie zelfs negatief zijn (dan krijgen verzekerden een gift) wanneer de vergoeding uit de centrale kas hoger is dan de kosten van de zorgverzekeraar.

van de marktmacht die zij hebben. De analyse in deze paragraaf gaat hier verder op in. Ook de bedrijfsstrategieën van individuele verzekeraars spelen een rol: wil een verzekeraar een groter marktaandeel veroveren, of is het bedrijf tevreden met de huidige verzekerdenpopulatie? Deze vraag houdt (onder andere) verband met de mogelijkheid van risicoselectie. Deze mogelijkheid komt in paragraaf 4.2 aan de orde.

Een tweede onzekerheid betreft de variatie in nominale premie die zal ontstaan onder de verschillende systemen. Die variatie is in de tabel constant: 200 gulden verschil tussen de hoogste en de laagste, conform de huidige situatie. Het is echter mogelijk dat deze absolute variatie bij hogere nominale premies zal toenemen, bijvoorbeeld als verzekeraars die door lage premies verzekerden willen aantrekken, menen dat klanten reageren op relatieve prijsverschillen. Wel valt te verwachten dat de relatieve variatie bij een lage nominale premie flink groter zal zijn dan bij hogere nominale premies. Paragraaf 3.2 bespreekt onder andere dit vraagstuk.

### **3.2 Nominale premiehoogte en prijselasticiteit**

Welke factoren beïnvloeden de concurrentie indien verzekeraars in staat gesteld worden een nominale premie te heffen? Dit is in feite de kernvraag van het bredere onderzoek naar concurrentie tussen verzekeraars. Deze paragraaf concentreert zich op de prijselasticiteit van consumenten.

De prijselasticiteit betreft de neiging van consumenten om vanwege prijsverschillen van zorgverzekeraar te veranderen. We merken op dat de prijselasticiteit van de geaggregeerde vraag naar zorgverzekeringen gelijk is aan nul, aangezien zorgverzekeringen verplicht zijn. Voor de inschatting van factoren die de prijselasticiteit van de vraag naar zorgverzekeringen bij één verzekeraar beïnvloeden, maken we gebruik van bestaande onderzoeken uit binnen- en buitenland naar de hoogte van de elasticiteit (3.2.1) en naar de invloed van die hoogte op de elasticiteit (3.2.2).

Consumenten kunnen de hoogte van hun inkomensafhankelijke premie niet beïnvloeden via de keuze voor een zorgverzekeraar. Voor die keuze is daarom alleen de nominale premie van belang. De inkomensafhankelijke premie is min of meer vergelijkbaar met belastingen en andere premies die het vrij besteedbaar inkomen verkleinen. Wij nemen dan ook aan dat consumenten een verzekeraar kiezen op basis van de nominale, niet de totale, premie.

### 3.2.1 Premie-elasticiteiten in binnen- en buitenland

Vooropgesteld zij dat bestaande onderzoeken niet zonder meer iets zeggen over de verwachte prijselasticiteit na invoering van het nieuwe stelsel (zie tekstkader *Wat zijn prijselasticiteiten?*). Voor Nederland komt dit omdat het onderzoek een ander stelsel betreft (ziekenfonds) en ook met de nodige methodologische mitsen en maren omgeven is. Het buitenlandse onderzoek betreft eveneens stelsels die niet zonder meer met het beoogde Nederlandse stelsel vergeleken kunnen worden. Tezamen geven de bestaande onderzoeken wel aan waar de risico's liggen en waar de mogelijkheden bestaan om via beleid de prijselasticiteit te beïnvloeden.

Beschikbare onderzoeken naar ziekenfondsverzekeringen, particuliere verzekeringen en uit het buitenland wijzen op een relatief lage prijselasticiteit van zorgverzekeringen. Wel zijn de verschillen aanzienlijk.

---

#### Wat zijn prijselasticiteiten?

De prijselasticiteit is een indicator voor het aantal verzekerden dat met de voeten zal stemmen wanneer een verzekeraar zijn nominale premie hoger stelt dan de concurrent.

In empirisch onderzoek wordt meestal de volgende prijselasticiteit geschat: wat voor gevolgen heeft een procentuele verandering van de nominale premie van een verzekeraar voor het marktaandeel van die verzekeraar. Bijvoorbeeld, een prijselasticiteit van -2 wil zeggen dat een 1% verhoging van de nominale premie leidt tot een verlaging van het marktaandeel met 2%.

Uit dit voorbeeld volgt dat voor de bruikbaarheid van een prijselasticiteit zowel de hoogte van de nominale premie als de omvang van het marktaandeel van belang is. Immers bij een nominale premie van 1000 euro is een 1% verhoging van de premie, absoluut gezien, veel groter dan bij 100 euro. Eenzelfde redenering geldt voor marktaandelen. Een verlaging van 2% van het marktaandeel is, absoluut gezien, veel groter bij een groot marktaandeel dan bij een klein marktaandeel.

Bovenstaande notie maakt een vergelijking van gevonden prijselasticiteiten bij onderzoek in verschillende landen vaak moeilijk. Het onderzoek van Schut en Hassink (1999) geeft een overzicht van verschillende prijselasticiteiten in de VS en Nederland waarbij gecorrigeerd wordt voor mogelijke verschillen in de omvang van het marktaandeel. In het onderzoek worden acht empirische onderzoeken in de VS vergeleken met de Nederlandse particuliere verzekeringsmarkt. Ze vinden dat gecorrigeerde prijselasticiteiten (technisch: semi-elasticiteiten) voor de VS flink hoger zijn dan de gecorrigeerde prijselasticiteit voor de Nederlandse particuliere verzekeringsmarkt. In het tekstkader *Een vergelijking: De VS en Nederland* worden deze verschillen nader toegelicht.

---

Prijsconcurrentie blijkt in het huidige ziekenfonds nog niet te leiden tot actief overstapgedrag van verzekerden. Schut (2000) vindt voor de prijselasticiteit bij de nominale premie voor het basispakket over de periode 1996-2000 zelfs een kleine positieve elasticiteit, maar niet significant van nul verschillend. Kennelijk zijn ziekenfondsverzekerden niet of nauwelijks gevoelig voor de verschillen in nominale premie. Wel wordt er een significante prijselasticiteit in het ziekenfonds gevonden bij de premies van de aanvullende verzekeringen, al is hier wegens



dekkingsverschillen geen sprake van een zuivere prijselasticiteit. De onderzoeker concludeert dat verzekerden bij het overstappen blijkbaar kijken naar de premie en de dekking van de aanvullende verzekering.

De bevindingen van Schut (2000) en Schut en Hassink (1999) zijn redelijk goed bruikbaar voor dit onderzoek omdat de systematiek van de huidige ziekenfondsverzekering vergelijkbaar is met die van de algemene verzekering curatieve zorg: een verplicht basispakket met vrijwillige aanvullende verzekeringen.

Verschillen in populatie (ziekenfondsen richten zich alleen op inkomensgroepen beneden de ziekenfondsgrens) beperken de bruikbaarheid. Een andere beperking is dat prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen pas recentelijk op gang is gekomen, waardoor de gevonden prijselasticiteit (aanzienlijk) kan afwijken van die op lange termijn. Ook lijken consumenten nog niet zo bekend te zijn met de mogelijkheid en de potentiële baten van het wisselen van ziekenfonds, wat een neerwaartse vertekening van de prijselasticiteit kan geven.

Daarnaast heeft de overheid nog niet via aanvullend beleid de prijselasticiteit getracht verder te beïnvloeden. Opmerkelijk is hier de vinding van Schut (2000) dat bij gedwongen keuze de prijsgevoeligheid wel eens veel hoger kan liggen. Uit zijn schattingsresultaten volgt een hoge en significante prijselasticiteit toen 380.000 zelfstandigen met ingang van 2000 verplicht moesten toetreden tot het ziekenfonds.

Voor particulier verzekerden wordt een lage negatieve prijselasticiteit geschat (Schut en Hassink, 1999). Omdat op de particuliere markt de omvang van de polis en de polisvoorwaarden sterk uiteenlopen is ook hier geen sprake van een zuivere prijselasticiteit. Uit onderzoek van IOO (2000) blijkt dat particulier verzekerden de serviceverlening door de verzekeraar (snelle afhandeling van declaraties, informatieverstrekking en korte wachtlijsten) belangrijker vinden dan de hoogte van de premie<sup>7</sup>. Dit neemt niet weg dat 28% van de individueel particulier verzekerden zegt dat ze de huidige verzekeraar heeft gekozen vanwege de prijs. Het IOO wijst er daarnaast op dat collectieve verzekeringen (20% van de particuliere markt) meer prijsgevoelig zijn dan individuele contracten, doordat ze worden afgesloten via de werkgever.

In de Verenigde Staten zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de prijselasticiteit van collectieve verzekeringen. Naar aanleiding van acht empirische studies in de VS concluderen Schut en Hassink (1999) dat de prijselasticiteiten in de VS veel hoger zijn dan bij de particuliere verzekeringen en ziekenfondsen. Hoewel de institutionele verschillen met de VS groot zijn kunnen we toch lering trekken uit deze empirische onderzoeken (zie tekstkader *Een vergelijking: De VS en Nederland*). Ook in Duitsland is de prijselasticiteit van zorgverzekeringen volgens een

<sup>7</sup> De omvang van het pakket vinden particuliere verzekerden volgens het onderzoek het belangrijkste, maar die is in het nieuwe verzekeringsstelsel uniform.

onderzoek van Schut (2001) hoger dan in Nederland. De verklaring ligt volgens de onderzoeker mogelijk in de actieve rol van werkgevers bij de keuze tussen zorgverzekeraars, een grotere gewenning aan de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te veranderen en grotere prijsverschillen.

---

### Een vergelijking: De VS en Nederland

De meeste empirische onderzoeken in de VS hebben betrekking op een "Multiple Option Insurance" (MOI). Een MOI is een plan waarbij de werkgever 2-4 polissen uitzoekt waaruit werknemers kunnen kiezen. In onderstaande tabel worden institutionele verschillen tussen MOI, het ziekenfonds en de particuliere verzekering gegeven wat betreft transactiekosten.

	MOI (VS)	Ziekenfonds	Particuliere verzekering
Switching mogelijkheden	groot	groot	klein
Zoekkosten	klein	gemiddeld	groot
Switching experience	groot	klein	gemiddeld

Samenvattend zijn de verschillen als volgt uit te leggen (zie Schut en Hassink (1999) voor een uitgebreide uiteenzetting):

- Zowel in de VS als in het ziekenfonds kan jaarlijks geswitcht worden waarbij een acceptatieplicht geldt. Bij de particuliere verzekering mag je worden geweigerd.
- Premiedifferentiatie is ongebruikelijk in de VS (het gaat hier om een collectief contract) en is verboden in het ziekenfonds, hetgeen bijdraagt tot relatief lage zoekkosten. Bij de particuliere verzekering is premiedifferentiatie mogelijk. Daarbij is de pakketkeuze bij de particuliere verzekering veel minder transparant. In de VS is er ook vaak sprake van pakketdifferentiatie tussen verzekeraars, alhoewel sommige werkgevers in onderhandelingen met de verzekeraars gelijke pakketten afdwingen.
- In de VS kunnen werknemers via de werkgever vaak jaarlijks kiezen uit 2-4 polissen, wat hun door de werkgever wordt aangereikt. In het ziekenfonds en de particuliere verzekering moeten verzekerden zelf initiatief nemen en is de keuze veel groter. Dat brengt hogere zoekkosten met zich mee. Volgens de onderzoekers is "switching experience" waarschijnlijk hoger in de VS dan in het ziekenfonds waar wisselen van ziekenfonds pas sinds 1992 mogelijk was.

---

Bovenstaande analyse van bestaande onderzoeken geeft een sterke indicatie dat zonder aanvullend beleid de vraag naar zorgverzekeringen in het nieuwe stelsel relatief prijsinelastisch zal zijn. Dit zou kunnen betekenen dat zorgverzekeraars hun winst kunnen vergroten door de premies te verhogen, doordat het verlies van klanten wordt gecompenseerd door een stijging van de winstmarge bij alle resterende klanten. Ervaringen in de VS en Duitsland leren ons echter dat een actieve rol van werkgevers, grote prijsverschillen en gewenning aan de mogelijkheid om te shoppen de prijselasticiteit kunnen versterken. Het belang van dergelijk beleid wordt hiermee nogmaals benadrukt.

### 3.2.2 Invloed van de hoogte van de nominale premie op de prijselasticiteit

Hieronder bespreken we de algemene noties over invloeden op prijsgevoeligheid, waarbij we er op bepaalde punten rekening mee dienen te houden dat consumenten niet volledig rationeel handelen. Vervolgens bekijken we het enige ons bekende onderzoek naar de samengestelde invloed van deze noties op de premiegevoeligheid van verzekerden. Uitgangspunt is dat consumenten alleen het nominale deel van de premie betrekken bij hun keuze voor een verzekeraar; het inkomensafhankelijke deel is “onzichtbaar”.

#### Besteedbaar inkomen

Frank (2000) wijst op het belang van de hoogte van het besteedbaar inkomen bij prijselasticiteit: “In general, the smaller the share of total expenditure accounted for by a good, the less elastic the demand will be.” Naarmate de premie een groter deel van het besteedbaar inkomen is, worden consumenten prijsgevoeliger<sup>8</sup>. Dit effect kan echter niet direct worden gebruikt om te pleiten voor een hoge nominale premie, omdat de relatieve premieverschillen bij een hoge nominale premie kleiner zullen zijn dan bij een lage nominale premie (zie tabel 3.1). Het totale effect is daarmee niet duidelijk.

Mushin (2000) suggereert daarnaast dat de prijselasticiteit van de vraag naar een product stijgt, naarmate het absolute prijsverschil tussen verschillende aanbieders een groter deel van het inkomen bedraagt. Het lijkt redelijk aan te nemen dat de absolute premieverschillen groter zullen zijn bij een hoge nominale premie dan bij een lage nominale premie<sup>9</sup>. Wanneer dit effect groot genoeg is, kan een hoge nominale premie helpen om de premiegevoeligheid van consumenten te verhogen.

Kortom, de invloed van het besteedbaar inkomen bij de prijselasticiteit is niet eenduidig voor het kiezen van een nominale premie.

<sup>8</sup> Dit betekent ook dat consumenten met een laag inkomen prijsgevoeliger zijn dan consumenten met een hoog inkomen (zie ook Cameron en Trivedi, 1991). Deze notie wordt versterkt wanneer we er rekening mee houden dat consumenten met een laag inkomen mogelijk meer tijd hebben om te besteden aan productvergelijking. Daar staat tegenover dat mensen met een hoog inkomen vanwege hun gemiddeld hogere opleidingsniveau vaak beter in staat zijn om offertes van een complex product als zorgverzekeringen te vergelijken. Per saldo kan er een negatieve correlatie zijn tussen het inkomensniveau en de prijsgevoeligheid. Deze correlatie is irrelevant voor het bepalen van de omvang van de nominale premie zolang het systeem van risicoverevening adequaat is. In paragraaf 4.2 bezien we de gevolgen wanneer we deze aanname loslaten.

<sup>9</sup> Pratt e.a. (1979) vinden bijvoorbeeld een sterk positief verband tussen de variatie in en de gemiddelde hoogte van prijzen: als product A gemiddeld twee keer zo duur is als product B, dan is de standaardafwijking in de prijzen van product A gemiddeld ook bijna twee (precies: 1,86) keer zo hoog.

### **Premiebetaling versus gift**

Daarnaast is van belang dat consumenten volgens Tversky en Kahneman (1981) over het algemeen sterker reageren op een betaling dan op een gift. De prijsgevoeligheid zal derhalve sterker zijn wanneer verzekeraars concurreren met positieve nominale premies, dan met negatieve nominale premies (giften)<sup>10</sup>. Dit wijst erop dat vermeden moet worden dat zorgverzekeraars negatieve nominale premies hanteren. Dit betekent dat de overheid aan zorgverzekeraars een vergoeding uit de inkomensafhankelijke premies moet geven die lager is dan de totale kosten van de meest efficiënte zorgverzekeraar.

### **Relatieve prijsverschillen**

Volgens zowel Tversky en Kahneman (1981) als Frank (2000) hebben consumenten de neiging om te letten op de omvang van het prijsverschil tussen concurrenten in verhouding tot de hoogte van de prijs zelf, waarbij een groot relatief prijsverschil leidt tot een grotere prijsgevoeligheid. Een premieverschil tussen zorgverzekeraars van 25 euro weegt bijvoorbeeld zwaarder bij een premie van 50 euro dan bij een premie van 500 euro<sup>11</sup>. Dit pleit voor een nominale premie die niet veel groter is dan de premieverschillen tussen zorgverzekeraars.

### **Overall-effect: Schut en Laske-Aldershof**

Bovenstaande noties geven deels tegenstrijdige aanwijzingen hoe de nominale premie de prijsgevoeligheid kan beïnvloeden. In een zeer recent artikel presenteren Schut en Laske-Aldershof (2001) een onderzoek dat duidelijkheid moet brengen over welke van deze noties dominant is. Hieruit komt naar voren dat de invloed van relatieve prijsverschillen het sterkst is: een panel van ondervraagden reageert significant sterker op een premiekorting van 200 gulden bij een nominale premie van 500 gulden (ongeveer de huidige situatie) dan bij een nominale premie van 2900 gulden (vergelijkbaar met volledig nominale premie). Zonder op overige voor- en nadelen in te gaan (zie daarvoor 3.3, 3.4 en paragraaf 4), pleiten Schut en Laske-Aldershof dan ook voor een gemengd systeem waarin nominale premies niet onnodig hoog zijn.

<sup>10</sup> Merk op dat deze notie er van uit gaat dat consumenten niet volledig rationeel handelen. Rationeel gezien zouden consumenten hetzelfde moeten reageren bij een inkomensafhankelijke premie van 480 euro en een nominale premie van 20 euro als in het geval van een inkomensafhankelijke premie van 520 euro en een nominale gift van 20 euro. Volgens Kahneman en Tversky is de prijsgevoeligheid in het eerste geval echter groter.

<sup>11</sup> Consumenten handelen ook volgens deze notie niet rationeel. Voor de welvaart van consumenten maakt het immers niets uit ten opzichte van welke nominale premie de 25 euro kan worden bespaard.

### 3.2.3 Conclusie prijselasticiteit

De conclusie van deze paragraaf valt in twee delen uiteen:

- De verschillende noties rondom de invloed van nominale premiehoogte op de prijselasticiteit van consumenten geven tegenstrijdige aanwijzingen. Recent onderzoek van Schut en Laske-Aldershof (2001) wijst uit dat in een experiment de notie van relatieve prijsverschillen domineert. Dit impliceert dat een nominale premie met grote relatieve verschillen kan helpen bij het stimuleren van de prijsgevoeligheid. Het onderzoek is gebaseerd op een experiment en het is niet duidelijk hoeveel gewicht aan dat experiment gehangen kan worden.
- Gezien de onzekerheden van het bovenstaande en de successen in het buitenland op dit vlak, lijkt flankerend beleid een belangrijkere manier om de prijsgevoeligheid te stimuleren dan een juiste premiehoogte. Voorbeelden van dergelijk flankerend beleid zijn:
  - verlagen van zoekkosten, bijvoorbeeld door het vergroten van de transparantie;
  - verlagen van overstapkosten, bijvoorbeeld door het ontkoppelen van basispakket en aanvullende verzekering;
  - verzekeren periodiek (bijv. jaarlijks) verplichten tot het maken van een bewuste keuze;
  - stimuleren van intermediaire rol voor werkgever (ook bij niet-collectieve contracten).

### 3.3 Nominale premie en concurrentie

Indien de overheid kiest voor een gemengd systeem en een deel van de premie zelf vaststelt, int en verdeelt, oefent ze daarmee direct invloed uit op de ontvangsten van verzekeraars. (Het feit dat dit premiedeel inkomensafhankelijk is, doet voor de concurrentie niet ter zake; zie tekstkader *Concurrentie en inkomensafhankelijkheid*.) Hiermee lijkt concurrentie onderdrukt te worden, omdat verzekeraars minder kunnen concurreren op prijs (premie). Deze indruk is echter niet correct.

---

## Concurrentie en inkomensafhankelijkheid

Wat betekent het voor de concurrentie dat het premiedeel dat de overheid vaststelt, int en verdeelt, inkomensafhankelijk is? Niets. Bij de beantwoording van de vraag hoe hoog uit concurrentie-oogpunt het aandeel van de nominale premie in het totaal moet zijn, gaat het erom dat het niet-nominale deel door de overheid wordt vastgesteld, geïnd en verdeeld en dat de hoogte van dit deel niet kan verschillen van verzekeraar tot verzekeraar. Het feit dat het niet-nominale deel inkomensafhankelijk is (of gemaakt kan worden), is pas van belang als met overwegingen van inkomensherverdeling rekening wordt gehouden.

Wanneer we uitsluitend kijken naar het concurrentie-vraagstuk, zouden we de hoofdvraag van deze notitie kunnen reduceren tot de volgende:

*Welk deel van de premie moet vastgesteld, geïnd en verdeeld worden door de overheid en welk deel moet vastgesteld en geïnd worden door zorgverzekeraars, om voldoende concurrentie tussen verzekeraars mogelijk te maken?*

Met het oog hierop zou het wellicht beter zijn te spreken over het verzekeraarsdeel en het overheidsdeel van de premie. In deze notitie doen we dat niet, omdat "nominaal" en "inkomensafhankelijk" ingeburgerde termen zijn.

---

Een klein aandeel van de nominale premie beknop de verzekeraars niet in hun mogelijkheden tot prijsconcurrentie. Iedere kostenbesparing, kwaliteitsverbetering en nieuwe dienst die de verzekeraar realiseert kan hij volledig tot uitdrukking laten komen in de nominale premie, omdat deze niet aan grenzen gebonden is. De overheid bepaalt alleen het inkomensafhankelijke premiedeel, de verzekeraar is volkomen vrij in het zetten van de nominale premie. Hierbij is één nuancering van belang. Met de hoogte van de inkomensafhankelijke premie wordt wel impliciet bepaald welke hoogte de nominale premie bij benadering zal hebben. Voor zover de nominale premie van invloed is op de prijselasticiteit van verzekeringnemers (zie paragraaf 3.2) kan dit indirect invloed hebben op de prikkels van verzekeraars. Vooral van belang hierbij is dat de nominale premie, ook na eventuele kortingen wegens eigen risico, in ieder geval positief moet zijn.

Het bovenstaande impliceert dat, in het extreme geval dat prijsconcurrentie gepaard gaat met ernstig marktfalen, het verhogen van het inkomensafhankelijk premiedeel (verlagen van de verwachte nominale premie) dit marktfalen niet vermindert. Bij ernstig marktfalen, bijvoorbeeld wanneer verzekeraars monopoliekracht zouden kunnen uitoefenen, kan dit alleen worden uitgebannen door nominale premies uit te sluiten en over te gaan op een systeem van maatstafconcurrentie via volledig inkomensafhankelijke premies (zie bijlage).

Concluderend, de hoogte van de nominale premie, mits positief, heeft geen invloed op de prikkels van verzekeraars om te concurreren. Anders gezegd: een gemengd systeem prikkelt verzekeraars niet meer of minder dan een systeem met volledig nominale premie.

### 3.4 De meerkosten van een gemengd systeem

In het voorgaande hebben we vastgesteld dat inkomensafhankelijke premies nauwelijks invloed hebben op de prikkels voor concurrentie tussen verzekeraars. Er zijn echter wel meerkosten verbonden aan inkomensafhankelijke premies in vergelijking met een volledig nominale premie. Het vaststellen, innen en verdelen van het inkomensafhankelijke premiedeel door de overheid kan namelijk gepaard gaan met diverse vormen van overheidsfalen:

- Mogelijke fouten bij het vaststellen van het inkomensafhankelijke premie-deel (bijv. door beperkte informatie). Te denken valt hierbij aan de situatie waarin de overheid de meerkosten van een pakketuitbreiding verkeerd inschat. Dit leidt tot grote schommelingen in nominale premies om deze fouten te corrigeren.
- Meer administratieve kosten binnen het zorgstelsel.
- Rent-seeking (lobbygedrag verzekeraars, bijv. bij pakketuitbreidingen). Dit gedrag kan ook aanleiding geven voor additionele bestuurlijke problemen/kosten. De ontvlechting van overheid en verzekeraars is bestuurlijk zuiver en wordt in mindere mate gerealiseerd bij inkomensafhankelijke premies.
- Gebrek aan transparantie: verzekeringnemers zien niet hun totale zorgkosten; daarnaast kan het gebeuren dat hogere kosten (pakketuitbreiding) gepaard gaan met een verlaging van de nominale premie. Dit kan ertoe leiden dat de consument het maatschappelijke debat moeilijker kan volgen.
- Verstoring van de inkomensverhoudingen en dus met de arbeidsmarktprikkels van alle consumenten. Dit hangt samen met het inkomensafhankelijke karakter van de premie, niet met de rol van de overheid.

Deze maatschappelijke kosten zijn slechts voor een deel proportioneel met de omvang van het inkomensafhankelijke premiedeel. Bij een verlaging van de inkomensafhankelijke premie nemen de kosten van eventuele fouten bij de vaststelling en verstoring van de prikkels wel af, maar de administratieve kosten niet en rent-seeking-gedrag en transparantieproblemen waarschijnlijk ook minder. Dit betekent dat bij een lage inkomensafhankelijke premie nog steeds sprake is van substantieel overheidsfalen. Dit verdwijnt alleen bij een volledig nominale premie.

### 3.5 Conclusies

- Omtrent de invloed van de hoogte van de nominale premie op de prijselasticiteit van verzekerden is geen harde uitspraak mogelijk; flankerend beleid (bijvoorbeeld gericht op het

stimuleren van een bewuste keuze van verzekeraar door consumenten) lijkt een veel kansrijkere manier om de prijselasticiteit en dus de mobiliteit van verzekerden gunstig te beïnvloeden.

- Wat betreft de directe prikkels voor prijsconcurrentie maakt de hoogte van het nominaal aandeel (mits positief, ook na eventuele kortingen wegens eigen risico) niet uit.
- Bovengenoemde vormen van overheidsfalen rondom het inkomensafhankelijke deel zijn een serieus nadeel van een gemengd systeem.

De keuze tussen volledig nominale premies en een gemengd systeem hangt dus samen met een afweging tussen de prijselasticiteitseffecten (pleit voor gemengd systeem) en overheidsfalen (pleit voor volledig nominale premie). Hierbij merken we twee dingen op.

Ten eerste geldt dat bij een verlaging van de inkomensafhankelijke premie het overheidsfalen niet evenredig afneemt. Een deel van deze maatschappelijke kosten verdwijnt pas bij volledig nominale premies.

Ten tweede merken we op dat het bewerkstelligen van een hogere prijsgevoeligheid voor zover bekend in andere markten geen reden is voor overheidsingrijpen in het prijsniveau<sup>12</sup>. Flankerend beleid om de prijsgevoeligheid van consumenten te stimuleren, komt in sommige markten wel voor. Een voorbeeld hiervan zijn de voorschriften waar aanbieders van levensverzekeringen zich aan moeten houden bij informatievoorziening aan consumenten; doel hiervan is lagere zoekkosten voor consumenten en meer transparantie.

## 4 Inkomensherverdeling en risico's

De conclusies uit voorgaande paragraaf hebben betrekking op het tot stand komen van concurrentie. Daarnaast kunnen ook herverdelingsoverwegingen een rol spelen bij de vaststelling van de hoogte van de nominale premie. Hierop gaat paragraaf 4.1 kort in. Daarna behandelt paragraaf 4.2 enkele risicovarianten: wat zijn de consequenties als bepaalde beleidsvoornemens of bepaalde andere aannames niet volledig gerealiseerd (kunnen) worden?

<sup>12</sup> Analogie in de automarkt zou bijvoorbeeld zijn dat autoproducenten subsidies zouden ontvangen om de prijzen op een elastischer niveau te krijgen. In sommige markten bestaan natuurlijk wel subsidies, maar die dienen niet om een bepaalde prijselasticiteit te bewerkstelligen (huursubsidies hebben bijvoorbeeld alleen maar een herverdelingsmotief).



## 4.1 Inkomensherverdeling

Naast overwegingen met betrekking tot concurrentie kunnen bij het bepalen van de omvang van de nominale premie ook herverdelingsoverwegingen een rol spelen. Indien hoge nominale premies voor de lage inkomensgroepen onwenselijk worden geacht, zijn er diverse opties, die we hieronder kort bespreken.

Ten eerste kunnen lage inkomensgroepen via fiscale weg gecompenseerd worden voor een hoge nominale premie. Voordeel hiervan is dat het inkomensbeleid en het sectorspecifieke beleid worden losgekoppeld: hierdoor wordt het makkelijker het inkomensbeleid op dit gebied af te stemmen op inkomensbeleid behorend bij andere beleidsvraagstukken. Nadeel van deze optie is dat de uitwerking hiervan complex kan zijn, bijvoorbeeld omdat personen met een laag fiscaal inkomen niet altijd behoren tot de doelgroep van de regeling (identificatieprobleem).

Een tweede optie is het nastreven van een lagere nominale premie door te kiezen voor een hoger inkomensafhankelijk deel. Deze optie heeft het voordeel dat hiermee al ervaring is opgedaan. Een nadeel is dat de prikkels van alle verzekerden worden verstoord om een probleem bij een beperkte groep verzekeringnemers op te lossen. Daarnaast kan ook hier sprake zijn van een identificatieprobleem.

Tenslotte is er de mogelijkheid het herverdelingsprobleem op te lossen door middel van vouchers: lage inkomensgroepen ontvangen een voucher ter waarde van een vast bedrag waarmee zij een deel van hun zorgverzekeringspremie kunnen betalen. Een belangrijk voordeel van vouchers ten opzichte van de andere twee instrumenten is dat gericht in slechts een klein deel van de markt ingegrepen hoeft te worden. De inkomensverhoudingen, en dus ook de arbeidsmarktprikkels, in het overige deel van de markt worden niet verstoord. Nadeel van deze optie is dat hier ook weer identificatieproblemen kunnen optreden. De kosten van een vouchersysteem - waaronder die verbonden aan het identificatieprobleem - zijn onder andere afhankelijk van het aantal personen dat hiervoor in aanmerking zou moeten komen.

## 4.2 Risico's

De conclusies van paragraaf 3 gelden onder de aannames rondom het nieuwe stelsel zoals uiteengezet in paragraaf 2. Maar wat nu als niet al die voornemens volledig realiteit (kunnen) worden?

In het nieuwe verzekeringsstelsel is een systeem van risicoverevening opgenomen, alsmede een verplichting voor ingezetenen van Nederland om zich te verzekeren. Bij deze twee aspecten

bestaat het risico dat ze in de praktijk niet volledig worden bewerkstelligd. Daarom analyseert deze paragraaf wat daarbij de rol kan zijn van de nominale premie.

#### 4.2.1 Onvolledige risico-verevening

In theorie is risicoselectie door zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel uitgesloten, doordat ze verplicht zijn om mensen die zich nieuw aanmelden op gelijke condities te accepteren. In de praktijk kunnen ze evenwel risicoselectie toepassen door aanvullende ziektekostenverzekeringen uitsluitend aan te bieden in combinatie met het basispakket. Doordat voor de aanvullende ziektekostenverzekering geen acceptatieplicht bestaat, hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om hiermee aanmeldingen op risico te selecteren<sup>13</sup>. Aanwijzingen dat dit kan gebeuren zien we in het huidige stelsel. Momenteel koopt ongeveer 95% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullend pakket, dat bij de meeste zorgverzekeraars gekoppeld is aan het basispakket. Ziekenfondsverzekeraars weigeren soms aanmeldingen, maar de mate waarin verschilt sterk per ziekenfondsverzekeraar: van 0 tot 1200 per jaar. Sommige weigeringen zijn vanwege medische selectie, anderen vanwege diverse redenen als uitstaande schulden, fraude of onvolledige informatie. De Ziekenfondsraad heeft echter geen bewijs gevonden dat ziekenfondsverzekeraars selecteren op risico (Schut en Hassink, 1999).

Indien risicoverevening in het nieuwe stelsel onvoldoende is, dan is er een prikkel voor risicoselectie. Verzekeraars kunnen verzekerden met een aantrekkelijk risicoprofiel gaan selecteren via de aanvullende verzekeringen. Concurrentie tussen zorgverzekeraars gebeurt dan niet via de hoogte van de nominale premie, maar via risicoselectie. Risicoselectie heeft een aantal (mogelijke) nadelen (Varkevisser en van der Geest 1992). In de eerste plaats hebben verzekerden met een ongunstig risicoprofiel minder goed toegang tot de aanvullende verzekering (dit nadeel weegt minder zwaar naarmate het basispakket breder is). Zorgverzekeraars kunnen hen voor de aanvullende verzekering weigeren of een hogere premie in rekening brengen. Ten tweede kunnen efficiënte zorgverzekeraars uit de markt worden gedrukt door minder efficiënte verzekeraars die succesvol zijn in risicoselectie. Ten slotte kan de mogelijkheid van risicoselectie zelfs de kwaliteit van gezondheidszorg beïnvloeden, wanneer kwaliteitsverbeteringen onaantrekkelijk zijn voor verzekeraars doordat ze daarmee verwachten vooral verzekerden met een hoog risico aan te trekken.

Zowel bij een geheel nominale premie als bij een gemengd systeem hebben zorgverzekeraars een prikkel om kosten te drukken. Bij de concurrentiemodaliteit die de grootste prikkel tot kostenreductie geeft zullen de maatschappelijke kosten van een onvolledig

<sup>13</sup> Andere methoden om risicoselectie toe te passen zijn selectieve marketing (imago) en het hanteren van verschillende service-niveaus.

risico-vereveningsstelsel het grootst zijn, omdat dan ook de prikkel tot risicoselectie het sterkst zal zijn.

Concluderend, er is geen reden om aan te nemen dat de omvang van de nominale premie op zichzelf grote invloed heeft op de maatschappelijke kosten als gevolg van een onvolledig risico-vereveningsstelsel.

#### **4.2.2 Ontduiken verzekeringsplicht**

Het kabinetsvoorstel verplicht mensen om zich voor ziektekosten te verzekeren via een basispakket. De mogelijkheid bestaat dat mensen deze verplichting vaker zullen trachten te ontduiken naarmate de nominale premie hoger is. Voor het inkomensafhankelijke deel van de premie is het risico veel kleiner, omdat deze wordt ingehouden op loon of uitkering. Hieruit volgt dat de kans op ontduiking van de verzekeringsplicht het kleinst is bij een volledig inkomensafhankelijke premie en het grootst bij een volledig nominale premie.

Vanwege de voorgenomen publiekrechtelijke grondslag van de nieuwe algemene verzekering zijn mensen toch altijd verzekerd, ook als ze zich niet bij een verzekeraar hebben aangemeld. (Hierin onderscheidt het kabinetsvoorstel zich van de verzekeringsplicht in het SER-voorstel.) De kosten van het ontduikingsrisico bestaan daarom uit handhavings- en incassokosten.

Het is onbekend hoe groot de kans op ontduiking bij een volledige nominale premie is. Momenteel is de ontduiking van de verplichte nominale ziekenfondspremie zeer klein bij een nominale premie van circa 12% van de totale premie.

Indien het risico van ontduiking bij een groot nominaal premie-aandeel reëel wordt geacht, dan kan dit risico op twee manieren verminderd worden:

- een laag nominaal premie-aandeel, dus een hoge inkomensafhankelijke premie;
- vouchers.

Deze twee opties, inclusief de voor- en nadelen ervan, zijn ook al besproken als methoden voor het bewerkstelligen van inkomensherverdeling (paragraaf 4.1)<sup>14</sup>.

## **5 Conclusies**

- Vanuit het oogpunt van concurrentie doet het er niet zoveel toe hoe hoog de nominale premie is. De nominale premie minus eventuele kortingen wegens eigen risico moet wel strikt positief zijn: consumenten reageren zwakker op giften dan op zelf te betalen premies.
- De aanwijzingen dat psychologische factoren bij consumenten enig gewicht in de schaal leggen bij de keuze van hoge of lagere nominale premies zijn niet sterk. Wel zijn er duidelijke

<sup>14</sup> De derde herverdelingsoptie, fiscale reparatie, vermindert de ontduikingsprikkel niet en biedt daarom geen soelaas.

aanwijzingen dat flankerend beleid succesvol kan zijn om de prijselasticiteit van consumenten en daarmee dus ook de mobiliteit tussen verzekeraars gunstig te beïnvloeden.

- Het nadeel van inkomensafhankelijke premies is dat het leidt tot verschillende vormen van overheidsfalen. Dit overheidsfalen kan maatschappelijk (zeer) kostbaar zijn.
- Indien het vanuit het oogpunt van herverdeling wenselijk is lage inkomensgroepen bij te staan kan dit door middel van inkomensafhankelijke premies. Het overheidsfalen waarmee deze gepaard gaan, is reeds genoemd. Alternatieve instrumenten voor inkomensherverdeling zijn fiscale aanpassingen en vouchers.
- Een belangrijk voordeel van vouchers ten opzichte van de andere twee instrumenten is dat gericht in slechts een klein deel van de markt ingegrepen hoeft te worden.
- Bij hoge nominale premies zonder compensatie van lage inkomensgroepen ontstaat er een risico van het ontduiken van de verzekeringsplicht. Indien dat risico reëel wordt geacht, kan dit worden tegengegaan door lagere nominale premies, maar ook een systeem van vouchers kan weer helpen.

## Literatuur

Cameron, A.C., en P.K. Trivedi (1991). "The role of income and health risk in the choice of health insurance: Evidence from Australia." *Journal of Public Economics*, 45: 1-28.

CPB (2000). "Yardstick competition: theory, design and practice." CPB Werkdocument 133, Centraal Planbureau, Den Haag.

Frank, R.H. (2000). *Microeconomics and behavior*. McGraw-Hill, New York.

IOO (2000). "Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars." Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Financiën, IOO bv, Zoetermeer.

Mushin, J. (2000). "Co-existing prices and cross-elasticity of demand." *Kyklos*, 53: 71-74

Pratt, J.W., D.A. Wise en R. Zeckhauser (1979). "Price differences in almost competitive markets." *Quarterly Journal of Economics*, 93: 189-211.

Schut, F.T. (2000). "Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief." *ESB*, 23 februari 2000: 172-175.

Schut, F.T., en W.H.J. Hassink (1999). "Price competition in social health insurance: Evidence from the Netherlands." Paper presented at the second iHEA conference in Rotterdam, 6-9 June 1999.

Schut, F.T., en Laske-Aldershof, T. (2001). "Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel." *ESB*, 9 november 2001: 860-863.

Tversky, A., en D. Kahneman (1981). "The framing of decisions and the psychology of choice." *Science*, 211: 453-458.

Varkevisser, M., en S.A. van der Geest (2001). "Competition among social health insurers: A case study for the Netherlands, Belgium and Germany." *Research in healthcare financial management*, 6 (2), nog te verschijnen.

VWS (2001). "Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel." Nota van het Kabinet aan de Tweede Kamer, 6 juli 2001, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

## **Bijlage: Volledig inkomensafhankelijke premies en maatstafconcurrentie**

Stel dat er helemaal geen nominale premies bestaan. Inkomensafhankelijke premies fungeren dan als maatstafconcurrentie. We gaan er van uit dat de vormgeving daarvan hetzelfde zal zijn als momenteel de ex-ante normuitkering bij de ziekenfondsverzekering. Dit betekent dat iedere zorgverzekeraar een vergoeding zal krijgen die is gebaseerd op het aantal verzekerden en hun risicoprofiel. De vergoeding gaat uit van de totale zorgkosten voor het komende jaar en staat los van de actuele kosten van de individuele zorgverzekeraar. Hierdoor fungeert de vergoeding aan de zorgverzekeraars als een vorm van maatstafconcurrentie (zie CPB, 2000). Dit is zo omdat niet de kosten van de verzekeraar zelf vergoed worden maar de gemiddelde kosten van alle zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar maakt winst wanneer de vergoeding hoger is dan de kosten die hij maakt en verlies wanneer de kosten hoger zijn. Dit geeft iedere zorgverzekeraar een prikkel om zijn kosten te reduceren (productieve efficiëntie). Dit is een voordeel van maatstafconcurrentie ten opzichte van bijvoorbeeld een systeem waarin de overheid de kosten van zorgverzekeraars volledig vergoedt.

Zodra verzekeraars een nominale premie mogen heffen in aanvulling op inkomensafhankelijke premies (gemengd systeem) verdwijnt de maatstafconcurrentie volledig: de nominale premies kunnen namelijk gebruikt worden om kostenverschillen volledig door te

rekenen aan de consumenten, waardoor van de inkomensafhankelijke premies geen (extra) prikkel uitgaat.

Gezien het overheidsfalen verbonden aan het vaststellen, innen en verdelen van inkomensafhankelijke premies (zie paragraaf 3.4), is maatstafconcurrentie alleen te verkiezen boven prijsconcurrentie, indien dit laatste leidt tot ernstig marktfalen, bijvoorbeeld als verzekeraars monopoliemacht kunnen uitoefenen. Het argument in de vorige alinea impliceert dan ook dat het uitsluiten van prijsconcurrentie (en het marktfalen) alleen te realiseren is door een systeem van volledig inkomensafhankelijke premies. Het heffen van nominale premies dient dan te worden uitgesloten. Het risico van het welvaartsverlies bij marktfalen onder prijsconcurrentie kan gezien worden als de meerkosten van een gemengde of volledig nominale premie ten opzichte van volledig inkomensafhankelijke premies. De omvang van dit risico is onbekend. Het bredere CPB-project (zie paragraaf 1) kan hier mogelijk meer inzicht in geven.