





# Varianten gemeten

**Hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten  
bezien op kernelementen van de verzekering**

Rapport van de departementale Werkgroep verzekeringsvarianten  
van het ministerie van VWS t.b.v. het Project Toekomst Zorgstelsel

Den Haag, 24 januari 2001

# Inhoud

Voorwoord 5

Samenvatting 7

## **1 Inleiding 8**

- 1.1 Discussie over de toekomst van de gezondheidszorg 8
- 1.2 Het begrip verzekeren 10
- 1.3 De rol van de overheid 12
- 1.4 Leeswijzer 14

## **2 Hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten 15**

- 2.1 Particuliere verzekeringen 15
- 2.2 Sociale verzekeringen 17
- 2.3 Voorzieningen 17

## **3 Varianten van de hoofdvormen 19**

- 3.1 Varianten van particuliere verzekeringen 19
- 3.2 Varianten van sociale verzekeringen 20
- 3.3 Varianten van voorzieningen 21

## **4 Kernelementen van de verzekering 23**

- 4.1 Toegankelijkheid 23
  - 4.1.1 Acceptatieplicht 24
  - 4.1.2 Verzekeringsplicht 25
  - 4.1.3 Toegang tot de zorg/zorgplicht 25
- 4.2 Solidariteit in de ziektekostenverzekering 25
  - 4.2.1 Solidariteit aan de premiekant 25
  - 4.2.2 Solidariteit aan de aansprakenkant 26
- 4.3 Keuzemogelijkheden voor de verzekerde 27
  - 4.3.1 Keuze verzekeraar en dekking 28
  - 4.3.2 Collectief of individueel 29
  - 4.3.3 Natura of restitutie 30
  - 4.3.4 Eigen risico 30
- 4.4 Zorg- en prijsbeheersing 31
- 4.5 Risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars 32
- 4.6 Consumententevredenheid 33

## **5 De hoofdvarianten gemeten 34**

5.1 Toegankelijkheid 34

5.2 Solidariteit 36

5.3 Keuze van de verzekerde 38

5.4 Zorg- en prijsbeheersing 39

5.5 Risicodragende uitvoering door verzekeraars 39

5.6 Consumententevredenheid 40

## **6 Conclusies 41**

### **Bijlage**

Samenstelling departementale werkgroep verzekeringsvarianten 43

# Voorwoord

De notitie *Varianten gemeten*, opgesteld door een departementale werkgroep van het ministerie van VWS, gaat in op aspecten van verzekeren, de hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten, en kernelementen van een verzekering. De notitie is in deze publicatie opgenomen, om de relevante begrippen en varianten voor een breder publiek toe te lichten. In die zin vormt de publicatie een toelichting op een aantal kernbegrippen uit de *Nota Vraag aan bod*.

Deze publicatie geeft aan hoe publieke belangen als toegankelijkheid en solidariteit kunnen worden geborgd in verschillende systemen van verzekeren. Ook wordt ingegaan op de wijze waarop keuzevrijheid van verzekerden, doelmatige zorginkoop en kostenbeheersing kunnen worden gerealiseerd.

**Prof. dr. P.A.H. van Lieshout**

*Directeur-Generaal Zorg,*

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*



# Samenvatting

Doelstelling van dit rapport is het inventariseren en analyseren van de hoofdvormen van (ziektekosten)verzekering, alsmede van een voorzieningssysteem. De analyse vindt plaats aan de hand van een aantal kernelementen van de verzekering. De primaire invalshoek is hierbij een juridische.

Het rapport onderscheidt drie hoofdvormen van de dekking van ziektekosten:

- de voorziening, waarbij de (centrale) overheid optreedt als financier en de verantwoordelijkheid draagt voor het bieden van zorg;
- de sociale verzekering, waarbij de sociale verzekeringswet bepalend is voor de rechtsverhouding tussen verzekeraar en verzekerde, de verzekeringsaanspraken en de premiehoogte;
- de particuliere verzekering, waarbij de verzekering voortvloeit uit een privaatrechtelijke overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde.

Bij elk van de drie hoofdvormen van financiering zijn verschillende varianten mogelijk. Dat is bij internationale vergelijkingen ook waarneembaar. De variaties betreffen vooral de methode van bekostiging, en de rechten en plichten van betrokken partijen.

Kernelementen voor de discussie over dekking van ziektekosten zijn:

- toegankelijkheid, met als deelkenmerken acceptatieplicht, verzekeringsplicht en zorgplicht;
- solidariteit, waarbij het gaat om lastenverdeling en aanspraken;
- keuzevrijheid voor de verzekerde, gelijke toegang tot een verzekeraar, premie en pakket;
- zorg- en prijsbeheersing;
- risicodragende uitvoering door verzekeraars;
- consumententevredenheid.

Gegeven het bestaande Europeesrechtelijk kader zijn er per hoofdvariant verschillen in wat de Nederlandse overheid op de bovenstaande terreinen in principe kan regelen. De conclusie luidt dat niet iedere variant dezelfde mogelijkheden biedt als het gaat om het regelen van de kernelementen van een basisverzekering.

Voor de particuliere verzekering liggen de belemmeringen vooral in het Europese recht dat door middel van Schaderichtlijnen grenzen stelt aan het ingrijpen door de overheid in pakket, premie en acceptatie, in samenhang met risicodragendheid. Bij een voorziening liggen de belemmeringen vooral bij keuzevrijheid en het risicodragen door verzekeraars, aangezien een voorziening algemeen geldt voor alle burgers. Combinaties van hoofdvormen en kernelementen zijn mogelijk binnen de grenzen van de belemmeringen. Het rapport laat tenslotte zien dat de onderscheiden mogelijkheden ook in combinatie met elkaar kunnen figureren zoals een sociale basisverzekering met een aanvullende particuliere verzekering.

# Inleiding

## 1.1 Discussie over de toekomst van de gezondheidszorg

Al decennia lang is er discussie over de organisatie, sturing en financiering van de gezondheidszorg. De Structuurnota Gezondheidszorg van 1974<sup>1</sup> pleitte voor een volksverzekering, met een sterk sturende rol van centrale en provinciale overheid (model van territoriale decentralisatie). De commissie Dekker<sup>2</sup> stond eveneens een brede volksverzekering voor, maar met een sterk sturende rol van de verzekeraars (model van functionele decentralisatie), en een groter aandeel van de nominale premie voor alle verzekerden. Nog steeds zijn elementen van beide modellen zichtbaar in het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het Regeerakkoord 1994<sup>3</sup> maakte pas op de plaats met de ingrijpende herstructurering die voorgaande kabinetten hadden ingezet, en zette een koers in van geleidelijke en stapsgewijze verbetering van het bestaande systeem (het 'no regret-beleid'). Het tweede paarse coalitie kabinet kondigde in het Regeerakkoord 1998<sup>4</sup> aan die koers te willen voortzetten, maar eveneens te willen nadenken over de toekomst. Dit rapport maakt daar deel van uit. Inmiddels zijn voorstellen verschenen van politieke partijen, adviescommissies en andere maatschappelijke groeperingen. Deze voorstellen bevinden zich tussen de uitersten van centrale overheidssturing enerzijds en decentrale sturing door de markt anderzijds. Bij het eerste uiterste behoren begrippen als centrale planning van voorzieningen en capaciteit, sturing van prijzen, en kostenbeheersing door de overheid, met een hoog aandeel van inkomensafhankelijke premies; aan het andere einde staat de markt, met nadruk op individuele keuzevrijheid, prijzen als prikkels tot verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid, decentrale sturing en organisatie, een beperkte rol van de overheid en een groter aandeel van nominale betalingen. De meeste voorstellen liggen tussen beide uitersten. Maar zij dragen wel kenmerken die meer de ene dan wel de andere richting op wijzen. De standpunten lopen uiteen over de vraag welk aandeel van de premie voor ziektekostenverzekering nominaal dan wel inkomensafhankelijk zou moeten zijn; ook is verschil in opvatting over de breedte van de gewenste verzekeringsdekking, de mate van keuzevrijheid van de burger, en de rol van overheid, burger, aanbieders van zorg en verzekeraars. Een schets van de verschillende vormen en varianten van financiering en verzekering van zorg, met de daarbij behorende gevolgen voor kernelementen als solidari-

---

1. *Structuurnota Gezondheidszorg*, brief van Staatssecretaris Hendriks, Kamerstukken II, Vergaderjaar 1973-1974, 13.012, nr. 2.

2. *Bereidheid tot verandering*, Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Den Haag, april 1984.

3. *Regeerakkoord 1994-1998*, Kamerstukken II, Vergaderjaar 1993-1994, 23.715, nr. 11.

4. *Regeerakkoord 1998-2002*, Kamerstukken II, Vergaderjaar 1997-1998, 26.024, nr. 10.

teit, toegankelijkheid, kostenbeheersing en keuzevrijheid van de verzekerden staat in dit rapport centraal. De werkgroep maakt geen keuze en spreekt geen voorkeur uit voor het ene of het andere model. Die afweging is een politieke keuze voor de wijze van financiering en organisatie van de gezondheidszorg.

In dit verband is relevant dat er een nauwe samenhang bestaat tussen de financiering van de gezondheidszorg en de sturing en organisatie daarvan. Vraagstukken van sturing gaan over het afbakenen van de rol, verantwoordelijkheden en financiële risico's van overheid, verzekeraars en andere belanghebbenden; de organisatie gaat over beheer, contracteren en organisatie van de zorg; de financiering gaat uiteindelijk over de wijze van betalen voor de zorg: uit sociale of particuliere verzekeringen, uit belastingmiddelen en andere betalingen. Het is duidelijk dat een sterk sturende rol van de overheid zich niet goed verdraagt met een gedecentraliseerde besluitvorming door verzekeraars. Andersom gaat een functioneel gedecentraliseerd stelsel niet goed samen met handhaven van de huidige centrale sturingsinstrumenten van de overheid.

Het huidige Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen is een mengvorm van publieke en private financiering en kenmerkt zich door vrijwel volledige private uitvoering. Dit stelsel onderscheidt zich van ziektekostenverzekeringen in andere Europese Unielanden op onder meer de volgende punten:

- 1 Alle andere lidstaten van de EU hebben een sociale basisverzekering of een voorzieningensysteem dat de gehele bevolking of vrijwel de gehele bevolking dekking biedt voor een breed pakket aan medische zorg. De trend van het laatste decennium gaat in de richting van een verbreding van de kring van personen die onder een sociale verzekering of een voorziening valt.
- 2 Geen enkel Europees land kent een afzonderlijke verzekering voor de zorg die in Nederland in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd is. Het grootste deel van deze zorg is doorgaans opgenomen in de sociale basisverzekering van de Europese landen<sup>5</sup> of is ondergebracht in een voorzieningensysteem waaraan de burger geen afdwingbare aanspraken kan ontlenen.
- 3 Nederland kent een duaal stelsel; dat wil zeggen dat *naast* de sociale ziektekostenverzekering een particuliere ziektekostenverzekering bestaat. Nu kennen ook andere Europese landen particuliere ziektekostenverzekeringen, maar deze bieden veelal een aanvullende dekking op de sociale verzekering, (vgl. de Nederlandse aanvullende verzekering bij de ziekenfondsverzekering).<sup>6</sup>

---

5. Duitsland en Oostenrijk kennen afzonderlijke sociale verzekeringen voor kosten van zorg die vergelijkbaar is met zorg die Nederland tot de verpleeghuiszorg en de thuiszorg rekent.

6. Zie bijvoorbeeld: *Interne markt en (aanvullende) ziektekostenverzekeringen*, mr. G.J.A. Hamilton in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, nr. 1/2001.

- 4 In vergelijking met andere Europese landen kent Nederland een uitzonderlijk laag percentage eigen betalingen in de sociale verzekering.<sup>7</sup>
- 5 In het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat geen onderscheid tussen het zogenoemde *risque professionnel* en het *risque social*. In veel Europese landen vallen de kosten van arbeidsongevallen en beroepsziekten onder een afzonderlijke ongevallenverzekering.<sup>8</sup>
- 6 In alle andere Europese landen beperkt de organisatie en sturing door de overheid zich tot de zorg die is opgenomen in de sociale verzekering of de voorziening. Private zorgverlening, private ziekenhuisbouw en (aanvullende) particuliere ziektekostenverzekeringen zijn in Europees perspectief geen onderwerp van overheidsregulering.

## 1.2 Het begrip verzekeren

Het begrip *verzekeren* heeft verschillende betekenissen. In de oorspronkelijke betekenis gaat het om het *poolen* van specifieke risico's voor een afgebakende groep deelnemers. Die deelnemers betalen vooraf een premie die voor elke groep berust op het verwachte gemiddelde risico van de groepsleden (bijvoorbeeld de verwachte kans dat iemand bepaalde zorg nodig heeft). Premies zijn nominaal of procentueel. De werking kan degressief, progressief of proportioneel zijn. Nominale premies staan los van het inkomen, en hebben dus een degressieve werking. Degressieve premies betekenen dat lagere inkomensgroepen een hoger deel van hun inkomen betalen dan verzekerden met hogere inkomens. Procentuele premies werken proportioneel. Iedereen betaalt hetzelfde percentage, dus mensen met lagere inkomens betalen een lager premiebedrag dan verzekerden met een hoog inkomen.

Verzekeren betekent dat de leden van de groep 'elkanders lasten' dragen.<sup>9</sup> Dat is een vorm van *inkomensbescherming* op basis van *risicosolidariteit*. Risicosolidariteit doet zich voor bij elke verzekeringsvorm, maar andere kenmerken van de verschillende verzekeringen lopen uiteen. Zo onderscheiden de particuliere verzekerin-

---

7. Uit onderzoek van de OESO blijkt overigens dat in de landen met hoge eigen betalingen veel categorieën van personen zijn uitgezonderd van het betalen van (de volledige) eigen bijdrage. Dat geldt bijvoorbeeld voor chronisch zieken, voor kosten van moederschap en voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Zo sluiten deze regelingen voor eigen betalingen aan bij internationale verdragen.

8. Nederland heeft dit risico opgenomen in de verzekering tegen gewone ziektekosten. Hierdoor vallen ook de werkgeversbijdragen aan de premie voor de ziektekostenverzekering in die verzekering en komen derhalve ook ten goede aan anderen dan werknemers.

9. Zie bijvoorbeeld: *Solidariteit in perspectief*, in Astin Nederland, *Solidariteit en Verzekering*, 1985 en *Schets van de leer van de sociale zekerheid*, Prof.dr. G.M.J. Veldkamp, Kluwer, Deventer 1994.

gen specifieke subgroepen op grond van *risicoprofielen*. Dat leidt tot *premiendifferentiatie*: mannen van 24 jaar betalen (veel) hogere premies voor de autoverzekering dan vrouwen van 40 jaar omdat de eerste groep, statistisch gezien, grotere brokkenmakers bevat. De premies voor fietsverzekeringen in de grote steden zijn veel hoger dan die op het platteland omdat er in de steden veel meer fietsendiefstal plaatsvindt. Het afbakenen van groepen gebeurt op grond van het *equivalentiebeginsel*: mensen die naar verwachting (gezien het gemiddelde risicoprofiel van de groep waartoe zij behoren) meer kosten veroorzaken, betalen hogere premies. Dus binnen de groep bestaat solidariteit, daarbuiten niet. Er bestaat wel risicosolidariteit, maar binnen kleinere groepen afgebakend op grond van risico. Bij de particuliere verzekering is een dergelijke differentiatie normaal onderdeel van de bedrijfsvoering.

Bij de *sociale verzekeringen* is een dergelijke differentiatie juist ongewenst. Sociale verzekeringen bieden zowel risicobescherming als inkomensbescherming voor grote groepen verzekerden in geval van ziekte, invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en oude dag. Die bescherming geldt voor iedereen die onder de verzekering valt. De AWBZ is een *volksverzekering*, en geldt voor de hele bevolking. De Ziekenfondswet (ZFW) was in oorsprong een *werknemersverzekering* (tegenwoordig vallen ook andere groepen onder de ZFW), en biedt dekking aan alle ziekenfondsverzekerden. Sociale verzekeringen kennen premies naar draagkracht maar de aanspraken zijn vooral gebaseerd op behoefte. Dat is in het bijzonder zo bij de gezondheidszorg. De premies voor de AWBZ zijn volledig inkomensafhankelijk: mensen met lagere inkomens betalen minder dan mensen met hogere inkomens. Voor de ZFW is het grootste deel van de premie naar inkomen; een klein deel (in 2001 gemiddeld zo'n f 360,- per persoon per jaar), bestaat uit een nominaal bedrag. Daarmee is de risicosolidariteit uitgebreid naar *inkomenssolidariteit*: de groep verzekerden omvat alle verzekerden, zonder aanzien des persoons of diens risico. Iedereen betaalt mee: ouderen en jongeren, zieke en gezonde mensen, en mensen met hogere inkomens betalen mee aan de kosten van lagere inkomensgroepen. Maar wanneer mensen zorg nodig hebben, speelt het inkomen of de betaalde premie geen rol. Een ander belangrijk verschil tussen particuliere en sociale verzekering is dat de laatste geen condities stelt bij de acceptatie van verzekerden. Een ziekenfonds mag iemand niet weigeren omdat hij een aandoening heeft die zeer dure behandeling vergt. Dat kan een particuliere verzekering wel doen. Dat heet *risicoselectie*. Bovendien zijn de sociale verzekeringen verplicht voor iedereen die tot de wettelijk geregelde kring van verzekerden behoort. Een jonge, gezonde student die verwacht dat hij de komende jaren weinig gezondheidszorg nodig heeft, mag niet besluiten om zich niet aan te sluiten bij een ziekenfonds (indien hij onder de ZFW valt). Dat mag wel indien hij is aangewezen op een particuliere verzekering. Die is niet verplicht. De keuze om geen verzekering af te sluiten op grond van optimistische verwachtingen over de eigen gezondheid heet ook wel *adverse selection*, selectie door de verzekerde zelf. Het is overigens opmerkelijk dat er in Nederland maar heel weinig mensen zijn die geen enkele verzekering tegen ziektekosten heb-

ben. Ongeveer 60 procent van de bevolking is aangesloten bij een ziekenfonds; 5 procent bij een ziektekostenregeling voor ambtenaren in dienst van lagere overheden (de IZA-, IZR en GVP- regelingen),<sup>10</sup> en ongeveer 35 procent heeft een particuliere verzekering. Tenslotte bestaat er verschil in de manier waarop particuliere respectievelijk sociale verzekeringen de hulpverleners betalen. De Nederlandse sociale verzekeringen bieden de verzekerden recht op zorg; dat heet zorg *in natura*. Particuliere verzekeraars bieden de verzekerde vergoeding voor gemaakte kosten. Dat heet ook wel het *restitutiesysteem*.

Er bestaat geen wettelijk vastgestelde definitie van het begrip ‘sociale verzekering’, maar het begrip is duidelijk op grond van de belangrijkste kenmerken van deze verzekeringsvorm: verplichte deelname door iedereen die onder de verzekering valt; verplichte acceptatie door de verzekeringsinstellingen; inkomensbescherming en risicosolidariteit voor alle deelnemers, zonder onderscheid in specifieke deelgroepen (dus uitsluiten van het equivalentieprincipe); verbod op premiedifferentiatie naar risico en risicoselectie; en vaststellen van de aanspraken en premies door de overheid. Het geheel aan deze eigenschappen maakt duidelijk dat er groot verschil bestaat tussen particuliere en sociale verzekeringen.

Als uitvoerders van de verzekering onderscheiden we particuliere verzekeraars en uitvoeringsorganen van de sociale verzekering. Zorgregie (inkoop van zorg voortkomend uit de zorgplicht van de sociale verzekeraar) en verzekeren worden elk beheerst door een aantal specifieke normen en waarden en dragen bij aan het hybride karakter van de verzekeraar. De werkgroep onderkent het vraagstuk van ‘de sociale zorgverzekeraar’ versus ‘de schadeverzekeraar’ dat urgenter wordt naar de mate waarin in de financiering van de gezondheidszorg beide systemen naast elkaar bestaan.<sup>11 12</sup>

### 1.3 De rol van de overheid

Wat is de rol van de overheid bij de (particuliere en sociale) ziektekostenverzekeringen? Net als op andere beleidsterreinen is het niet goed mogelijk om de rol van de overheid in de gezondheidszorg duidelijk te maken op grond van één enkele beleidsdoelstelling. Het beleid voor de volksgezondheid en ziektekostenverzekeringen kent verscheidene doelstellingen die in elkaars verlengde kunnen liggen, maar op zich zelf gezien ook tegen elkaar in kunnen werken. Artikel 22 van de Grondwet stelt: “.....de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.”

---

10. IZA Nederland; Instituut Ziektekostenregeling Ambtenaren, IZR; Interprovinciale Ziektekostenregeling en RGVP; Regeling Geneeskundige Verzorging Politie.

11. *Hybriditeit van zorgverzekeraars; Zorg voor waarden*, Berenschot, Utrecht, november 1998.

12. *Vermogensvorming bij instellingen op afstand van het Rijk*, De Algemene Rekenkamer, 's-Gravenhage, maart 2000.

In de loop der tijd is deze inspanningsverplichting vertaald in een breed scala aan wet- en regelgeving op het terrein van verzekeringen en gezondheidszorg. De sociale en particuliere verzekeringen bieden bescherming tegen het financiële risico van ziekte en handicap voor vrijwel de hele bevolking. Daardoor heeft iedereen in ons land in de praktijk zonder onoverkomelijke financiële drempels toegang tot gezondheidszorg.

Het bevorderen van de gezondheid en bescherming van consumenten vergt een breed scala aan maatregelen die de individuele keuzevrijheid kunnen beperken. Die maatregelen kunnen elkaar versterken, maar soms ook tegenstrijdig zijn. Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, en uitbreiden van de capaciteit van ziekenhuizen en andere instellingen kan leiden tot een betere gezondheidszorg, maar ook tot hogere kosten.

Uitgaven voor de gezondheidszorg zijn nuttig en nodig als investering in de gezondheid en productiviteit van de beroepsbevolking maar hogere uitgaven voor de zorg vertalen zich in hogere premies (en hogere loonkosten), en botsen met de wens om de loonkosten laag te houden als middel om de Nederlandse internationale concurrentiepositie te versterken en de werkgelegenheid uit te breiden. Sociale verzekeringen en voorzieningen bieden inkomensbescherming, maar zij kunnen ook remmend werken bij de toegang tot de arbeidsmarkt (het vraagstuk van de 'armoedeval': wanneer mensen met een uitkering gaan werken, verliezen zij veelal recht op allerlei subsidies zodat zij er per saldo financieel op achteruit gaan). Deze voorbeelden illustreren de ingewikkelde en soms conflicterende samenhang tussen beleidsdoelstellingen. De sociale verzekeringen voor ziektekosten maken deel uit van een breder geheel aan sociale zekerheid. Daar staat inkomensbescherming voorop, maar er spelen ook andere doelstellingen van fiscaal en macro-economisch beleid.

Het huidige kabinet maakt onderscheid in de financiering van de zorg in drie compartimenten. Deze indeling sluit aan bij een driedeling in de zorg. Het eerste compartiment omvat in principe langdurige, onverzekerbare zorg (ook wel aangeduid als *'care'*), het tweede compartiment acute medische zorg (*'cure'*) en het derde compartiment de zorg die niet tot het eerste en het tweede deel behoort. Het onderscheid in compartimenten is op zich niet relevant voor de vormgeving van de verzekering. Het is evenmin van belang voor de breedte van de dekking. In iedere variant kan het pakket in principe in elke omvang een plaats krijgen. Wel heeft de indeling in verschillende compartimenten gevolgen voor de organisatie en de toegankelijkheid van de zorg. Indien een aanvullende vrijwillige verzekering voor de derde compartimentszorg belangrijke aanspraken bevat, kan dit gevolgen hebben voor de toegang tot de zorg en de mobiliteit van verzekerden.

De werkgroep gaat in dit rapport niet in op de omvang van het in de (wettelijke) verzekering op te nemen pakket van aanspraken of vergoedingen. Wel schenkt de werkgroep aandacht aan de gevolgen van het niet of niet volledig opnemen van aanspraken en vergoedingen voor de keuzevrijheid van verzekerden.

## 1.4 Leeswijzer

Dit rapport schenkt in hoofdstuk 2 aandacht aan de drie te onderscheiden hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten; de particuliere verzekering, de sociale verzekering en een voorzieningssysteem. In hoofdstuk 3 komen varianten van deze hoofdvormen aan de orde. Hoofdstuk 4 noemt de kernelementen die bij de vormgeving van het verzekeringsstelsel van belang zijn uit een oogpunt van het borgen van het publieke belang dan wel het creëren van een volledige vrije markt. In hoofdstuk 5 vindt een afweging plaats van de doelstellingen van het overheidsbeleid in relatie tot de kernelementen die deel uitmaken van dat verzekeringsstelsel. Hoofdstuk 6 tenslotte bevat de conclusies.

## 2 Hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten

Mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap of ziekte hebben medische zorg en andere hulp nodig. Dat brengt veelal zulke hoge kosten met zich dat de meeste mensen deze kosten niet op ieder moment zelf kunnen dragen. Daarom is gezocht naar manieren om het risico van dergelijke kosten te spreiden. Er zijn verschillende manieren om dit te doen. Hierbij zijn drie hoofdrichtingen, die elk verbijzonderingen kennen. Twee van die hoofdrichtingen zijn verzekeringsvormen, de derde is te typeren als een voorzieningensvariant. Die laatste is in enge zin geen verzekeringsvariant en zou derhalve buiten het kader van dit rapport kunnen blijven. Omdat deze variant echter aspecten kent die bij een discussie over verzekeringsvarianten van belang zijn, staat ook deze beschreven. Hieronder volgt een korte schets van de drie genoemde vormen van dekking tegen ziektekosten.

### 2.1 Particuliere verzekeringen

Een particuliere verzekering vloeit voort uit een verbintenis uit overeenkomst tussen twee partijen, waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich verbindt een risico te verzekeren en de andere partij, de verzekerde, gehouden is om premie te betalen. De partijen zijn vrij om te contracteren binnen de grenzen die het Wetboek van Koophandel stelt voor het sluiten van verzekeringsovereenkomsten. Partijen leggen de overeenkomst schriftelijk vast in een polis. Daarin staan afspraken over de dekking van de verzekering, de hoogte van de premie en eventuele andere voorwaarden, zoals het eventuele eigen risico, de premieaanpassing, opzegtermijnen, betaalwijzen en verplichtingen van de verzekerde. Deze verzekeringsvorm heet schadeverzekering: de verzekeraar vergoedt de financiële schade van de verzekerde. De particuliere verzekeraars staan onder toezicht van de Pensioen- en Verzekeringskamer. Dit toezicht is in hoofdzaak gericht op de solvabiliteit van de verzekeraar. Ten behoeve van voldoende solvabiliteit en het kunnen nakomen van de aangegane verplichtingen dienen verzekeraars aanzienlijke reserves aan te houden. Op de particuliere (schade)verzekeringen zijn de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf van toepassing. De Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf hebben een tweeledig doel: het creëren van een 'level playing field' voor de schadeverzekeraars binnen Europa en de bescherming van verzekerden. De eerste en tweede<sup>13</sup> Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf regelen het vrije verkeer van schadeverzekeringen. Zij hebben de uniformering van de financiële bedrijfsvoering van schadeverzekeraars ten doel, en bevatten onder meer

---

13. Richtlijnen van de Raad: 73/329/EEG, 24 juli 1973, PbEG 1973, L 228 en 88/357EEG, 22 juni 1988, PbEG 1988, L 172.

voorschriften over de reservevorming. De derde<sup>14</sup> richtlijn voorziet in harmonisatie en coördinatie van de nationale toezichtsystemen. De twee pijlers van de geliberaliseerde interne Europese verzekeringsmarkt zijn die van 'home-country-control'<sup>15</sup> en 'single licence'<sup>16</sup>. De derde Europese schaderichtlijn vrijwaart verzekeraars van overheidsmaatregelen die een financieel gezonde bedrijfsvoering kunnen belemmeren. Zo is het de overheid verboden in te grijpen in acceptatievoorwaarden, dekking en premiestelling van particuliere verzekeringen. De bepalingen en verboden uit de schaderichtlijnen heeft de Nederlandse wetgever vastgelegd in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993.

Op grond van deze wet is het particuliere verzekeraars verboden andere activiteiten uit te voeren dan waarvoor de Pensioen- en Verzekeringskamer aan die verzekeraar vergunningen heeft afgegeven.

Voor particuliere verzekeraars betekent dit onder meer dat zij geen risicodragend nevenbedrijf mogen voeren.<sup>17</sup>

De derde schaderichtlijn bevat één uitzondering op het verbod om in te grijpen in het acceptatiebeleid van verzekeraars, de dekkingssomvang van de polissen en de daarvoor in rekening te brengen premies. Het verbod geldt namelijk niet voor overeenkomsten tot dekking van risico's die de, door het wettelijk stelsel van sociale verzekering geboden, dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen.<sup>18</sup> De overheid dient dan te voorzien in verevening van de schadelast of pooling. Doet zij dit niet dan kan de verzekeraar met succes een beroep doen op de nietigheid van de hem opgelegde acceptatieplicht gekoppeld aan de (maximum)premie.<sup>19</sup> Voor Nederland heeft vorenbedoelde uitzonderingsbepaling de wetgever de mogelijkheid geboden de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) te handhaven voor personen die voorheen aansluiting konden vinden bij de opgeheven vrijwillige ziekenfondsverzekering.

---

14. Richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG, PbEG 1992, L 228.

15. 'Home country control' betekent dat toezicht op het gehele bedrijf van een verzekeraar in de Europese Gemeenschap in handen is van de toezichthouder van het land waarin de hoofdzetel van die verzekeraar is gevestigd.

16. 'Single licence' betekent in dit kader dat een verzekeraar slechts één vergunning nodig heeft om in de gehele Europese Gemeenschap het verzekeringsbedrijf te mogen uitoefenen.

17. Artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van Richtlijn 73/239/EEG bepaalt dat de verzekeraars "hun doel beperken tot het verzekeringsbedrijf en tot de verrichtingen die daaruit rechtstreeks voortvloeien, met uitsluiting van elke andere handelsactiviteit".

18. Zie overweging 22 tot en met 24 en artikel 54, eerste lid, van de derde schaderichtlijn.

19. Enkele juridische aspecten van risicodragendheid in de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering; Advies van de Landsadvocaat, 16 februari 1998.

## 2.2 Sociale verzekeringen

Een sociale verzekering vloeit niet voort uit een overeenkomst tussen twee partijen, maar uit een sociale verzekeringswet. Voorbeelden zijn de Algemene Ouderdomswet (AOW), de Algemene Nabestaandenwet (ANW), de AWBZ en de ZFW. Bij een sociale verzekering van rechtswege heeft de verzekerde niet de vrijheid zich al dan niet te verzekeren. Hij is van rechtswege verzekerd. De wet bepaalt tevens de rechtsverhouding tussen de verzekeraar en de verzekerde, de verzekeringsaanspraken en de hoogte van de premie. De verzekeraar en verzekerde hebben niet de vrijheid om zelf de inhoud van de verbintenis te bepalen. Het toezicht op de sociale ziektekostenverzekeringen berust bij het College toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU). Voor de uitvoering van de AWBZ en de ZFW verleent het College voor zorgverzekeringen (CVZ) toestemming.

Een verbijzondering is een sociale verzekering die op vrijwillige, privaatrechtelijke basis stoelt. Hierbij hebben partijen wel de vrijheid om tot deze verzekering toe te treden, binnen de kaders die deze wet daarvoor biedt. De verzekering komt eerst tot stand na het sluiten van de daartoe strekkende verzekeringsovereenkomst. Een voorbeeld van een dergelijke verzekering is de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering.

De sociale verzekeringen vallen onder de Europese socialezekerheidsverordening 1408/71.<sup>20</sup> Deze verordening bevat regels om het vrij verkeer van werknemers te vergemakkelijken. De regels voorkomen dat zij hun sociale zekerheidsrechten verliezen als zij zich in Europa verplaatsen. De verordening bepaalt onder meer dat iemand die gaat wonen, verblijven of werken in een andere lidstaat, zijn socialezekerheidsrechten behoudt en gelijke behandeling geniet als onderdanen van die andere lidstaat.

## 2.3 Voorzieningen

Een voorzieningssysteem kent geen verzekeraars. De (centrale) overheid treedt in feite op als centrale financier en draagt de verantwoordelijkheid voor de voorziening. Dit realiseert zij door de inwoners van het land voorzieningen te bieden, waarbij de financiering plaatsvindt uit de algemene middelen. De overheid is verantwoordelijk voor regelgeving en budgettering, en de controle op de uitvoering. Zij hoeft echter niet altijd zelf de goederen of diensten te leveren. In de Nederlandse traditie gebeurt dat veelal door particuliere organisaties of instellingen. Voorbeel-

---

20. Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale-zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (PbEG 1971, L 149). Een gecodificeerde versie is gepubliceerd in PbEG L 28 van 30 januari 1997.

den zijn de sociale woningbouw, het onderwijs, de openbare gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Binnen de Europese Unie bestaan verschillende financieringsvormen van de gezondheidszorg. Net als Nederland hebben Duitsland, België, Ierland, Spanje, Portugal, Italië, Griekenland en Frankrijk een mix van publieke financiering, en (gedeeltelijk) private uitvoering van zorg. Het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Luxemburg en de Scandinavische landen kennen een combinatie van collectieve financiering uit algemene middelen met grotendeels collectief aanbod van voorzieningen. De overheid treedt hier op als financier (uit de algemene middelen) en aanbieder van zorg. Daarbij geldt overigens een wisselende mate van verantwoordelijkheid aan de zijde van de zorgaanbieders. Zelfs binnen het centraal gefinancierde voorzieningenmodel van Engeland hebben de ziekenhuizen en instellingen de afgelopen jaren als 'Trust Fund' een juridisch zelfstandige status gekregen, met meer zelfstandigheid in het management door het invoeren van een scheiding tussen de financiering en het aanbod van zorg.

### 3 Varianten van de hoofdvormen

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de drie hoofdvormen van financiering genoemd in het voorgaande hoofdstuk: particuliere verzekering, sociale verzekering en voorzieningen. In de uitwerking blijkt dat er bij elk van die vormen varianten bestaan. Onderstaande tabel bevat een overzicht van de varianten. Daaronder volgt een korte beschrijving. De indeling is niet geheel dekkend, want sommige vormen kunnen samengaan (bijvoorbeeld de vorm van kapitaaldekking kan zowel in de sociale verzekering als op de particuliere markt voorkomen). De indeling biedt evenmin een volledig overzicht van mogelijke modellen voor de financiering van de zorg want het is waarschijnlijk dat er altijd wel een combinatie zal blijven bestaan waar verschillende vormen van verzekeringen en voorziening naast elkaar voorkomen.

**Tabel 1 Varianten van de hoofdvormen**

Particuliere verzekeringen
a zonder verzekeringplicht
b met verzekeringplicht
c met acceptatieplicht
d sommenverzekering
Sociale verzekeringen
e bij wet (van rechtswege)
f op privaatrechtelijke basis
g medical savings account, systemen met kapitaaldekking
Voorzieningen
h uit algemene middelen
i uit vrijwillige bijdragen

#### 3.1 Varianten van particuliere verzekeringen

Binnen de particuliere verzekeringen voor ziektekosten bestaan drie hoofdvormen: de vrijwillige verzekering (zonder plicht tot verzekeren of accepteren), de verzekering met verzekeringplicht voor de burger, en de verzekering met acceptatieplicht voor de verzekeraar. In theorie bestaat ook de variant met verzekeringplicht en acceptatieplicht, maar dan is eerder sprake van sociale dan van particuliere verzekering.

##### ***a Vrijwillige verzekering zonder acceptatieplicht***

In hoofdstuk 2 staan de algemene kenmerken van een particuliere verzekering reeds beschreven. Belangrijke kenmerken zijn het vrijwillig karakter en de mogelijkheid

voor verzekeraars om voor bepaalde verzekerden specifieke voorwaarden te stellen. Ook kunnen zij bepaalde risico's uitsluiten van dekking ('brandend huis', of 'pre-existing conditions') of zelfs weigeren iemand als verzekerde aan te nemen. De huidige in Nederland bestaande particuliere ziektekostenverzekeringen, (maatschappijpolissen en de aanvullende verzekeringen voor ziekenfondsverzekerden) voldoen grotendeels aan de kenmerken van deze variant.

#### ***b Vrijwillige verzekering met verzekeringsplicht***

Een bijzondere variant is de particuliere verzekering met verzekeringsplicht voor de burger. Ook hier sluiten twee partijen een overeenkomst waarbij de verzekeraar zich verbindt een risico te verzekeren en de verzekerde gehouden is premie te betalen. Verschil met een vrijwillige particuliere verzekering is dat de partij die een verzekeraar risico loopt, niet de vrijheid heeft zich niet te verzekeren. Een voorbeeld van deze verzekering is de 'Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen'. De bezitter of houder van een motorrijtuig moet verzekerd zijn. Hij kan zelf zijn verzekeraar kiezen, maar die hoeft hem niet te accepteren. Voor de burger kan dit tot gevolg hebben dat hij geen verzekering kan afsluiten.

#### ***c Vrijwillige verzekering met acceptatieplicht***

Een andere variant is een particuliere verzekering met acceptatieplicht voor de verzekeraars. Een particuliere verzekering vloeit voort uit een verbintenis uit overeenkomst tussen twee partijen, waarbij de verzekeraar toezegt een bepaald risico te verzekeren en de verzekerde is gehouden premie te betalen. Bij een verzekering met acceptatieplicht voor de verzekeraar is de verzekeraar wettelijk verplicht op een desbetreffende vraag van de aspirant- verzekerde een verzekeringsovereenkomst te sluiten. Een voorbeeld van deze variant is de verzekering op basis van de WTZ 1998.

#### ***d Sommenverzekering***

Een sommenverzekering is een vorm van schadeverzekering. In geval van ziekte of ongeval hebben verzekerden recht op een bepaalde vergoeding van de gemaakte kosten tot een vooraf bepaald maximumbedrag. Een variant op deze sommenverzekering ontstaat wanneer niet achteraf vergoeding plaatsvindt maar de verzekerde vooraf een bepaald bedrag krijgt toegewezen (bijvoorbeeld in de vorm van een voucher) waarmee hij zelf goederen en diensten kan aanschaffen. Het strikt toepassen van sommenverzekering en/of vouchers betekent in wezen het opbreken van de risicosolidariteit en de inkomenssolidariteit omdat verzekerden geen aanspraak hebben op (in principe ongelimiteerde) zorg, maar slechts op een gelimiteerd geldbedrag.

### **3.2 Varianten van sociale verzekeringen**

#### ***e Sociale verzekering bij wet (van rechtswege)***

De meest bekende vorm van de sociale verzekering is die van rechtswege, bijvoorbeeld de ZFW en de AWBZ. Iedereen die aan de voorwaarden die de wet stelt voldoet, zoals ingezetenschap of werknemerschap, is automatisch verzekerd.

### ***f Sociale verzekering op privaatrechtelijke basis***

Een variant van de verzekering van rechtswege is een sociale verzekering op privaatrechtelijke basis. De verzekering komt hierbij niet tot stand bij wet maar bij privaatrechtelijke overeenkomst. Voorbeeld: de inmiddels opgeheven vrijwillige ziekenfondsverzekering.

### ***g Systemen met kapitaaldekking en medical savings accounts***

Binnen sociale verzekeringen bestaan varianten gebaseerd op vormen van sparen en kapitaaldekking. Bij de pensioenverzekeringen bestaat kapitaaldekking: alle verzekerden betalen tijdens hun werkzame leven (inkomensafhankelijke) premies, en hebben na de pensioengerechtigde leeftijd aanspraak op een pensioenuitkering. Bij de AOW zijn de aanspraken voor iedereen dezelfde. Aanvullende pensioenen variëren naar de hoogte van het inkomen en het aantal jaren dat iemand premie heeft betaald. Voor de kosten van handicap en ziekte bestaat deze verzekeringsvorm niet in ons land. Enkele landen experimenteren met vormen van sparen en kapitaaldekking, bijvoorbeeld Singapore. Alle ingezetenen van Singapore hebben een individuele rekening bij de overheid. Alle werknemers zijn verplicht een percentage van hun inkomen op deze rekening te storten, en de werkgevers dragen ook bij. Voor mensen met lagere inkomens en mensen zonder inkomen, neemt de overheid de premies voor haar rekening. Verzekerden hebben de keuze om de ingelegde bedragen onder centraal beheer te laten dan wel zelf (binnen bepaalde grenzen) de vorm van beleggen te bepalen. Zij kunnen kosten voor gezondheidszorg ten laste van hun eigen rekening brengen. De rekening dient ook als pensioenspaarregeling, en bovendien kunnen mensen een deel van het geld gebruiken voor de aanschaf van een huis. Het systeem kan alleen functioneren dankzij strenge regulering en subsidies van de overheid. Bovendien bestaat een extra vangnet voor zeer dure ziektegevallen. Zo combineert Singapore elementen van sociale verzekering met individueel sparen en beleggen.

## **3.3 Varianten van voorzieningen**

### ***h Voorzieningen betaald uit algemene middelen***

Dit is de meest voorkomende vorm van voorzieningen. Voorbeelden in Nederland zijn de sociale woningbouw, onderwijs en delen van de gezondheidszorg zoals de openbare gezondheidszorg en jeugdzorg. Hoewel de financiering collectief is, kan de feitelijke dienstverlening in handen liggen van particuliere organisaties en instellingen. De Nederlandse gezondheidszorg heeft net als de sociale woningbouw en onderwijs, een lange traditie van dienstverlening door particuliere organisaties en bedrijfsleven.

### ***i Voorzieningen betaald uit vrijwillige bijdragen,***

Deze variant onderscheidt zich van de voornoemde door het karakter van vrijwillige betaling, al dan niet met fiscale steun (belastingaftrek). Sinds de invoering van de AWBZ in 1968 is het grootste deel van de gezondheidszorg en verwante maatschap-

pelijke dienstverlening onder collectieve financiering gebracht. Toch bestaan er ook nog vormen van vrijwillige financiering, al dan niet met fiscale steun (belastingaftrek). Voorbeelden zijn de (in ons land omvangrijke) mantelzorg, de activiteiten van kerken en andere liefdadige organisaties zoals de Bill Gates Foundation of de Hartstichting.

## 4 Kernelementen van de verzekering

De werkgroep heeft een aantal kernelementen van de financiering van de zorg in beschouwing genomen dat in de discussie over het toekomstige stelsel een belangrijke rol vervult. Het is niet goed mogelijk op voorhand een weging te maken van het belang van die elementen, en soms bestaat een zekere strijdigheid. Zo kan het vergroten van de individuele keuzevrijheid de tevredenheid van de burger en de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg ten goede komen maar tegelijkertijd de solidariteit aantasten indien alleen vermogende mensen werkelijk kunnen kiezen. Een ander belangrijk punt is het feit dat de elementen wel wijzen op uitgangsprincipes, maar weinig houvast bieden voor het vertalen van die principes in de praktijk. De kernelementen die de werkgroep van belang acht voor de beoordeling van het verzekeringsstelsel zijn:

Tabel 2 Kernelementen van de verzekering

1	Toegankelijkheid
a	<i>acceptatieplicht voor de verzekeraar</i>
b	<i>verzekeringsplicht voor de burger</i>
c	<i>toegang tot de zorg/zorgplicht</i>
2	Solidariteit
a	<i>aan de premiekant</i>
b	<i>aan de aansprakenkant</i>
3	Keuzevrijheid voor de verzekerde
a	<i>keuze verzekeraar en dekking (polis)</i>
b	<i>collectief of individueel</i>
c	<i>zorg in natura of restitutie</i>
d	<i>vrijwillig eigen risico</i>
4	Zorg- en prijsbeheersing
5	Risicodragende uitvoering door verzekeraars
6	Consumententevredenheid

### 4.1 Toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid tot de zorg en solidariteit zijn nauw met elkaar verbonden. Bij de toegankelijkheid tot ziektekostenverzekering zijn drie punten van belang: de acceptatieplicht, de verzekeringsplicht en de toegang tot de zorg voor de verzekerde c.q. de zorgplicht van de verzekeraar.

### 4.1.1 Acceptatieplicht

Een belangrijk aspect van de financiële toegankelijkheid tot zorg is de vraag of alle verzekerden toegang hebben tot ziektekostenverzekeringen. Indien er een wettelijke acceptatieplicht bestaat, moet de zorgverzekeraar<sup>21</sup> elke aspirant-verzekerde (en eventueel diens gezinsleden) zonder onderscheid accepteren voor de verzekering. Een wettelijke acceptatieplicht houdt vanzelfsprekend in dat ook vaststaat voor welke aanspraken of vergoedingen betrokkene verzekerd is. De verzekerde moet de voorwaarden in acht nemen die de wet hem voorschrijft om voor acceptatie in aanmerking te komen. Deze voorwaarden hebben veelal betrekking op de verplichting om zich binnen bepaalde termijn bij een zorgverzekeraar in te schrijven.

Er bestaat onderscheid tussen *externe* en *interne* acceptatieplicht. Externe acceptatieplicht betekent het aannemen van personen die niet elders reeds verzekerd zijn. Interne acceptatieplicht betekent dat zorgverzekeraars ook verzekerden die elders hun verzekering opzeggen, moeten accepteren.

Het opleggen van acceptatieplicht wint uiteraard aan betekenis wanneer de overheid voorwaarden stelt aan de premie voor de verzekering waarvoor de acceptatieplicht geldt. Alleen het opleggen van een acceptatieplicht (voor een bepaald pakket van vergoedingen), zonder tevens voorwaarden te stellen aan de (maximum)premie kan leiden tot onoverkomelijke financiële drempels. Particuliere verzekeraars kunnen door het vragen van hoge premies aan mensen met hoge gezondheidsrisico's de consequenties van de acceptatieplicht ontlopen. Dat brengt met zich dat de overheid een maximum moet stellen aan de premie, dan wel de premie zelf vaststelt. Het gevolg daarvan is dat verzekeraars een voorspelbaar verlies lijden (zij moeten mensen aannemen die naar verwachting hoge schade zullen hebben maar kunnen niet de daarbij behorende premie vaststellen). In dit verband vervult de derde Europese richtlijn inzake het schadeverzekeringsbedrijf een belangrijke rol. Deze richtlijn vrijwaart particuliere verzekeraars van overheidsmaatregelen die een financieel gezonde bedrijfsvoering kunnen belemmeren door een verbod op overheidsingrijpen in het acceptatiebeleid, de dekkingssomvang van de polissen en de daarvoor in rekening te brengen premies. (Zie ook hoofdstuk 2.1)

Wanneer een verzekerde een verzekeringsovereenkomst sluit is hij gehouden tot een tegenprestatie: het betalen van de premie. De verzekeraar kan de premie op verschillende wijzen vaststellen, afhankelijk van de aard van de verzekering. Bij sociale verzekeringen betalen de verzekerden voor het grootste deel door de overheid vastgestelde procentuele premies als een percentage van het (verzekerings)inkomen. Dit impliceert dat de verzekeraar of uitvoeringsinstantie moet beschikken over inkomensgegevens. Daarnaast zijn er in de sociale verzekering nominale premies.

---

21. Met het begrip zorgverzekeraar duiden we de verzameling aan van ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeraar en uitvoeringsorgaan van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

De hoogte van de premie is van belang voor de toegankelijkheid tot zorg. Verschillende aspecten zijn van belang: de mate van premiefinanciering (afhankelijk van de totale kosten, de manier van spreiden en eventuele rijksbijdragen); de vorm: procentueel, nominaal of een combinatie van beide; de omvang van de pooling: voor alle deelnemers ('community rating') of voor afgebakende groepen ('risk rating').

#### **4.1.2 Verzekeringsplicht**

Onder verzekeringsplicht verstaan we de wettelijke plicht van een burger om zich te verzekeren tegen een bepaald risico. Dat is, zoals eerder genoemd, het geval voor mensen met een motorrijtuig: zij moeten een WA-verzekering afsluiten. Verzekeringsplicht komt in het huidige stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen niet voor.

#### **4.1.3 Toegang tot de zorg/zorgplicht**

Toegang tot de zorg is de mogelijkheid, die een zorgbehoevende heeft om daadwerkelijk de benodigde of geïndiceerde zorg te ontvangen. Zorgplicht is de plicht die rust op degene die op basis van de wet of anderszins gehouden is zorg te (laten) verstrekken aan een zorgbehoevende.

## **4.2 Solidariteit in de ziektekostenverzekering**

In de politieke discussie over de toekomst van de financiering en organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg is solidariteit een belangrijk thema. Het collectieve draagvlak van het stelsel van sociale zekerheid en zorg, ook in financiële zin, is altijd beschouwd als een belangrijke waarde van de Nederlandse samenleving. De sociale verzekeringen zijn gebaseerd op risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre men van de een kan verlangen bij te dragen in de kosten van een ander. Solidariteit komt voor aan de *premiekant* en aan de *aansprakenkant*.

#### **4.2.1 Solidariteit aan de premiekant**

Solidariteit aan de premiekant komt in verschillende vorm voor:

- **Kanssolidariteit:** kanssolidariteit is het wezenskenmerk van verzekeren, en komt in elke verzekering voor. Ziektekostenverzekeringen brengen de financiële risico's van een groep verzekerden bijeen en slaan *ex ante* de verwachte kosten van medische zorg hoofdelijk om. Dit leidt *ex post* tot een herverdeling van lasten tussen mensen bij wie het risico zich wel voordoet en personen bij wie het risico zich niet voordoet (ziek/gezond). Naarmate een groep verzekerden heterogener is, neemt de kanssolidariteit toe.
- **Risicosolidariteit:** verzekerden met uiteenlopende ziektekostenrisico's betalen gelijke premies. Dit leidt *ex post* tot herverdeling tussen verzekerden met verschillende risicoprofielen (gezond/ziek, jong/oud). De risicosolidariteit binnen een verzekering is kleiner naarmate meer elementen van risicodifferentiatie zijn toegestaan (en naarmate minder mensen onder de pooling vallen).

- *Inkomenssolidariteit*: ziektekostenpremies naar rato van het inkomen zijn een vorm van inkomenssolidariteit. Verzekerden betalen premie naar draagkracht, ongeacht hun risicokenmerken. De sociale ziektekostenverzekeringen combineren een hoge mate van risicosolidariteit met inkomenssolidariteit tussen hogere en lagere inkomensgroepen door inkomensafhankelijke premies. Er is wel een zekere grens aan die solidariteit, want verzekerden betalen de inkomensafhankelijke premie tot een grens. De mate van inkomenssolidariteit hangt af van verschillende factoren: de wijze van premievaststelling; het al dan niet bestaan van een premiegrens en van een premievrije voet. Hoe hoger de maximumgrens, hoe meer inkomenssolidariteit. Het bestaan van een premievrije voet houdt in dat de verzekerde alleen premie verschuldigd is over zijn inkomen dat het bedrag van de premievrije voet overtreft.

De bovengenoemde vormen van solidariteit spelen zich af *binnen* de verzekering. Het is ook mogelijk solidariteit buiten de verzekering te organiseren, bijvoorbeeld in de vorm van een bijdrage van het Rijk uit de *algemene middelen*. Dit vergroot de inkomenssolidariteit tussen rijk en arm, belastingplichtig en niet-belastingplichtig, tussen verzekerden en niet-verzekerden en tussen mensen met hoge en lage risico's. De rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekering is zo'n vorm van solidariteit. Ook de wettelijk verplichte *omslagbijdrage* bij de WTZ is een vorm van solidariteits-overdracht. Hierbij draagt de ene groep verzekerden bij aan de kosten van een groep verzekerden met hoge gezondheidsrisico's binnen de particuliere ziektekostenverzekering. Een ander voorbeeld zijn de omslagbijdragen uit hoofde van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ). Bij deze regeling dragen alle particulier verzekerden bij aan de kosten van de ziekenfondsverzekerden omdat na het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering in 1986 een onevenredig aantal ouderen naar de ZFW overging.

#### **4.2.2 Solidariteit aan de aansprakenkant**

Solidariteit aan de aansprakenkant heeft betrekking op het feit dat voor iedereen gelijke aanspraken gelden; het verzekerde pakket is voor iedereen gelijk. De omvang van het verzekerde pakket bepaalt de mate van solidariteit aan de aansprakenkant. Daarbij is van belang dat het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen geen onderscheid maakt tussen medische kosten die ontstaan uit beroeps- of bedrijfsuitoefening (*risque professionnel*) en overige medische kosten (*risque social*).

Behalve de hiervoor genoemde vormen van risicospreiding zijn nog de volgende elementen van belang:

- *Eigen betalingen*: bij verschillende verzekeringen moet een verzekerde indien hij gebruikt maakt van bepaalde verstrekkingen, een deel van de kosten voor eigen rekening nemen. Die eigen bijdrage kan bestaan uit een algemeen eigen risico aan de voet ('*franchise*' of '*deductible*'), of een percentage of een vast bedrag bijbetaling bij gebruik van gezondheidszorg. Het eigen risico aan de voet komt veel voor bij particuliere verzekeringen. Het betekent dat een verzekeraar alleen de kosten

vergoedt boven een bepaalde grens. Het bedrag onder die grens betaalt de verzekerde. Ook bestaan voor bepaalde verstrekkingen eigen betalingen in de vorm van vaste bedragen, bijvoorbeeld een vast bedrag per dag dat iemand in een ziekenhuis verblijft ('*copayment*'). In andere gevallen is de eigen bijdrage een percentage van de kosten ('*coinsurance*'). Naarmate de eigen bijdrage hoger is, dalen zowel de risicosolidariteit als inkomenssolidariteit (omdat mensen met lagere inkomens in het algemeen meer zorg gebruiken dan hogere inkomensgroepen). In sommige gevallen bestaat er een bovengrens aan het jaarlijkse totale bedrag dat een verzekerde aan eigen bijdragen moet betalen, of een limiet per verstrekking.

- *Nominale premies*: particuliere verzekeringen kennen in het algemeen nominale premies. De meeste sociale verzekeringen hebben inkomensafhankelijke premies, maar er zijn er ook met een mengvorm van procentuele en nominale premies, bijvoorbeeld de huidige ZFW of met een volledige nominale premie zoals de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering. De inkomenssolidariteit is lager naarmate het aandeel van de nominale premie hoger is.
- *Collectieve (particuliere) ziektekostenregelingen*. In veel gevallen kunnen werknemers deelnemen aan collectieve ziektekostenregelingen georganiseerd door de werkgever. Binnen deze groep ontstaat zo een vorm van solidariteit. Dat kan ten koste gaan van de solidariteit met particulier verzekerden met individuele polissen.
- *Verevening tussen verzekeraars*. Bij een wettelijk geregelde acceptatieplicht (en verbod op premiedifferentiatie) kan een scheve verdeling van gezondheidsrisico's over de verzekeraars ontstaan. Om onredelijke verschillen in bedrijfsresultaten te voorkomen, kunnen verzekeraars onderling afspraken maken over het poolen van risico's die samenhangen met de risicokenmerken van hun verzekerden. Ook kunnen verzekeraars (een deel van) het risico onderbrengen bij een herverzekeraar.

### 4.3 Keuzemogelijkheden voor de verzekerde van verzekeraar en polis

In de gezondheidszorg komt de consument in verschillende hoedanigheden voor. Hij is consument als hij besluit een beroep te doen op medische zorg. Hij is eveneens consument als hij voor de keuze staat zich al dan niet voor bepaalde risico's te verzekeren, een zorgverzekeraar en gewenste polis uit te zoeken. Doet hij een beroep op zorg, dan heeft hij veelal een vrije artskeuze. Dit is een belangrijk recht van de consument in de Nederlandse gezondheidszorg. Wanneer het gaat om de keuze voor de verzekering, is de autonomie van de consument als aspirant-verzekerde al minder. Hij kan niet besluiten zich maar niet te verzekeren voor AWBZ of ZFW.

#### *De objecten van keuze*

De keuzevrijheid van de verzekerde betreft:

- a de keuze van zorgverzekeraar; de omvang van de dekking;
- b collectieve of individuele verzekering;

- c de keuze tussen natura en restitutie;
- d een vrijwillig eigen risico.

De volgorde van genoemde keuzemogelijkheden impliceert niet een rangorde of autonomie van elk van deze factoren. In werkelijkheid is er een grote samenhang. Ook andere factoren als de bereikbaarheid van de zorgverzekeraar, de mate van dienstverlening en het kunnen sluiten van ook andere verzekeringen dan alleen de ziektekostenverzekering, spelen een rol bij de keuze van de verzekeraar. Verder kan de verzekerde al dan niet een assurantietussenpersoon inschakelen.

#### **4.3.1 Keuze verzekeraar en dekking**

Bij de keuze van zorgverzekeraar speelt in het huidige stelsel van verzekeringen een belangrijke rol dat naast elkaar bestaan, in aanvulling op de algemene volksverzekering de AWBZ, de verplichte ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Ondanks het feit dat ziekenfondsen en particuliere verzekeraars steeds meer samenwerken binnen financiële conglomeraten, blijven de feitelijke keuzemogelijkheden van de aspirant-verzekerden in eerste instantie beperkt binnen de bestaande verzekeringsvormen. Iemand die onder de ZFW valt, is aangewezen op de ziekenfondsverzekering; hetzelfde geldt bij ambtenaren in dienst van lagere overheden voor de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Voor deze verplichte verzekeringen heeft de verzekerde geen keuze in de verzekerde dekking.

Het kan voor de dekkingsmogelijkheden van de burger veel uitmaken of het gaat om een eerste toegang tot de verzekering of om veranderen van verzekeraar of polis. Zowel het bestaan van een wettelijke acceptatieplicht, als de geldende gedragsregels en het feitelijke acceptatiebeleid van de verzekeraar beperken de keuzemogelijkheden van de verzekerde. Er zijn dus zowel wettelijke bepalingen als regels in het verkeer tussen de verzekeraar en de verzekerde die de volledige keuzevrijheid van de verzekerde beïnvloeden.

De keuze voor de zorgverzekeraar hangt af van de geboden verzekeringsproducten en de premie maar ook van de wijze waarop de zorgverzekeraar betrokken is bij de zorgverlening door instellingen en andere aanbieders van zorg. Zorgverzekeraars hadden tot voor kort beperkte mogelijkheden zich door goede zorginkoop van elkaar te onderscheiden maar daar is de afgelopen jaren verandering in gekomen. Ziekenfondsen hoeven niet langer contracten af te sluiten met alle zelfstandige beroepsbeoefenaren; de fondsen en de particuliere verzekeraars hebben enige ruimte om de onderhandelen over de hoogte van de prijzen en tarieven. Zij mogen sinds 1999 apotheken in eigendom en beheer nemen. De uitvoerders van de AWBZ mogen reeds een deel van hun budget te besteden aan 'nieuwe' zorgvormen en bovendien is in de AWBZ de persoonsgebonden financiering mogelijk met persoonsgebonden budgetten in de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg. Sinds het afschaffen van de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen kunnen

verzekerden zich nu aansluiten bij een fonds naar eigen keuze. De fondsen concurreren met elkaar om de gunst van de verzekerden.

Particuliere verzekeraars voeren een acceptatiebeleid; verzekeraar stellen zelf de voorwaarden en premies voor de verzekering zelf vast, en kunnen bepaalde vergoedingen uitsluiten of zelfs de verzekering weigeren. De voorwaarden van de particuliere ziektekostenverzekering zijn dus van grote betekenis bij de keuze van de verzekeraar. Dat geldt ook indien iemand van verzekeraar wil veranderen. Alle polissen bevatten regels over het beëindigen van de verzekering. In lang niet alle gevallen is sprake van jaarcontracten maar geldt een langere opzegtermijn. De meeste polissen bieden overigens wel de mogelijkheid de verzekering te beëindigen in geval de verzekeraar de premie voor de verzekering wijzigt. De zorgverzekeraars realiseren zich dat zij steeds meer te maken hebben met een mondige consument. Particuliere en sociale verzekeraars zijn meer klantgericht geworden;

#### **4.3.2 Collectief – individueel**

Vooraf voor werknemers bestaat de mogelijkheid deel te nemen in zogenoemde collectieve ziektekostenregelingen. Dit betreft veelal een contract tussen de werkgever en een ziektekostenverzekeraar dat de werknemers de mogelijkheid biedt zich tegen een aantrekkelijke premie tegen ziektekosten te verzekeren. Een collectief contract betekent dat alle werknemers die daarvoor in aanmerking komen verplicht zijn deel te nemen in de collectiviteit. In de praktijk echter komt het begunstigingscontract veel vaker voor. De werknemer kan dan kiezen of hij wel of niet gebruik maakt van de door de werkgever aangeboden mogelijkheid voor ziektekostenverzekering bij de verzekeraar met wie hij een contract heeft gesloten. Veelal koppelt de werkgever de tegemoetkoming in de premie voor de ziektekostenverzekering voor de werknemer aan de deelname in het collectief contract of de begunstigingsovereenkomst. Collectieve contracten (maar ook begunstigingscontracten ingeval de werkgever de tegemoetkoming in de premie koppelt aan de deelname in het begunstigingscontract) beïnvloeden de keuzevrijheid van de verzekerde. Daar staat tegenover dat de premie meestal lager is of de voorwaarden gunstiger zijn dan bij individueel afgesloten polissen. Een ander aspect dat de aandacht verdient bij collectieve contracten is de negatieve invloed op de arbeidsmobiliteit, zeker voor werknemers (of hun gezinsleden) die met een slechtere gezondheid kampen.<sup>22</sup> De mensen kunnen belemmeringen ondervinden bij het veranderen van werkkring wanneer zij bij nieuwe werkgever niet in een collectief contract kunnen worden opgenomen en bij het

---

22. De Stichting van de Arbeid heeft de relatie tussen collectieve contracten en arbeidsmobiliteit onderkend en daarvoor met Zorgverzekeraars Nederland naar een oplossing gezocht. Deze is gevonden in een aantal afspraken over de acceptatie van verzekerden bij beëindiging van de deelname in een collectiviteit. Deze afspraken zijn vastgelegd in een Convenant dat gesloten is tussen de Stichting van de Arbeid en Zorgverzekeraars Nederland.

zoeken van een individuele verzekering geconfronteerd worden met risicoselectie door de particuliere verzekeraars.

Werknemers die zich niet willen aansluiten bij een collectieve ziektekostenregeling van de werkgever zijn aangewezen op een individuele verzekering.

#### **4.3.3 Natura – restitutie**

De derde keuze – althans voorzover er te kiezen valt – is die tussen een verzekering met verstrekkingen in natura en het restitutiesysteem. In het naturastelsel heeft de verzekerde recht op de te verlenen zorg. Hij betaalt eventuele eigen bijdragen aan de verzekeraar. De Nederlandse sociale verzekeringen kennen het naturastelsel als hoofdregel. In dit stelsel heeft de verzekerde jegens de verzekeraar een wettelijke aanspraak op de eveneens bij wet geregelde vormen van zorg. De verzekeraar vergoedt de kosten van de verleende zorg aan de zorgverlener.

In geval van restitutie vergoedt de verzekeraar de door de verzekerde gedeclareerde uitgaven, na aftrek van een eventueel eigen risico. Ook particuliere verzekeringen kunnen voorzien in prestaties in natura zoals voorkomt bij uitvaartverzekeringen. Een variant op het restitutiestelsel is dat de ziektekostenverzekeraar de gemaakte ziektekosten rechtstreeks aan de hulpverlener voldoet, zoals bij de kosten van ziekenhuisopname algemeen gebruikelijk is. Ook dan is de patiënt aansprakelijk voor de betaling van de kosten, maar de verzekeraar kwijt hem doordat de verzekeraar de schuld aan de hulpverlener voldoet.<sup>23</sup>

#### **4.3.4 De keuze voor een eigen risico**

Een *eigen risico* is een vast bedrag of percentage van de verzekerde som, dat de verzekerde zelf (van iedere schade) draagt. Men spreekt ook van een eigen risico wanneer de verzekerde hetzij uit eigen wil (*vrijwillig eigen risico*), hetzij omdat de verzekeraar dit als voorwaarde stelt (*verplicht eigen risico*), een gedeelte van zijn belang onverzekerd laat. Veelal stelt de verzekeraar een maximum aan de hoogte van een eigen risico wanneer het eigen risico een percentage bedraagt van de schade. Voor het overige impliceert een eigen risico een nominaal bedrag. Een eigen risico heeft veelal betrekking op de periode van een jaar; bijvoorbeeld een maximum van f 500,- voor de kosten die een verzekerde in jaar x maakt.

Naar de aard van het eigen risico bestaat in de zorgverzekering nog onderscheid tussen een specifiek eigen risico en een algemeen eigen risico aan de voet. Bij een *specifiek eigen risico* heeft in de ziektekostenverzekering het eigen risico slechts betrekking op een deel van de dekking.

Bij een *algemeen eigen risico (aan de voet)* geldt een bepaald bedrag als verzekeringsvrije voet. Alle kosten boven dit bedrag komen ten laste van de verzekering. Daarbij maakt het niet uit aan welke uitgaven het eigen risico is opgegaan. Vanwege de werking van een eigen risico komt dit alleen voor in een restitutiesysteem.

---

23. Artikelen 6:30, lid 1, en 7:461 Burgerlijk Wetboek.

Een *eigen bijdrage* is een bedrag per periode of per gebeurtenis (consult of verstrekking) dat de verzekerde zelf betaalt alvorens het recht op de verstrekking ingaat, bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor hulpmiddelen, maar ook de eigen bijdrage binnen het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS).

De eigen betalingen voor medische zorg kennen verschillende motieven:

- het *medefinancieringsmotief*: de rechtstreekse betaling door de patiënt vervangt een deel van de collectieve uitgaven;
- het *doelmatigheidsmotief* valt uiteen in een tweetal specifieke motieven:
  - het *consumptieremmend motief*: hier is de veronderstelling dat eigen betalingen het gebruik aan medische voorzieningen afremmen. In België spreekt men van 'remgeld';
  - het *substitutiemotief*: wanneer patiënten wel voor de ene vorm, en niet (of minder) voor een andere vorm van zorg hoeft bij te betalen, valt te verwachten dat hij veelal gebruik te maken van de goedkoopst mogelijke voorziening. Een voorbeeld van een dergelijke vorm van eigen betalingen biedt het GVS;
- het *therapeutisch motief*: hier heeft de eigen betaling juist als doel het regelmatig gebruik van een voorziening te bevorderen. Een voorbeeld van een dergelijke eigen betaling is de hogere betaling voor tandartszorg wanneer de verzekerde zijn halfjaarlijkse controle heeft overgeslagen;
- het *besparingsmotief*: mensen die langer verblijven in een instelling, besparen op uitgaven voor wonen en levensonderhoud thuis. De AWBZ kent daarom eigen bijdragen voor de bewoners van AWBZ-instellingen.

Soms lopen motieven dooreen. Er bestaat veel onduidelijkheid over de feitelijke effecten van eigen bijdragen. Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat er wel een remmende werking uitgaat van eigen bijdragen maar dat die werking sterker is voor mensen met lagere inkomens dan voor meer vermogende verzekerden. De meeste OESO-landen hebben dan ook een zekere bovengrens gesteld aan het totaal van eigen betalingen in de zorg om de toegankelijkheid niet in gevaar te brengen. Een bezwaar dat ook wel naar voren gebracht wordt is dat eigen bijdragen leiden tot onverantwoord uitstel van het inroepen van medische zorg waardoor hogere medische kosten ontstaan dan het geval was geweest bij onmiddellijk ingrijpen.

#### 4.4 Zorg- en prijsbeheersing

Een aspect dat doorgaans van belang is voor de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg is de mogelijkheid voor de overheid om regels te stellen voor de prijzen en het volume van het zorgaanbod.

Nederland neemt in dit opzicht thans een afwijkende positie in ten opzichte van de overige lidstaten van de EU. Elders in Europa beperken de overheden kostenbeheersende maatregelen tot het collectief gefinancierde deel van de zorg. Zij onthouden zich van voorschriften voor het privaat gefinancierde aanbod van zorg en de prijsstelling daarvan. Die benadering lijkt steun te vinden in de recente rechtspraak

van het Europese Hof van Justitie<sup>24</sup> en is ook terug te vinden in het advies dat de Raad van State uitbracht over het ontwerp Wet exploitatie zorginstellingen. Overheidsvoorschriften lijken overigens wel mogelijk te zijn daar waar de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid of de medische deskundigheid op het nationale grondgebied gevaar loopt.<sup>25</sup> In het ontwerp-Verdrag van Nice<sup>26</sup> is uitdrukkelijk bepaald dat de lidstaten van de EU beperkende maatregelen mogen stellen wanneer het gemeenschapsbeginsel van het vrij verkeer aanmerkelijke gevolgen zou kunnen hebben voor het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel. Bij inbedding van een zorgverzekering in een particuliere uitvoering zet de overheid de kaarten van de macrokostenbeheersing volledig op het vrije marktspel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij een sociale verzekering of een voorzieningensysteem kan de overheid daarnaast ondersteunende voorschriften inzetten.

#### 4.5 Risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars

Een aspect dat een bijdrage kan leveren aan de kostenbeheersing in de zorg is een doelmatige uitvoering van de ziektekostenverzekering. Een belangrijke mogelijkheid ter bevordering van een zo doelmatig mogelijk zorgstelsel is risicodragende uitvoering van de zorgverzekering door de zorgverzekeraars. De gedachte hierachter is dat een zorgverzekeraar die zijn eigen belang nastreeft door kosten zo veel mogelijk te beperken, daarmee tevens het zorgstelsel als geheel van dienst is. Van belang hierbij is dat de uitvoeringsorganen van die zorgverzekeringen worden geprikkeld tot handelen, dat in relatie tot het zorgstelsel als geheel zo doelmatig mogelijk is. De belangen van de afzonderlijke zorgverzekeraar lopen echter niet altijd parallel met de belangen van het zorgstelsel als geheel. Een voorbeeld is het volgende. Het verhalen van kosten door een zorgverzekeraar op degene die bij een verzekerde ziektekosten veroorzaakt is gunstig voor de kosten van het zorgstelsel als geheel maar ongunstig voor de kosten van de zorgverzekeraar wanneer hij de opbrengst van dit verhaal moet afdragen aan een algemene kas, terwijl de administratieve lasten voor het verhalen van die kosten op zijn beheersbudget drukken. Met dit belangenaspect moet de wetgever rekening houden wanneer hij een risicodragende uitvoering wil introduceren als element ter bevordering van een zo doelmatig mogelijk zorgstelsel.

Een particuliere ziektekostenverzekeraar is bij de uitvoering van zogeheten maatschappijpolissen risicodragend. De kosten die de verzekeraar maakt op die polissen dienen lager te zijn dan de premieopbrengsten voor die polissen. Als de kosten hoger zijn dan de opbrengsten gaat de verzekeraar failliet.

---

24. De arresten Decker en Kohll, C-120/95, Jur. I-1831 en C-158/96, Jur. I-1931.

25. Zie het de VWS-achtergrondstudie *Grenze(n)loze zorg*, hoofdstuk 3.4. Ministerie van VWS, Den Haag september 2000.

26. Artikel 137, lid 4, van de voorlopige tekst van het Verdrag van Nice, opgesteld in december 2000.

In paragraaf 2.1 is al aangegeven dat aan particuliere ziektekostenverzekeraars, die een particuliere verzekering uitvoeren waarbij de overheid voorschriften heeft gesteld voor de acceptatie, de dekkingsomvang of de premiehoogte, geen financieel risico mag worden opgelegd. Een pooling- of vereveningssysteem is hierbij vereist. Van risicodragende uitvoering is dan geen sprake.

In een sociale verzekering kan de overheid wel, bij voorbeeld door middel van een budgetteringssysteem risicodragendheid aan de sociale verzekeraars opleggen. Bij een voorzieningssysteem berust de uitvoering bij de overheid en draagt zij de last. In termen van risico kan in dit verband niet worden gesproken.

#### 4.6 Consumententevredenheid

Voor de burger is van belang dat de verzekering hem binnen redelijke termijn de toegang biedt tot de zorg waarvoor hij zich verzekerd heeft. Ook zal de verzekerde het gevoel willen hebben waar voor zijn geld te krijgen van de zorgverzekeraars. Met alleen het bieden van keuzevrijheid bereikt de overheid dat doel niet. De burger heeft informatie over de gezondheidszorg nodig om een goede afweging te kunnen maken. Een op de vraag gerichte zorgverzekering houdt rekening met de wensen van die burger, inclusief een goede prijs- prestatieverhouding (vare for moei), goed geregeld klachtrecht en een correcte bejegening. De Consumentenbond eist terzake voor de verzekerde.<sup>27</sup>

- 1 *toegang tot de noodzakelijke zorg* voor alle consumenten door middel van een betaalbaar basispakket;
- 2 *vrije keuze* van zorgverzekeraar en zorgaanbieder;
- 3 *helderheid* over de inhoud van de zorgpakketten van zorgverzekeraars en de voorwaarden en premies die daarbij horen en over de kwaliteit van de aanbieders met wie zorgverzekeraars contracten hebben gesloten;
- 4 *maximale levertijd* van de zorg en financiële compensatie als die termijn wordt overschreden;
- 5 *goede en veilige zorg* waar de overheid regels voor opstelt en toezicht op de naleving ervan;
- 6 *overheidstoezicht* op kwaliteit en op eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
- 7 *laagdrempelige klachtenprocedures* via verplichte aansluiting bij onafhankelijke geschillencommissies die bindende uitspraken doen;
- 8 *consumenteninvloed* op landelijk en regionaal niveau om invloed te kunnen uitoefenen op beleid, organisatie en kwaliteit van de zorg(verzekering);
- 9 *gebruik- en klantvriendelijke zorg*, d.w.z. goed bereikbare instellingen, korte wachttijden, klantvriendelijke openingstijden en een respectvolle behandeling;
- 10 *onafhankelijke informatie* over de zorg- en verzekeringsmarkt, maar ook over preventie en gezonde levensstijl.

---

27. "Maak de zorg beter", actieplan van de Consumentenbond, 's-Gravenhage, december 2000.

## 5 De hoofdvarianten gemeten

Dit hoofdstuk legt de hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten naast de kern-elementen die in het voorgaand hoofdstuk staan genoemd. In tabel 3 staan naast elkaar de drie onderscheiden hoofdvormen. Boven elkaar staan de kernelementen die een rol spelen bij de vormgeving van de verzekeringsvariant. De tabel en de toelichting brengen tot uitdrukking wat de Nederlandse overheid ten aanzien van de kernelementen kan regelen, gegeven het bestaande Europeesrechtelijke kader.

**Tabel 3 Wettelijke afdwingbaarheid van kernelementen**

Hoofdvormen/ Kernelementen	Voorziening	Sociale Verzekering	Particuliere Verzekering
1 Toegankelijkheid			
a acceptatieplicht	Ja	Ja	Nee
b verzekeringsplicht	Ja	Ja	Ja
c recht op zorg/zorgplicht	Ja	Ja	Nee
2 Solidariteit			
a aan de premiekant	Ja	Ja	Nee
b aan de aansprakenkant	Ja	Ja	Nee
3 Keuze verzekerde			
• verzekeraar/dekking (polis)	Nee	Ja	Ja
• collectief/individueel	Nee	Ja	Ja
• natura/restitutie	Nee	Ja	Ja
• vrijwillig eigen risico	Nee	Ja	Ja
4 Zorg- en prijsbeheersing	Ja	Ja	Nee
5 Risicodragende uitvoering door verzekeraars	Nee	Ja	Ja
6 Consumententevredenheid	Ja	Ja	Ja

### 5.1 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid heeft zowel betrekking op de toegang tot de verzekering (acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar of verzekeringsplicht voor de verzekerde, betaalbare premie), als op de toegang tot de zorg (omvang van de verzekerde dekking en de fysieke beschikbaarheid van zorgvoorzieningen).

### ***Acceptatieplicht voor de verzekeraar***

In een *voorzieningsstelsel* kan geen sprake zijn van acceptatieplicht; er is immers geen sprake van een verzekering. Afhankelijk van de wijze waarop de overheid het recht op de voorziening vastlegt voor hetzij alle ingezetenen dan wel met name genoemde categorieën van ingezetenen bestaat voor deze personen toegang tot de voorziening.

In de *sociale verzekering* is acceptatieplicht voor de verzekeraar een wezenskenmerk. Doorgaans gaat het opleggen van een acceptatieplicht samen met het vaststellen van de dekking en de premie door de overheid. Omdat de Europese regelgeving zich niet uitstrekt tot de inrichting van de sociale zekerheid van de lidstaten, staat het de landen vrij om bij de sociale ziektekostenverzekering zelf regels te stellen voor acceptatieplicht, de aanspraken en de (maximum)premies en eigen bijdragen van de verzekerde.

Voor de *particuliere verzekering* geldt geen acceptatieplicht. In de praktijk kan het acceptatiebeleid van verzekeraar tot verzekeraar verschillen. Indien de politiek in de particuliere ziektekostenverzekeringen een acceptatieplicht voor de verzekeraar wenst op te nemen dan moet de overheid ingrijpen in de acceptatiebeleid van de verzekeraar. Een dergelijk ingrijpen in de particuliere verzekeringsvoorwaarden is, zoals we hiervoor al gezien hebben, slechts mogelijk wanneer de overheid tevens voorziet in verevening van de schadelast of pooling van de risico's, zodanig dat de verzekeraars bij de uitvoering van de verzekering geen financieel risico lopen. Die constructie leidt per definitie tot een risicoloze uitvoering door particuliere verzekeraars.

### ***Verzekeringsplicht voor de burger***

In een *voorzieningsstelsel* is een verzekeringsplicht voor de burger niet relevant omdat er geen sprake is van verzekeren. Wel geldt vanzelfsprekend de betalingsplicht voor de burger voor de voorzieningen die veelal immers uit algemene middelen worden gefinancierd.

Zowel bij een *sociale verzekering* als bij een *particuliere verzekering* kan de overheid de burger een verzekeringsplicht opleggen. Zoals we hiervoor al hebben gezien kan binnen het kader van een sociale verzekering wel een acceptatieplicht aan verzekeraars worden opgelegd zodat de verzekerde met zijn verzekeringsplicht ergens naar toe kan. Bij een particuliere verzekering kan de overheid slechts onder stringente voorwaarden een acceptatieplicht aan verzekeraars opleggen vanwege de derde Europese schaderichtlijn.

### ***Recht op zorg/zorgplicht***

In een *voorzieningsstelsel* behoort het tot de taak van de overheid de zorgverlening aan zijn burgers zeker te stellen. Dat kan op twee manieren. De ene mogelijkheid is een systeem waarbij overheid de door de burger gemaakte kosten van medische zorg vergoedt. Het bestaan van een zodanig systeem in de praktijk is de werkgroep niet bekend. De andere mogelijkheid is dat de overheid de zorgverlening aan de burger zelf ter hand neemt. In dat geval heeft de burger recht op zorg en heeft

de overheid ten aanzien van de burger een zorgplicht. In beginsel is het mogelijk dat de overheid budgettaire grenzen stelt voor het totaal van de voor de zorg beschikbare middelen. Hierdoor kan het recht op zorg, c.q. de zorgplicht begrensd worden.

Afhankelijk van de keuze die de overheid maakt kan een *sociale verzekering* een recht op zorg van de verzekerde respectievelijk zorgplicht voor de zorgverzekeraar regelen.

In een *particuliere ziektekostenverzekering* kan tussen de verzekeraar en de verzekerde zowel een restitutie-, als een natura-overeenkomst worden gesloten. In het eerste geval heeft de verzekerde geen recht op zorg en de verzekeraar geen zorgplicht. In het tweede geval is er wel sprake van recht op zorg, respectievelijk zorgplicht. Een essentieel verschil met een sociale verzekering is dat de overheid een zodanig natuursysteem niet verplichtend aan de particuliere verzekering kan opleggen. Overheidsbemoeienis met de polisvoorwaarden is namelijk verboden in de derde Europese schaderichtlijn.

## 5.2 Solidariteit

Premiesolidariteit heeft betrekking op de mate waarin de ene burger bijdraagt in de kosten van de andere burger. Solidariteit aan de aansprakenkant heeft betrekking op de mate waarin voor alle verzekerden gelijke aanspraken gelden.

### *Premiesolidariteit*

In een *voorzieningsstelsel* is geen sprake van verzekering, maar draagt de gemeenschap zorg voor de beschikbaarheid van de voorzieningen. Er is dus geen directe relatie tussen de betaling (belasting) en het gebruik van de gezondheidszorg. Er is dan sprake van een onbeperkte financiële solidariteit.

In de *sociale ziektekostenverzekering* is solidariteit een wezenskenmerk. Omdat de overheid de premies vaststelt kan zij bij de premiestelling zowel rekening houden met het risico als met het inkomen van de verzekerde. De premies kunnen nominaal zijn maar ook procentueel. Indien de politiek volledige risicosolidariteit wenst kan zij de premie voor alle verzekerden, ongeacht hun gezondheidsrisico op hetzelfde niveau vaststellen. Wil de politiek op enigerlei wijze rekening houden met equivalentie dan kan de overheid de premie voor de onderscheiden leeftijdscategorieën verschillend vaststellen. Wil de politiek inkomenssolidariteit dan kan de overheid de premie als percentage van het inkomen vaststellen. Er is sprake van premiesolidariteit die beperkt kan worden door de mate waarin de overheid een maximum stelt aan het inkomen waarover premie geheven wordt dan wel de mate waarin de premie in een nominaal bedrag tot uitdrukking wordt gebracht.

In een *particuliere ziektekostenverzekering* betalen verzekerden nominale premies, gebaseerd op het equivalentieprincipe: verzekerden met een hoog gezondheidsrisico betalen hogere premies dan mensen met een laag gezondheidsrisico. Een uitzondering hierop vormen de premies voor medeverzekerde kinderen. Voor hen geldt veelal een beperkte premieheffing (lagere dan de volwassenenpremie en

gemaximeerd voor een aantal kinderen). Dit is een vorm van premiesolidariteit. Inkomenssolidariteit komt bij particuliere ziektekostenverzekeringen niet voor.<sup>28</sup> Indien de politiek in de particuliere ziektekostenverzekering andere vormen van premiesolidariteit dan de bestaande premiesolidariteit vanwege kinderpremies wil introduceren, zal zij zich actief met de premiestelling van de verzekeraars moeten bemoeien. Zoals we hiervoor al gezien hebben stuit dat in beginsel op het verbod van de derde Europese schaderichtlijn tot overheidsingrijpen in de bedrijfsvoering van een verzekeraar.

In zijn advies 'Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen' (december 2000) gaat de SER uit van een algemene verzekering curatieve zorg. In deze algemene verzekering is sprake van tenminste twee polisvormen: de basispolis en de standaardpolis. De standaardpolis omvat het gehele pakket van aanspraken/vergoedingen; de basisverzekering dekt aanzienlijk minder. Voor de standaardpolis heeft de verzekeraar acceptatieplicht, voor de overige polissen niet. Voor de standaardpolis veronderstelt de SER volledige risicosolidariteit. De verzekeraar stelt op basis van het equivalentiebeginsel zelf de premie voor de (standaard)verzekering vast. Voor mensen met een laag gezondheidsrisico zal dit een lage premie zijn; voor mensen met een hoog gezondheidsrisico is dit een hoge premie. Deze risicopremie wordt vermeerderd met de zogenoemde solidariteitsheffing. Dit is het verschil tussen de landelijk gemiddelde risicopremie per leeftijdscategorie en de risicopremie per leeftijdscategorie bij de betreffende verzekeraar. Verzekerden met een laag gezondheidsrisico betalen dan een grotere solidariteitsheffing dan verzekerden met een hoog gezondheidsrisico (voor deze categorie verzekerden kan de solidariteitsheffing zelfs negatief zijn). Door dit systeem van solidariteitsheffingen vindt een aanzienlijke herverdeling van de gelden over de verzekeraars plaats. Het SER-advies bevat geen uitgewerkt voorstel voor een dergelijk systeem van inkomensoverdrachten tussen verzekeraars. Zoals de Raad zijn voorstellen presenteert is de algemene verzekering curatieve zorg een sociale verzekering. De Raad stelt ook dat deze verzekering valt onder de Sociale Verordening 1408/71. Zulks verhoudt zich mogelijk niet met de eveneens door de Raad voorgestelde uitvoering door particuliere, winstbeogende verzekeraars; althans niet zonder meer.

In zijn advies pleit de SER niet voor inkomenssolidariteit binnen de verzekering maar daarbuiten. Door middel van fiscale tegemoetkomingen (aftrek buitengewone lasten, inkomensafhankelijke heffingskortingen) ontvangt de burger een inkomensafhankelijke bijdrage in de kosten van zijn ziektekostenverzekering.

---

28. Voor het binnen de particuliere verzekering organiseren van inkomenssolidariteit zal de verzekeraar over de inkomensgegevens van de verzekerde moeten beschikken. Er zijn premiesystemen denkbaar waarbij de werkgever (w.o. de uitvoeringsorganen van sociale zekerheid) de premies inkomensafhankelijk vaststelt en eventueel int. Dergelijke premiesystemen vergen overigens forse inkomensoverdrachten van en tussen verzekeraars die op dezelfde Europeesrechtelijke bezwaren van het verbod op overheidsingrijpen stuiten als de invoering van de acceptatieplicht.

### ***Solidariteit aan de aansprakenkant***

Solidariteit aan de aansprakenkant vinden we terug in alle wettelijke regelingen voor ziektekosten, dus in de AWBZ, de ZFW, de standaardverzekering van de WTZ, en in de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

In een *voorzieningsstelsel* zijn de aanspraken in principe voor een ieder gelijk. Men kan dus spreken van volledige solidariteit aan de aansprakenkant.

In de *sociale verzekering* liggen de aanspraken van de verzekerden wettelijk vast. Ook hier is dus sprake van solidariteit aan de aansprakenkant. Deze solidariteit kan beperkt worden door de verzekerde de mogelijkheid te bieden voor specifieke aanspraken of ten algemene een vrijwillig eigen risico te nemen. Indien sprake is van verplichte eigen bijdragen of een verplicht eigen risico doet dat geen afbreuk aan de aansprakensolidariteit. De aanspraken zijn in dat geval nog steeds voor alle verzekerden gelijk. De eventuele mogelijkheid die de verzekerde heeft om gebruik te maken van preferred provider arrangementen van de verzekeraar, waarbij de verzekerde zich voor het te gelde maken van zijn aanspraken, alleen kan wenden tot de zorgaanbieders met wie de verzekeraar een dergelijk contract heeft gesloten, beïnvloeden de volledige aansprakensolidariteit niet.

In een *particuliere* verzekering is geen sprake van solidariteit aan de aansprakenkant vanwege de vrijheid van zowel de verzekerde als de verzekeraar om de te verzekeren aanspraken zelf vast te leggen in de polis.

### **5.3 Keuze van de verzekerde**

In een vraaggericht stelsel van ziektekostenverzekeringen is de keuze(vrijheid) van de verzekerde belangrijk. Naarmate de verzekerde meer mogelijkheden heeft voor een afgewogen keuze, en daarvoor ook over de noodzakelijke informatie kan beschikken, neemt per definitie de consumentevredenheid toe. De keuzevrijheid moet echter ook praktisch betekenis hebben voor de verzekerde.

In een *voorzieningsstelsel* is de keuzevrijheid van de burger voor wat betreft de keuze van de uitvoerder vaak beperkt door de regionale binding aan het (gemeentelijke) uitvoeringsorgaan. Van keuzevrijheid is dan geen sprake. De keuze voor collectief of individueel verzekeren speelt niet in een voorzieningensstelsel. Wel kan men zich voorstellen dat bijvoorbeeld gemeentelijke sociale diensten afspraken maken ten behoeve van hun cliënten voor aanspraken op zorg. De mogelijkheid de rechten van de burgers te bieden in natura of restitutie is in een voorzieningensstelsel te realiseren en daarmee de facto ook de keuzemogelijkheid voor de burger. Een voorzieningensstelsel kent een eigen risico in geval de burger voor zijn beroep op de voorziening eerst uit eigen middelen put alvorens een beroep op de uit algemene middelen gefinancierde voorzieningen te doen.

In de *sociale verzekering* is de burger niet beperkt in de keuze van zijn verzekeraar vanwege de bestaande acceptatieplicht bij zowel de eerste toegang als daarna. De burger heeft veelal niet de mogelijkheid de omvang van de dekking zelf te bepalen. De aanspraken van de sociale verzekering zijn immers voor alle verzekerden iden-

tiek. Wel kan de verzekeraar door middel van preferred provider arrangementen de verzekerde de keuze bieden uit de wijze waarop en bij wie hij zijn aanspraken haalt. Indien in de sociale verzekering verschillen pakketten van aanspraken zijn vastgelegd waaruit de verzekerde kan kiezen (zoals de SER voorstelt in zijn advies) dan creëert de wetgever een keuzevrijheid voor de verzekerden ten aanzien van de samenstelling van zijn verzekerde dekking. In de sociale verzekering kunnen zowel restitutie als natura voorkomen, met de keuze voor de verzekerde voor een van beide. Dat kan voor het gehele pakket van aanspraken of voor delen daarvan. In een sociale verzekering kan de verzekerde een vrijwillig eigen risico nemen. Dat biedt de verzekerde de mogelijkheid te kiezen voor een volledige dekking van de aanspraken of voor een dekking voor de aanspraken die het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico overtreffen. Voorwaarde voor het kunnen voeren van een vrijwillig eigen risico in de sociale verzekering is het bestaan van een nominale premie. Tegenover het nemen van een eigen risico verwacht de burger een verlaging van zijn premie. Deze kan verreweg het eenvoudigst worden gerealiseerd wanneer in de sociale verzekering (naast de procentuele premie) sprake is van een nominale premie.

In de *particuliere ziektekostenverzekering* is de keuze voor de verzekeraar, vanwege het ontbreken van een acceptatieplicht, beperkt. Burgers met hoge gezondheidsrisico's kunnen worden geconfronteerd met uitsluitingen, hoge premies of zelfs voor de verzekering geweigerd worden. Is men eenmaal geaccepteerd voor een particuliere verzekering dat kan de verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Deelname aan een collectief contract of een begunstigingscontract is afhankelijk van de aanbieding van een dergelijk contract door de werkgever. De particuliere verzekering kenmerkt zich vooralsnog door restitutie (vergoeding) van gemaakte kosten. Ook particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen preferred provider arrangementen treffen en hun verzekerden dan de zorg in natura laten ontvangen.

#### **5.4 Zorg- en prijsbeheersing**

Hiervoor is al aangegeven dat de andere lidstaten van de EU zich onthouden van voorschriften voor het privaat gefinancierde deel van de zorg en dat deze benadering steun lijkt te vinden in de Europese regelgeving. Ook het ontwerp-Verdrag van Nice beperkt de mogelijkheid van beperkende maatregelen op het vlak van het vrij verkeer tot situaties waarbij dat vrij verkeer aanmerkelijke gevolgen kan hebben voor het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel.

#### **5.5 Risicodragende uitvoering door verzekeraars**

In een *voorzieningsstelsel* vindt op macroniveau de beheersing van de uitgaven plaats door de vaststelling van het jaarlijks beschikbare budget en het op decentraal niveau aan burgers opleggen van heffingen. Daarbij is geen sprake van risicodragende uitvoering. Wel kan op decentraal niveau door middel van budgettering een prikkel tot een doelmatige besteding van de middelen worden ingebouwd.

In een *sociale verzekering* is een risicodragende uitvoering van de verzekering mogelijk door budgettering van de uitgaven voor verstrekkingen, mits de verzekeraar de mogelijkheid heeft de tekorten op zijn budget door middel van nominale premies bij de verzekerden te dekken.

In een *particuliere ziektekostenverzekering* is per definitie sprake van risicodragende uitvoering. De verzekeraar opereert immers voor eigen rekening en risico. Een verzekeraar kan besluiten een deel van zijn risico in herverzekering bij een herverzekeraar te brengen. Een risicodragende uitvoering gekoppeld aan een acceptatieplicht voor de verzekeraar is echter niet mogelijk vanwege het daarvoor noodzakelijke overheidsingrijpen dat stuit op het verbod op overheidsingrijpen als vastgelegd in de derde Europese schaderichtlijn.

## 5.6 Consumententevredenheid

Zowel een *voorzieningssysteem*, de *sociale verzekering* en de *particuliere ziektekostenverzekering* kunnen instrumenten bevatten om de aspecten van consumententevredenheid, zoals beschreven in hoofdstuk 4.6 te faciliteren.

Van belang daarbij is op welke wijze – kwantitatief en kwalitatief – de consument datgene ontvangt, waarvoor hij verzekerd is of waar hij op grond van een voorziening recht heeft. Naarmate de waarborgen hiervoor meer aanwezig zijn en nageleefd worden, zal de consumententevredenheid toenemen.

## 6 Conclusies

De werkgroep komt tot de bevinding dat er bij de keuze van een stelsel tot dekking van ziektekosten veel mogelijk is, zie hoofdstuk V. Algemeen als wenselijk ervaren kernelementen van zo'n stelsel als toegankelijkheid, solidariteit, keuzevrijheid van de verzekerden, risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars en kostenbeheersing blijken in onderscheiden samenstellingen te kunnen worden gecombineerd met de hoofdvormen van verzekering of varianten daarvan. Een sociale verzekering kan bijvoorbeeld zowel privaatrechtelijk van opzet zijn als publiekrechtelijk.

Hieruit mag echter niet de conclusie worden getrokken dat alles mogelijk is. Zo kan de uitvoering van een zorgverzekering door particuliere ziektekostenverzekeraars niet in combinatie met gelijktijdige overheidsregulering terzake van acceptatie, dekkingomvang en premiestelling enerzijds en anderzijds risicodragendheid van de verzekeraars. Nederland is in dit opzicht gebonden aan het recht van de Europese Unie. Een poging om dat recht te veranderen kan worden ondernomen, maar enige realiteitszin lijkt hier wel geboden. Minder gecompliceerd lijkt het een zorgverzekering in te bedden in een socialeverzekeringsmodel, wanneer althans de overheid de toegankelijkheid en de solidariteit aan de premie- en de aansprakenkant voor de burger op enigerlei wijze wil regelen, de burger de keuzemogelijkheid voor de verzekeraar, en bij die verzekeraar de keuze voor al dan niet een vrijwillig eigen risico (en een lagere nominale premie), *preferred provider* arrangementen wil bieden, en een risicodragende uitvoering met het oog op een doelmatige besteding van de middelen wenst.

De verzekeringsvarianten die de werkgroep in kaart heeft gebracht claimen geen van alle exclusiviteit. Dit houdt in dat een bepaalde verzekeringsvariant zich niet per se tot de gehele zorg hoeft uit te strekken of de gehele bevolking hoeft te omvatten. Ook in dit opzicht zijn combinaties mogelijk. Gelijk bouwstenen kunnen onderscheiden varianten naast elkaar of boven elkaar bestaan. Zo kan een particuliere verzekering als aanvullende verzekering figureren bovenop een sociale verzekering die voor de gehele bevolking geldt. Dit model bestaat bijvoorbeeld in Ierland. Ook is het mogelijk om voor de gehele zorgkolom een deel van de bevolking onder te brengen in een sociale verzekering, terwijl het andere deel van de bevolking is aangewezen op een particuliere verzekering. Dat model heeft Duitsland. Nog weer een andere mogelijkheid is het een deel van de zorgkolom aan de gehele bevolking aan te bieden in het kader van een sociale verzekering terwijl de rest van de zorgkolom opgedeeld is in een sociale verzekering voor een deel van de bevolking terwijl het andere deel van de bevolking voor dat deel van de zorgkolom is aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering. Dit model zien wij in Nederland.



# Bijlage

## *Samenstelling departementale Werkgroep verzekeringsvarianten*

mr. A.G. Bloemheuvel	voorzitter
J.G. Breit	secretaris
mw. mr. B.A.E.M. Meulendijks	plv. secretaris
mw. mr. J.P.G. den Ambtman-Verbruggen	lid
drs. C.A. Birkhoff	lid
mr. G.J.A. Hamilton	lid
drs. M.M.C. Koot	lid
mw. prof. dr. K.G.H. Okma	lid
mr. A. Pieters	lid
drs. J.D. Poelert	lid
mr. W.H. van Veen	lid
drs. J. Verduijn	lid
drs. J.J.C. Visser	lid

## **Uitgave**

Ministerie van  
Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## **Postadres**

Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

## **Bezoekadres**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Telefoon 070 - 340 79 11

## **Publieksvoorlichting**

Telefoon 070 - 340 78 90

## **Internetadres**

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

augustus 2001

De publicatie *Varianten gemeten*, opgesteld door een departementale werkgroep van het ministerie van VWS, gaat in op aspecten van verzekeren, de hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten, en kernelementen van een verzekering. De publicatie licht relevante begrippen en varianten voor een breder publiek toe. In die zin vormt de publicatie een toelichting op een aantal kernbegrippen uit de *Nota Vraag aan bod*.

Deze publicatie van het ICER-advies, sluit aan bij de reeks publicaties die het ministerie van VWS heeft uitgebracht rond de herziening van het zorgstelsel. Eerder zijn verschenen in de reeks:

- *Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht (augustus 2001)
- *Vraag aan bod*, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel (augustus 2001)
- *Gezondheid, zorg en stelsel*, AMC/UvA-achtergrondstudie bij *Vraag aan bod* (juli 2001)
- *Met zorg verzekeren*, verslag van de Kurhausconferentie op 9 april 2001 (mei 2001)
- *Het stelsel op de schop?*, verslag van een debatserie in De Balie (februari 2001)
- *Beweging in de zorg*, krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel, achtergrondstudie (september 2000)
- *Grenze(n)loze zorg*, Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal-rechtelijk perspectief, achtergrondstudie (september 2000)
- *Gezondheidszorg in sociaal-economische perspectief*, achtergrondstudie (september 2000)
- *Met zorg veranderen*, verslag van de Kurhausconferentie op 10 april 2000 (mei 2000)

