

# De wetgever moet het doel van de risicoverevening vaststellen

Een bekend doel van risicoverevening op de zorgverzekeringsmarkt is om prikkels tot risicoselectie te verminderen. De relatie tussen risicoverevening en doelmatigheid is echter complex. Het is de vraag of doelmatigheid van zorg ook als doel van risicoverevening moet worden gezien.

## IN HET KORT

- Als doelmatigheid ook een doel is, dan is er een afweging tussen doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie.
- Risicoverevening kan zowel positieve als negatieve effecten hebben op doelmatigheid.
- In de praktijk wordt er alleen rekening gehouden met de negatieve effecten, terwijl positieve effecten zwaarder kunnen wegen.

## WYNAND VAN DE VEN

Emeritus hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

## GERRIT HAMSTRA

Senior consultant bij Equalis

## RICHARD VAN KLEEF

Universitair hoofd-docent aan de EUR

## MIEKE REUSER

Senior onderzoeker bij het RIVM en universitair docent aan de EUR

## PIET STAM

Associate partner bij Equalis en gastonderzoeker aan de Vrije Universiteit

Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor dezelfde premie per zorgpolis. Omdat de voorspelde zorgkosten per verzekerde sterk variëren, van een paar honderd tot meer dan een half miljoen euro per verzekerde per jaar, ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage die is gebaseerd op de voorspelde zorgkosten van die verzekerde. De risicoverevening is in 1993 ingevoerd, en in de loop van de jaren geleidelijk verbeterd.

Hoewel de risicoverevening na dertig jaar sterk is verbeterd, worden verschillende groepen verzekerden nog steeds substantieel over- of ondergecompenseerd. Bijvoorbeeld, op het kwart van de bevolking met de slechtst ervaren gezondheid lijden de zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies van ruim 500 euro per verzekerde per jaar (Van Kleef et al., 2019). Door deze voorspelbare verliezen ontstaan er prikkels tot risicoselectie.

Als verzekeraars en verzekerden op die prikkels inspelen, kan dit leiden tot een vermindering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en tot het niet realiseren van de beoogde risicosolidariteit (Van de Ven et al., 2013a; NZa, 2016).

Elk jaar adviseert de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) de regering over de aanpassingen in de risicoverevening voor het volgende jaar. De WOR heeft ruim zestig leden: vertegenwoordigers van zorgverzeke-

raars, ambtenaren van diverse ministeries, uitvoeringsorganen en onderzoekers. De WOR-adviezen worden meestal overgenomen door de regering, en zijn dus zwaarwegend.

De laatste jaren wordt het goed functioneren van de adviesgroep WOR echter belemmerd door verschillende opvattingen binnen de WOR over het doel van de risicoverevening. Twee jaar geleden heeft KPMG (2020) geïnventariseerd op welke vlakken de risicoverevening volgens betrokkenen nog tekortschiet. Die inventarisatie heeft geleid tot een lange lijst van groepen verzekerden, waarvoor verzekeraars (vermoedelijk) worden onder- of overgecompenseerd. Binnen de adviesgroep WOR bestaat er echter geen consensus over de mate waarin de onder/overcompensaties op specifieke groepen verzekerden moeten worden verevend. Bijvoorbeeld, moeten regionale verschillen in zorgkosten, veroorzaakt door verschillen in aanbod en prijzen, wel of niet worden verevend (Stam et al., 2015; KPMG, 2020)? Volgens sommigen moeten deze wel worden verevend, omdat er anders prikkels tot risicoselectie blijven bestaan. Volgens anderen moet hier niet voor worden verevend, omdat het de taak van zorgverzekeraars is om bij zorginkoop scherp te onderhandelen over de prijs, en om overcapaciteit te verminderen (bijvoorbeeld via selectief contracteren). Het verevenen van de regionale verschillen in aanbod en prijzen, zou deze prikkel tot doelmatige zorginkoop verminderen (Koerhuis et al., 2016).

Dit verschil van opvatting over de afruil tussen risicoselectie en doelmatigheid heeft ertoe geleid dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2020 een project heeft gestart met als doel consensus te bereiken tussen de leden van de adviesgroep WOR over het precieze doel van de risicoverevening. Hoewel er consensus bestaat dat de risicoverevening de prikkels tot risicoselectie moet verminderen, door voorspelbare winsten en verliezen op gezonde en ongezonde verzekerden weg te nemen, is er ondanks intensieve discussies geen consensus bereikt over het antwoord op de vraag of het bevorderen van (technische, dynamische en allocatieve) doelmatigheid ook een doel is van de risicoverevening (Van de Ven, 2021; WOR, 2021a; 2021b; 2021c). Met andere woorden: is het tegengaan van risicoselectie het enige beleidsdoel van de risicoverevening, of zijn er twee beleidsdoelen?

Doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie gaan soms wel maar niet altijd hand in hand, waardoor er lastige afwegingen moeten worden gemaakt. De verschil-



lende formuleringen van het doel van de risicoverevening hebben daarom grote gevolgen voor hoe de risicoverevening is vormgegeven, voor de hoogte van de vereveningsbijdragen en voor het al dan niet bestaan van (prikkel tot) risicoselectie. In dit artikel reiken wij een denkkader aan om uit deze impasse te kunnen komen.

### Nadelen van risicoselectie

Bij onvolledige risicoverevening bestaan er prikkels tot risicoselectie. Zo kan een zorgverzekeraar die de beste zorg voor chronisch zieken contracteert, en daarom door patiëntenverenigingen wordt aangeraden, worden geconfronteerd met een relatief groot aandeel voorspelbaar verlieslatende verzekerden, waardoor hij zijn premie drastisch moet verhogen. Dat heeft nadelen. Uiteindelijk kan de zorgverzekeraar uit de markt worden geprijsd. Zorgverzekeraars met relatief weinig chronisch zieken kunnen daarentegen hun premie verlagen. Onvolledige risicoverevening kan zorgverzekeraars dus ontmoedigen om te investeren in een goede kwaliteit van zorg voor de voorspelbaar verlieslatende verzekerden, wat op den duur kan leiden tot een versraling van de zorg. Ook kunnen selectieactiviteiten leiden tot het niet realiseren van de beoogde risicosolidariteit.

Een ander nadeel is dat risicoselectie voor zorgverzekeraars een effectievere strategie voor schadelastvermindering kan zijn dan het bevorderen van de doelmatigheid van zorg. Dit zou ertoe kunnen leiden dat zorgverzekeraars op korte termijn meer investeren in risicoselectie dan in doelmatige zorginkoop, met als gevolg dat het schaarse zorgaanbod niet optimaal ingezet wordt. Risicoselectie vormt dus een bedreiging voor de kwaliteit en doelmatig-

heid van zorg, en voor het realiseren van de beoogde risicosolidariteit (Van de Ven, 2012).

### Meningen over het doel verschillen

Ondanks deze nadelen van risicoselectie is niet iedereen voorstander van het wegnemen van alle prikkels tot risicoselectie. De meningen lopen sterk uiteen over de vraag of de over- en ondercompensaties moeten worden weggenomen van bepaalde groepen verzekerden.

Een belangrijk discussiepunt betreft de vraag of doelmatigheid – naast het tegengaan van risicoselectie – ook een doel is van de risicoverevening. De verschillende opvattingen over het doel van de risicoverevening komen tot uiting in intensieve discussies binnen de adviesgroep WOR over het wel of niet opnemen in de risicoverevening van controversiële risicofactoren, zoals regionale verschillen (bijvoorbeeld aanbod en prijzen), leefstijl, consumptiegevoeligheid, gezondheidsvaardigheden, keuze vrijwillig eigen risico, migratieachtergrond, ja/nee seizoensarbeider, ja/nee bijstandsgerechtigde, ja/nee wanbetaler, ja/nee dakloos, ja/nee overlijden in jaar van uitkering, en het overstapgedrag (KPMG, 2020).

In recente discussies zijn er binnen de adviesgroep WOR vier formuleringen van het 'doel van de risicoverevening' naar voren gebracht: Doel A tot en met Doel D.

#### Doel A

*Het bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt.* Doel A is rechtstreeks ontleend aan de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet (Tweede

Kamer, 2004, p. 49). Het behalen van Doel A vereist dat alle risicofactoren die verzekeraars niet mogen gebruiken voor premiedifferentiatie, worden meegenomen in de risicoverevening. Doel A staat gelijk aan *'het verwijderen van de voorspelbare over- en ondercompensaties van groepen verzekerden'*, of equivalent: *'het bereiken van een gelijk speelveld voor elke risicosamenstelling van de portefeuille van een zorgverzekeraar'*, of equivalent: *'het wegnemen van de prikkels tot risicoselectie'*. Voorts staat in de Memorie van Toelichting dat voor zover het doel van risicoverevening niet wordt bereikt, risicoverevening wordt aangevuld met compensatiemechanismen (Tweede Kamer, 2004, p. 50–51). Hierbij kan er gedacht worden aan bijvoorbeeld een achterafcompensatie van een percentage van de gerealiseerde kosten voor een verzekerde boven een bepaald bedrag.

### Doel B

*Het bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor de verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt, waarbij geldt dat de 'voorwaarde dat de doelmatigheidsprikkel niet te sterk worden ingeperkt' van gelijk belang is als het bereiken van het doel* (WOR, 2021a, p. 9–10). Doel B is als Doel A, maar met een restrictie. De gedachte achter deze beperking is dat het stimuleren van de doelmatigheid primair een doel is binnen de Zorgverzekeringswet, en dat het daarom belangrijk is dat de risicoverevening de prikkels tot doelmatigheid zo veel mogelijk waarborgt. Het actief aanzetten tot doelmatigheid is niet het doel van de risicoverevening, maar is een overkoepelend doel vanuit de Zorgverzekeringswet.

### Doel C

*Het wegnemen van prikkels voor risicoselectie, het waarborgen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, en het bevorderen van de doelmatigheid* (VWS, 2017, p. 3–4). Doel C is vergelijkbaar met Doel A, maar het doel is uitgebreid met het bevorderen van doelmatigheid. Hoewel zowel bij Doel B als Doel C doelmatigheid van belang is, gaat Doel C een stap verder door, in tegenstelling tot Doel B, het bevorderen van doelmatigheid ook als doel van de risicoverevening op te nemen.

### Doel D

*Het bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt wat betreft objectieve gezondheid; en het voldoende bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor de verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt* (WOR, 2021b, p. 5–7). De achterliggende gedachte bij Doel D is dat er geen verevening mag zijn voor bijvoorbeeld subjectieve gezondheid, kenmerken van de zorgaanbieders, en risicofactoren die door de verzekeraar beïnvloed kunnen worden. De overweging hierbij is dat het op basis van de Zorgverzekeringswet de taak van de zorgverzekeraars is om het zorglandschap te beïnvloeden en om scherpe afspraken met zorgaanbieders te maken (WOR, 2021b, p. 7).

### Geen consensus

Uit de verschillende doelen concluderen wij dat er geen consensus bestaat over het doel van de risicoverevening.

De verschillende formuleringen van het doel van de risicoverevening hebben grote gevolgen voor de vormgeving van de risicoverevening, en voor de hoogte van de vereveningsbijdragen. Afhankelijk van het gekozen doel worden bijvoorbeeld de bovengenoemde controversiële risicofactoren wel of niet in de vereveningsformule opgenomen. Als die risicofactoren niet worden verevend, blijven er prikkels tot risicoselectie bestaan. In dat geval worden ook niet alle effecten van risicoverevening op doelmatigheid bereikt.

### Effecten op doelmatigheid mogelijk wisselend

Over het algemeen wordt er aangenomen dat doelmatigheid een van de uitkomsten van een concurrerende markt is. Voor concurrerende zorgmarkten moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan om tot doelmatigheid en risicosolidariteit te komen (Van de Ven et al., 2013b). Een van deze randvoorwaarden is een systeem van kruis-subsidies – of te wel risicoverevening – dat de prikkels tot risicoselectie wegneemt.

Gegeven het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht, kan een vermindering van de risicoselectieprikkel (door een verbetering van de risicoverevening) tot meer risicosolidariteit leiden, en eveneens tot (fors) meer doelmatigheid, bijvoorbeeld doordat verzekeraars minder gericht zijn op selectieactiviteiten, en meer op doelmatigheid. Ten tweede zouden de verzekeraars meer gericht kunnen zijn op kwaliteitsverbetering, waardoor bij gelijkblijvende kosten de doelmatigheid wordt vergroot. Ten derde geeft de premieconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt de zorgverzekeraars een grotere prikkel tot doelmatigheid, omdat de premies minder door selectie bepaald en meer door doelmatigheid bepaald zijn. Ten vierde wordt de selectiegestuurde productdifferentiatie – bijvoorbeeld de zogenoemde 'tweelingpolissen' (Elferink, 2022) – vermindert, waardoor de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt wordt vergroot, en de consument bij de keuze van zorgpolis een betere prijs-kwaliteitsafweging kan maken. Ten vijfde wordt de kans verminderd dat (efficiënte) verzekeraars uit de markt worden geprijsd als gevolg van selectie. Tot slot verspillen verzekeraars minder middelen aan selectieactiviteiten.

Naast positieve effecten kan risicoverevening ook negatieve effecten hebben op doelmatigheid. Dat is bijvoorbeeld het geval als de risicoverevening (deels) is gebaseerd op informatie over het zorggebruik van verzekerden. Zo bevat de huidige risicoverevening risicofactoren die zijn gebaseerd op historisch zorggebruik (onder andere diagnoses) en historische kosten, waardoor de prikkels tot doelmatigheid van de verzekeraars worden verminderd. Vereveningsbijdragen op basis van deze historische gebruiksfactoren kunnen meer en duurdere behandelingen stimuleren, en zo de prikkel tot preventie en kostenbeheersing verminderen (Kanters et al., 2013; Geruso en McGuire, 2016).

De relatie tussen risicoverevening en doelmatigheid is dus complex. Enerzijds kan een verbetering van de risicoverevening de doelmatigheid vergroten door het verminderen van de prikkels tot risicoselectie, waardoor de 'doelmatigheid als uitkomst van een concurrerende markt' wordt vergroot. Maar aan de andere kant kan een uitbreiding van de risicoverevening met extra risicofactoren gebaseerd op

zorggebruik negatieve effecten hebben op de prikkels tot doelmatigheid, vanwege verminderde prikkels tot kostenbeheersing en preventie (Stam et al., 2015; Koerhuis et al., 2016).

Om het totale netto-effect op de doelmatigheid te kennen, moet er een uitgebreide analyse worden gemaakt van zowel de negatieve als de positieve potentiële effecten. Voor Doel B, C en D is het noodzakelijk om zo'n uitgebreide analyse uit te voeren.

In de praktijk hanteert de adviesgroep WOR bij de beoordeling van mogelijke aanpassingen van de risicoverevening, en bij de advisering aan de regering, een toetsingskader (WOR, 2017). In dit toetsingskader wordt er expliciet gekeken naar de negatieve potentiële effecten van risicoverevening op doelmatigheid, maar niet expliciet naar de positieve potentiële effecten op doelmatigheid.

De positieve effecten van risicoverevening op doelmatigheid kunnen echter groot zijn. Bijvoorbeeld, een verbetering van de risicoverevening kan selectieacties voorkomen die de kwaliteit van zorg verminderen voor ondergecompenseerde verzekerden, zoals chronisch zieken. Bij gelijke kosten is dit een verbetering van de doelmatigheid. In dat geval zouden we zien dat de zorgverzekeraars voor elke chronische aandoening adverteren met: "Kom bij ons, wij hebben de beste zorgaanbieders gecontracteerd die gespecialiseerd zijn in uw ziekte!" Helaas hebben we tot nu toe dergelijke advertenties nog niet gezien. Dit is een hoge prijs voor de samenleving. Het is aannemelijk dat, als chronisch zieken in de afgelopen decennia wel financieel aantrekkelijke klanten voor de zorgverzekeraars zouden zijn geweest, dit de kwaliteit en doelmatigheid van zorg ten goede zou zijn gekomen.

## Wetgever is aan zet

Zolang er geen consensus bestaat over het doel van de risicoverevening, bestaat er ook geen consensus over aanpassing van het WOR-toetsingskader om de jaarlijkse aanpassingen in de risicoverevening te evalueren, en vervolgens advies uit te brengen aan de regering.

Om uit deze impasse te komen moet de wetgever wettelijk eenduidig vastleggen wat het doel is van de risicoverevening op de zorgverzekeringsmarkt: uitsluitend risicoselectie tegengaan (zoals aangegeven in de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet; Tweede Kamer (2004, p. 49)), of daarnaast ook doelmatigheid bevorderen?

Als naast het uitsluiten van risicoselectie ook doelmatigheid een doel wordt heeft het beleidsinstrument risicoverevening twee (soms strijdige) beleidsdoelen. Bijgevolg zullen beide doelen nooit volledig kunnen worden gerealiseerd (Tinbergen, 1952), en zullen er nadelen van risicoselectie blijven bestaan.

Als doelmatigheid geen doel wordt, zal de wetgever echter niet bereid zijn om het doel – tegengaan van risicoselectie – tegen elke prijs te realiseren. De wetgever zal daarom telkens een afweging maken tussen de voor- en nadelen van 'dichter bij het doel komen door aanpassingen in de risicoverevening'.

In beide gevallen is het van belang dat de impact van de risicoverevening op doelmatigheid niet eenduidig is: risicoverevening heeft zowel positieve als negatieve potentiële

effecten op doelmatigheid. In de praktijk wordt er echter niet expliciet rekening gehouden met de positieve potentiële effecten, maar wel met de negatieve potentiële effecten. Door bij de evaluatie van nieuwe vereveningsmodellen ook expliciet rekening te houden met de (niet geringe) positieve potentiële effecten van risicoverevening op doelmatigheid, ontstaat er wellicht consensus over de verbetering van de risicoverevening. Dat hoeft echter nog geen consensus op te leveren over het doel van de risicoverevening. Het ontslaat de wetgever dus niet van de plicht om het doel van de risicoverevening wettelijk eenduidig vast te leggen.

## Literatuur

- Elferink, T. (2022) Zorgverzekeraars houden vast aan goedkopere tweelingpolis. *Algemeen Dagblad*, 10 mei.
- Geruso M. en T.G. McGuire (2016) Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *Journal of Health Economics*, 47(C), 1–19.
- Kanters, T.A., W.B.F. Brouwer, R.C.J.A. van Vliet et al. (2013) A new prevention paradox: The trade-off between reducing incentives for risk selection and increasing the incentives for prevention for health insurers. *Social Science & Medicine*, 76, 150–158.
- Kleef, R.C. van, F. Eijkenaar en R.C.J.A. van Vliet (2019) Selection incentives for health insurers in the presence of sophisticated risk adjustment. *Medical Care Research and Review*, 77(6), 584–595.
- Koerhuis, S., J. Visser, X. Koolman en P. Stam (2016) Betere risicoverevening kan zorgverzekeraars prikkelen tot meer doelmatigheid. *ESB*, 101(4729), 172–175.
- KPMG (2020) *Onderzoek restprobleem risicoverevening fase 1*. KPMG Publicatie, 3 juni. Te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- NZA (2016) *Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt*. Kwalitatief onderzoek Nederlandse Zorgautoriteit, september. Te vinden op [zoek.officielebekendmakingen.nl](http://zoek.officielebekendmakingen.nl).
- Stam, P., J. Visser en R. Goudriaan (2015) Risicoverevening is geen panacee. *ESB*, 100(4720), 624–627.
- Tinbergen, J. (1952) *On the theory of economic policy*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company.
- Tweede Kamer (2004) *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking*, 29763, nr. 3.
- Ven, W. van de (2012) Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg. *ESB*, 97(4637), 358–361.
- Ven, W. van de (2021) Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen. *ESB*, 106(4794), 79–81.
- Ven, W. van de, R. van Kleef en R. van Vliet (2013a) Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar. *ESB*, 98(4673), 714–717.
- Ven, W.P.M.M. van de, K. Beck, F. Buchner et al. (2013b) Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands, and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226–245.
- VWS (2017) *Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet*. Publicatie Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, december.
- WOR (2017) *Concept toetsingskader 2017*. WOR 871, juni. Document verkrijgbaar bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- WOR (2021a) *Doelen en uitgangspunten van de risicoverevening: Een eerste stap naar consensus met de begeleidingscommissie*. Rapport Equalis Strategy & Modeling, 20 mei. WOR 1019 te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- WOR (2021b) *Conceptadvies Restrictio I-B*. juni. Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening, april. WOR 1030a te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- WOR (2021c) *Reactie op het Equalis-rapport 'Doelen en uitgangspunten van de risicoverevening'*. Bijlage bij WOR 1030a, 3 mei. WOR 1030b te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).