

Betere risicoverevening kan zorgverzekeraars prikkelen tot meer doelmatigheid

Zorgverzekeraars worden via de risicoverevening gecompenseerd voor kostenverschillen tussen verzekerden op basis van leeftijd, geslacht en gezondheidskenmerken. Dit onderzoek laat zien dat zorgverzekeraars onbedoeld ook worden gecompenseerd voor verschillen in praktijkvariatie tussen ziekenhuizen. Daardoor worden de prikkels tot doelmatige zorginkoop voor de zorgverzekeraars beperkt.

SILVIA KOERHUIS

Master student aan de Vrije Universiteit Amsterdam (ten tijde van schrijven)

JOHAN VISSER

Senior Consultant bij SiRM

XANDER KOOLMAN

Associate partner bij SiRM, directeur bij het Talma Instituut aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU), universitair hoofddocent aan de VU

PIET STAM

Partner bij SiRM

In de afgelopen jaren is het risicovereveningsmodel (kader 1) uitgebreid en verbeterd. Door het uitbreiden van het risicovereveningsmodel met groepen verzekerden worden de prikkels tot risicoselectie verkleind. Echter, zoals Stam *et al.* (2015) en Van Kleef *et al.* (2015) betogen, kan het toevoegen van groepen ook leiden tot een afname van de prikkels tot doelmatigheid voor zorgverzekeraars. Zo is de afname van prikkels tot doelmatigheid groter naarmate de compensatie voor zorgverzekeraars voor een groter deel bepaald wordt door aanbodfactoren, zoals praktijkvariatie (kader 2). De afname van de prikkels tot doelmatigheid maken echter op dit moment geen expliciet onderdeel uit van het beoordelingskader dat gehanteerd wordt voor de beoordeling van verbeteringen in het risicovereveningsmodel (WOR 760).

Wanneer verzekeraars – onbedoeld – gecompenseerd worden voor praktijkvariatie, neemt de prikkel tot verbetering van de doelmatigheid van de zorg voor zorgverzekeraars af. Immers, zolang zij gecompenseerd worden voor een kenmerk waarmee doelmatigheidsverschillen (geheel of gedeeltelijk) samenvallen, is de potentiële doelmatigheidswinst van hun handelen beperkt. Het verbeteren van de doelmatigheid leidt weliswaar tot een verlaging van de kosten, maar tegelijkertijd tot een verlaging van de compensatie.

Voor zover kostenverschillen tussen verzekerden door doelmatigheidsverschillen tussen zorgaanbieders worden veroorzaakt, moet compensatie via de risicoverevening voorkomen worden. In deze studie onderzoeken we in welke mate zorgverzekeraars via de risicoverevening onbedoeld gecompenseerd worden voor doelmatigheidsverschillen.

DOELMATIGHEIDSVerschillen

In dit onderzoek meten we doelmatigheidsverschillen door middel van een indicator voor praktijkvariatie. Om deze indicator vast te stellen zijn alle verzekerden ingedeeld bij de verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen. De declaratiebestanden van Vektis vormen de basis voor de indicator voor praktijkvariatie. Iedere verzekerde is op basis van de ziekenhuisbezoeken van verzekerden met dezelfde leeftijd, geslacht en afkomstig uit dezelfde driecijferige postcode ingedeeld bij een verzorgingsgebied van een ziekenhuis.

Het kenmerk ‘verzorgingsgebied’ is vervolgens toegevoegd aan het risicovereveningsmodel 2015. In dit risicovereveningsmodel verklaren we verschillen in kosten aan de hand van kenmerken van verzekerden. Het toevoegen van de verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen aan het risicovereveningsmodel geeft daarmee de relatie tussen de hoogte van de kosten en het verzorgingsgebied, gecorrigeerd voor de andere vereveningskenmerken. Daarmee vormt de indicator een maat voor praktijkvariatie op het niveau van een ziekenhuis.

De gehanteerde indicator geeft een eerste aanzet voor een indicator voor praktijkvariatie. De indicator kent een aantal beperkingen, waardoor niet alle verschillen in doelmatigheid in deze indicator vervat zijn. Allereerst betreft het een indicator voor praktijkvariatie op het niveau van een ziekenhuis, waardoor praktijkvariatie tussen aandoeeningen mogelijk onvoldoende tot uiting komt. Ten tweede vindt de correctie voor de verschillen in populatie plaats op basis van de vereveningskenmerken. De vereveningskenmerken zijn niet primair bedoeld om te corrigeren voor

populatiesamenstelling bij het berekenen van een indicator voor praktijkvariatie. De resultaten geven een ondergrens van de bijdrage van praktijkvariatie aan de compensaties voor zorgverzekeraars in de risicoverevening.

VORMGEVING RISICOVEREVENINGSMODEL

In het huidige risicovereveningsmodel zijn alleen kenmerken opgenomen waarvoor de zorgverzekeraars gecompenseerd dienen te worden, zijnde leeftijd, geslacht en gezondheidskenmerken. Schokkaert *et al.* (2006) geven aan dat zorgverzekeraars hierdoor mogelijk ook gecompenseerd worden voor andere factoren. Dit is het geval als er een correlatie bestaat tussen de vereveningskenmerken waarvoor zorgverzekeraars wel gecompenseerd worden in het risicovereveningsmodel en risicofactoren waarvoor ze niet gecompenseerd moeten worden.

Om te voorkomen dat verzekeraars onbedoeld toch gecompenseerd worden voor de risicofactoren moeten de compensaties in twee analysestappen bepaald worden. De eerste stap is het schatten van het model met de huidige vereveningskenmerken in combinatie met de risicofactoren; in deze studie is dat de indicator voor praktijkvariatie. Dit levert het zogenoemde verklaringsmodel op. In de tweede

stap stellen we de hoogte van de compensatie voor verzekeraars vast op basis van de individuele vereveningskenmerken van verzekerden en een gemiddelde compensatie voor de risicofactoren die voor alle verzekerden gelijk is. Dit vormt het zogenaamde compensatiemodel (figuur 1). Bij het vaststellen van de compensatie voor verzekeraars vervangen we derhalve in ons model de normbedragen voor de verzorgingsgebieden door de gemiddelde compensatie voor alle verzorgingsgebieden gezamenlijk.

De verandering in de verevenende werking ten opzichte van het huidige risicovereveningsmodel geeft de invloed van praktijkvariatie voor de zorgverzekeraars weer. In het beoordelingskader is de verevenende werking van een risicovereveningsmodel gedefinieerd als de mate waarin de compensaties aansluiten op de werkelijke kosten

PRAKTIJKVARIATIE BEÏNVOEDT HET MODEL

Het resultaat van de schatting van het risicovereveningsmodel met zowel de vereveningskenmerken als de risicofactoren geeft inzicht in de mate waarin praktijkvariatie de kostenverschillen tussen verzekerden voorspelt. De bandbreedte van de normbedragen van de verzorgingsgebieden geeft inzicht in de invloed die praktijkvariatie heeft op het model. Figuur 2 geeft de normbedragen voor de verzorgingsgebieden van ziekenhuizen weer. Het totale bereik van de normbedragen komt uit op 439 euro. Dit betekent dat de gemiddelde zorgkosten van verzekerden kunnen met 439 euro verschillen, enkel doordat zij in een ander verzorgingsgebied wonen. Dit duidt op substantiële praktijkvariatie tussen Nederlandse ziekenhuizen. Dit sluit aan bij eerdere studies naar praktijkvariatie in Nederland (Pomp, 2009; ZN, 2011; 2014).

DALING VAN DE VERKLAARDE VARIANTIE

Hoewel op individueel niveau de verklaarde variantie niet wijzigt is er tegelijkertijd wel sprake van grote verschuivingen in de compensaties per verzekerde. Dat blijkt ook uit de daling van de verklaarde variantie op het niveau van de verzekeraars en uit de toename van de bandbreedte van het verwachte resultaat voor verzekeraars (tabel 1). Deze laten zien dat de onbedoelde compensatie voor praktijkvariatie verschilt tussen verzekeraars.

CORRELATIE TUSSEN VERZORGINGSGEBIED EN HET REGIOKENMERK

Praktijkvariatie blijkt gecorreleerd aan het regiokenmerk in het model. Door het toevoegen van en daardoor corri-

Risicoverevening

KADER 1

Risicoverevening is bedoeld om verzekeraars een hogere compensatie te geven voor ongezonde verzekerden en een lagere compensatie voor gezonde verzekerden. Risicoverevening is noodzakelijk, omdat zorgverzekeraars niemand mogen weigeren en omdat er een verbod op premiedifferentiatie is.

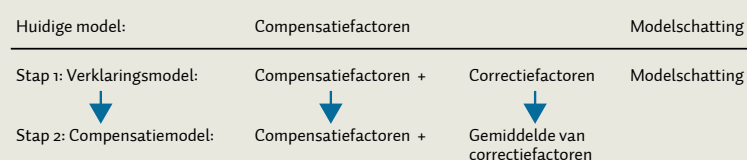
Zonder aanvullende maatregelen zouden zorgverzekeraars een prikkel hebben om zo min mogelijk verzekerden met voorspelbare verliezen in hun portefeuille te hebben en zich vooral te richten op verzekerden met voorspelbare winsten. Dit wordt risicoselectie genoemd; om dit te voorkomen ontvangen de verzekeraars een compensatie uit het Vereveningsfonds.

De hoogte van de compensatie voor een verzekeraar wordt bepaald door de kenmerken van de verzekerden van de verzekeraar. De kenmerken die van belang zijn voor het vaststellen van de hoogte van de compensatie zijn:

- Leeftijd en geslacht
- Diagnose kosten groepen (ziekenhuisbezoek voor chronische aandoeningen)
- Farmacie kosten groepen (geneesmiddelengebruik voor chronische aandoeningen)
- Hulpmiddelen kosten groepen (hulpmiddelengebruik voor chronische aandoeningen)
- Meerjarige hoge kosten
- Sociaal-economische status
- Aard van inkomen
- Regio (een clustering van postcodes met vergelijkbare groepen inwoners en aanbod van zorg)

Schematische weergave schatten risicovereveningsmodel in twee stappen

FIGUUR 1



geren voor praktijkvariatie dalen de normbedragen van de risicoklassen behorende bij het regiokenmerk met gemiddeld 25 procent (figuur 3). Dit laat zien dat een deel van de compensaties voor regionale verschillen wordt veroorzaakt door praktijkvariatie tussen ziekenhuizen.

CONCLUSIE

In Nederland lijkt er sprake van substantiële praktijkvariatie tussen ziekenhuizen. Het toevoegen van een indicator voor praktijkvariatie aan het risicovereveningsmodel leidt tot verschuivingen in de compensaties van groepen verzekeren. De omvang van de compensatie voor het vereveningskenmerk regio neemt gemiddeld met 25 procent af. Dit duidt op een correlatie tussen praktijkvariatie en het regiokenmerk. Dit betekent dat zorgverzekeraars in het huidige model via het regiokenmerk onbedoeld gecompenseerd worden voor praktijkvariatie tussen ziekenhuizen.

De aanpassing van de schattingsmethodiek leidt tot verschillen in de verklaarde variantie op het niveau van de verzekeraars: de verklaarde variantie neemt af en de bandbreedte in het resultaat neemt toe. Dit duidt erop dat de gemeten praktijkvariatie niet gelijk verdeeld is over de zorgverzekeraars. De prikkelwerking voor zorgverzekeraars verbetert als met deze gewijzigde rekenprocedure rekening wordt gehouden met praktijkvariatie tussen ziekenhuizen.

Door de aanpassing worden zorgverzekeraars niet langer gecompenseerd voor verschillen in de gemeten praktijkvariatie.

BELEIDSIMPLICATIES

De gehanteerde indicator voor praktijkvariatie is nog imperfect. Om de schattingsprocedure aan te passen en praktijkvariatie in het model op te nemen zijn nog twee aanpassingen aan de huidige indicator voor praktijkvariatie noodzakelijk. In de eerste plaats corrigeert de gebruikte indicator niet voor alle verschillen in praktijkvariatie. Een goede meting van praktijkvariatie vindt plaats op aandoeningsniveau. In verschillende onderzoeken wordt praktijkvariatie reeds op het niveau van aandoeningen gemeten (Pomp, 2009; ZN, 2011; 2014). Het is van belang om deze onderzoeken te combineren met de verbetering van het risicovereveningsmodel. Een aanpassing van het huidige risicovereveningsmodel op basis van een verbeterde indicator voor praktijkvariatie lijkt op zijn plaats.

Ten tweede is het van belang om een besluit te nemen over de vormen van praktijkvariatie waarvoor we verzekeraars verantwoordelijk houden. Zo is het niet gezegd dat doelmatige zorginkoop praktijkvariatie volledig kan tegen gaan. Praktijkvariatie wordt immers niet alleen veroorzaakt door informatieasymmetrie tussen de zorgverlener en de

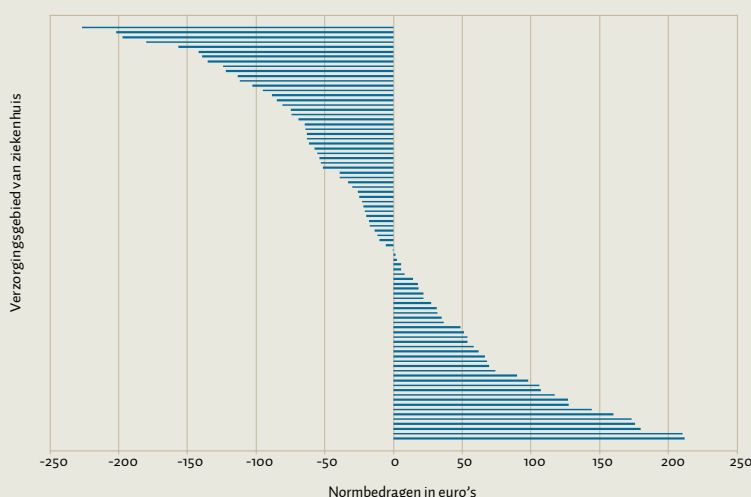
Resultaten modelschatting huidige risicovereveningsmodel en compensatiemodel

TABEL 1

	Huidige risicovereveningsmodel	Compensatiemodel
R-kwadraat (individueel)	22,6%	22,6%
R-kwadraat (verzekeraars)	98,9%	98,7%
Bandbreedte verwachte resultaat verzekeraars in euro's	208,40	218,10

Normbedragen verzorgingsgebieden ziekenhuizen

FIGUUR 2



Praktijkvariatie

KADER 2

Praktijkvariatie geeft de verschillen in doelmatigheid tussen aanbieders weer. Praktijkvariatie wordt gemeten door verschillen in de behandelinzet tussen zorgaanbieders, waarbij gecorrigeerd wordt voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie van de aanbieders. Een zorgaanbieder met alle 'zware' patiënten zal gemiddeld genomen meer behandelen dan een zorgaanbieder met de 'lichte' patiënten. Normaal gesproken wordt praktijkvariatie gemeten op het niveau van een aandoening (ZN, 2011). Praktijkvariatie kan echter ook veroorzaakt worden door verschillen in kwaliteit. Dit is bijvoorbeeld het geval als een aanbieder hogere kwaliteit zorg levert tegen hogere kosten. In dat geval is het wenselijk om ook voor deze kwaliteitsverschillen te corrigeren.

Om praktijkvariatie vast te stellen is het van belang om bij geconstateerde verschillen in behandeling goed te corrigeren voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Zonder correctie voor de samenstelling van de populatie kan bijvoorbeeld wel geconstateerd worden dat de behandelinzet gemiddeld genomen hoger is bij een aanbieder, maar kan niet worden vastgesteld dat dit veroorzaakt wordt doordat de aanbieder relatief veel ingrijpt. Bij een adequate correctie voor verschillen in samenstelling geeft een indicator voor praktijkvariatie verschillen in doelmatigheid weer. Het is echter de vraag wanneer de correctie voor samenstelling adequaat is. Als niet voor alle verschillen in samenstelling gecorrigeerd wordt, geeft de indicator naast verschillen in doelmatigheid ook verschillen in samenstelling van de patiëntenpopulatie weer.

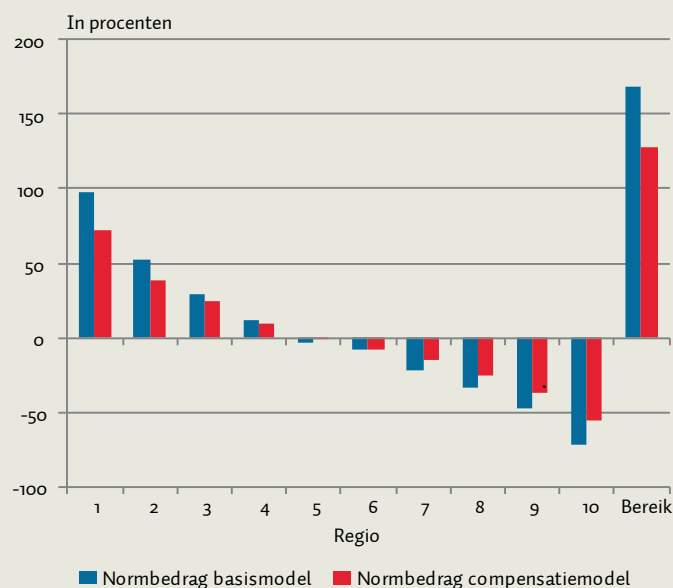
zorgverzekeraar, maar ook tussen de zorgverlener en de verzekerde. Ook heeft het lokale WMO-beleid van gemeenten invloed op het zorggebruik van verzekerden. Alleen wanneer we de zorgverzekeraar verantwoordelijk houden voor alle oorzaken van praktijkvariatie, is het wenselijk om compensatie van verzekeraars voor praktijkvariatie tot nul te reduceren.

Daarnaast heeft een zorgverzekeraar niet altijd de instrumenten in handen om te sturen op verschillen in praktijkvariatie. Als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld door beperkingen in de regelgeving of de beschikbaarheid van informatie over praktijkvariatie en kwaliteit van de behandeling niet in staat is om de verschillen in praktijkvariatie terug te brengen, is het mogelijk wenselijk om de verschillen in praktijkvariatie wel te compenseren via het risicovereveningsmodel. In dat geval moet de verbetering van de doelmatigheid via een ander beleidsinstrument worden afgedwongen.

Om in de risicoverevening een goede afweging te kunnen maken tussen de prikkels voor doelmatigheid en de prikkels voor risicoselectie is het wenselijk om het beoordelingskader voor de risicoverevening uit te breiden met een normatieve en inhoudelijk onderbouwde keuze van risicofactoren waarvoor verzekeraars wel en niet gecompenseerd moeten worden. Gecombineerd met de hier gehanteerde schattingsmethodiek leidt dit tot een adequate compensatie van zorgverzekeraars voor verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid van hun verzekerdenpopulaties met meer prikkels om te werken aan doelmatige zorginkoop dan in het huidige risicovereveningsmodel. In dat geval gaat bij de beoordeling van het model de aandacht niet langer eenzijdig uit naar het tegengaan van de prikkels tot risicoselectie, maar worden deze prikkels expliciet afgewogen tegen het vergroten van de prikkels tot doelmatigheid.

Verschuiving normbedragen regiokenmerk

FIGUUR 3



LITERATUUR

Stam, P., J. Visser, R. Goudriaan (2015) Risicoverevening is geen penance. *ESB*, 100(4720), 624-627.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2015) Risicoselectie tegengaan met behoud van risicoselectie. *ESB*, 100(4720), 628-631.

Schokkaert E., K. Beck, A. Shmueli, et al. (2006) *Acceptable cost and risk adjustment: policy choices and ethical trade-offs*. Werkdocument aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Pomp, M. en F. Hasaart (2009) Aanbod-geïnduceerde vraag in de ziekenhuismarkt. *ESB*, 94(4562), 372-374.