

Bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten

G.M.W.M. Keijser en B.L. Kirkman-Liff*

Een belangrijk onderdeel van de stelselwijziging van de gezondheidszorg is de *introdactie van normuitkeringen. Deze normuitkeringen houden het gevaar in dat zorgverzekeraars wegen zullen zoeken om alleen die mensen te verzekeren die hen de hoogste winst opleveren. Door zorgverzekeraars een bod te laten uitbrengen op van te voren omschreven doelgroepen kan deze risicoselectie worden voorkomen. Bovendien heeft dit alternatieve systeem als voordeel dat het een sterke stimulans kan zijn voor innovatie en kostenbeheersing.*

Het plan-Simons voor de reorganisatie van de gezondheidszorg pleit voor de introductie van meer marktelementen in de structuur van de sociale gezondheidszorgverzekering. Een aspect van het plan-Simons betreft de introductie van een normuitkering. Dit is een op het risico afgestemde uitkering uit een Centrale Kas aan iedere verzekeraar. Ongeveer 85% van de gemiddelde ziektekosten zal hiermee gedekt moeten worden. Deze normuitkering wordt vastgesteld aan de hand van een rekenkundige formule waarmee de invloed van een groot aantal parameters op de totale ziektekosten zal worden bepaald. Voor afzonderlijke risicogroepen worden de gemiddelde kosten berekend. De patiënten zijn vrij in hun keuze van (in het betreffende gebied werkzame) verzekeraar. De verzekeraar ontvangt voor iedereen die zich aanmeldt een, bij de risicogroep van die persoon behorende, normuitkering. Hij heft daarnaast een nominale premie die geldt voor alle bij de desbetreffende maatschappij aangesloten verzekerden.

Verzekeraars die efficiënter werken zullen een lagere nominale premie kunnen vragen dan verzekeraars die minder efficiënt werken. Zodoende wordt 'efficiency' beloond met een groter aantal klanten. Maar het voorstel aangaande de vaststelling van de normuitkering, dat op dit moment door de regering wordt ontwikkeld, brengt ook flinke problemen met zich mee. Na een korte beschrijving van enige problemen in het voorstel van Simons zal in dit artikel een alternatief worden gepresenteerd, dat een aantal belangrijke bezwaren wegneemt.

Technische problemen

De specificatie van de parameters die in de formule voor de normuitkering verwerkt gaan worden, geeft technische problemen. Deze parameters dienen ongevoelig te zijn voor falsificatie door de verzekerde of de verzekeraar. Anders zal dit kunnen leiden tot een slechte groepsindeling met als resultaat overmatig hoge uitkeringen aan de verzekeraars.

Neem bij voorbeeld de door de verzekerden zelf te beantwoorden vraag naar de gezondheidstoestand: "Is uw gezondheid uitstekend, goed, matig of slecht?". Dit is enerzijds een uitstekende graadmeter voor de mate van gebruik en de kosten maar anderzijds gevoelig voor manipulatie. Daarnaast dienen de parameters politiek aanvaardbaar te zijn. Het maken van onderscheid tussen migranten en niet-migranten zal bij voorbeeld politiek en maatschappelijk niet aanvaardbaar zijn.

Voorts kan het verwerken van historisch gebruik van gezondheidszorg in de formule de patronen in de praktijk beïnvloeden. Wanneer bij voorbeeld als parameter wordt gehanteerd of een persoon wel of niet in het voorgaande jaar een specialist heeft bezocht, zullen verzekeraars huisartsen op subtiële wijze kunnen aanmoedigen in bepaalde gevallen, waarin de huisarts de patiënten eigenlijk zelf had kunnen behandelen, tot verwijzing over te gaan. Een volgend punt is de gegevensverzameling. De meeste nationale verzekeringsstelsels (ook het Nederlandse stelsel) zijn niet ingesteld op het soort analyse dat noodzakelijk is voor de ontwikkeling van een doelmatige formule. De onderzoekers moeten genoeg nemen met de demografische parameters die zich toevallig in de database bevinden. In het Amerikaanse 'Medicare'-programma, bij voorbeeld, dat gebruik maakt van een normuitkering om organisaties binnen de gezondheidszorg die ouderen opnemen financieel te compenseren, zijn slechts vijf kenmerken verwerkt (geslacht, leeftijd, het feit of de persoon al dan niet 'Medicaid' ontvangt, al dan niet in een verpleeghuis woont en woonplaats). Slechts vijf omdat dit de enige betrouwbare demografische parameters zijn in de database.

* G.M.W.M. Keijser is directeur van Salland Gezondheidszorg Verzekeringen te Deventer. B.L. Kirkman-Liff is professor aan de School of Health Administration and Policy, Arizona State University, Verenigde Staten.

Als laatste technische probleem kunnen we nog noemen dat alle uiteenlopende risico's door de normuitkering moeten worden gedekt. Hierdoor kunnen sommige groepen verzekerden de verzekeraars een hogere winst opleveren dan andere. Er zal daarom sprake zijn van 'krenten uit de pap halen', ofwel risico-selectie voor eigen voordeel door de verzekeraar. Op die groepen patiënten die de verzekeraar meer winst opleveren dan andere zullen bij voorbeeld grotere marketing-inspanningen worden gericht.

Principiële problemen

Naast de meer technische problemen, zijn er ook een aantal principiële bezwaren tegen het stelsel van normuitkeringen. In de eerste plaats zorgt het normuitkeringsysteem niet voor de laagst mogelijke kosten. De historische kosten worden als basis gebruikt voor het vaststellen van toekomstige kosten. Ondanks het feit dat normatieve elementen worden toegevoegd worden de inefficiënties uit het verleden meegenomen naar de toekomst.

In de tweede plaats heeft de verzekeraar op een groot deel der kosten geen invloed. De variatie in nominale premie is gering. Het creëren van nieuwe structuren voor zorgvernieuwing is maar beperkt mogelijk omdat de financiële speelruimte voor de verzekeraar navenant is.

Het huidige voorstel normuitkeringen

In het advies *Middelen op maat* van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO) wordt voorgesteld de formule voor normuitkeringen als volgt vorm te geven¹:

- een geslachts- en leeftijdsspecifiek normbedrag per persoon;
- een vermenigvuldigingsfactor voor arbeidsongeschiktheid, variërend naar leeftijd;
- een regiofactor;
- een korting voor eigen risico's;
- en eventueel een factor overlijden, mogelijk gebaseerd op afwijkende sterftekansen;

Op grond van bovengenoemde kenmerken tracht het IOO de kostenverschillen per verzekerde te verklaren. De voorspellende waarde van deze kenmerken is echter naar de individuele verzekerden gering. Met alleen het leeftijdscriterium wordt bij voorbeeld bereikt dat de verzekeraar aan een gezonde bejaarde veel geld overhoudt terwijl men aan een zieke bejaarde geld tekort komt. Duidelijk is dat directe indicatoren van de gezondheidstoestand een veel grotere voorspellende waarde ten aanzien van de kosten hebben. Bij het uitsluitend toepassen van de IOO-formule is risicoselectie lonend en zal deze marktverstoring werken.

Concurrentie

Een alternatief voor de op een formule gebaseerde normuitkering is om zorgverzekeraars een bod uit te laten brengen op van te voren omschreven doelgroepen per regio. Krachten uit de markt dwingen de leveranciers van verzekeringen tot het doen van een zo laag mogelijk bod, dat echter geen bedreiging mag vormen voor hun levensvatbaarheid. Om mee te kunnen dingen dienen deze leveranciers overzicht te hebben over hun kosten en behoefte

aan financiële middelen. Bovendien dienen zij ervoor zorg te dragen dat de kwaliteit van de patiëntenzorg op een bepaald niveau blijft, ondanks de beperkingen die het bod aan de middelen oplegt. Kortom, er moeten voldoende garanties zijn dat een verzekeraar zijn bod kan waarmaken. Het in staat zijn om kosten en de behoefte aan financiële middelen voor een bepaalde groep patiënten/cliënten te kunnen bepalen en beheren, is een voorwaarde bij het bieden voor overeenkomsten. Het bieden gaat dan samen met het selectief afsluiten van overeenkomsten en met inspanningen gericht op een goed beheer van het gebruik en op kwaliteitsverbetering.

Hoe werkt het bieden?

Ten eerste stelt de verzekeringnemer of de overheid een aantal risicogroepen vast aan de hand van de demografische parameters die daartoe geschikt lijken. Vervolgens wordt de verzekeraars om een bod verzocht met daarin de prijs per persoon per jaar (of maand) per risicogroep dus rekening houdend met gezondheidsindicatoren. De bidders overleggen bovendien informatie over de structuur van de gezondheidszorg waarmee ze zullen gaan werken, vooral in die gevallen waarin het een beperkt aantal voorzieningen betreft die gebaseerd zijn op selectief contracteren. Daarna bekijkt de overheid (of namens deze de Ziekenfondsraad), die als verzekeringnemer optreedt, de aangeboden gezondheidszorg in de aan haar voorgelegde plannen. Bidders met een onvoldoende aanbod vallen af.

Met behulp van een bod/prijs per persoon per risicogroep wordt in sommige gevallen door de verzekeringnemer een samengesteld bod berekend om het bod van de verschillende verzekeraars te kunnen vergelijken. Het samengestelde bod is het gewogen gemiddelde van de afzonderlijke prijsopgaven, waarin de algemene verdeling van de bevolking verwerkt is. De risicogroepen worden dan bij ieder bod even zwaar gewogen. Als onderdeel van de onderhandelingen worden bidders in sommige gevallen op de hoogte gesteld van hun positie ten opzichte van andere bidders. Bidders waarvan de prijzen nog steeds veel hoger liggen dan die van andere bidders kunnen in deze fase worden uitgesloten of deze bidders mogen met hoge prijzen in het programma blijven, maar dan met een veel hogere nominale premie. Ten slotte stelt de verzekeringnemer (de overheid) de verschillende pakketten ter beschikking van de potentiële verzekerden. Wanneer er sprake is van een vaste nominale premie, bepaalt de verzekeringnemer een nominale premie die in de meeste gevallen gebaseerd is op een vast percentage van de resterende samengestelde biedingen.

De procedure kort samengevat:

- de verzekeraar biedt een premie per persoon aan gespecificeerd per verzekerden-categorie;
- aan het einde van het jaar wordt vastgesteld hoeveel verzekerden en uit welke categorie voor de betreffende verzekeraar hebben gekozen;

1. J. Gerritse en J.D. Poelert, *Middelen op maat; naar een verdeelstelsel voor uitkeringen aan zorgverzekeraars*, IOO, reeks nr. 28, Den Haag, 1990.

- uit de gegevensanalyse per categorie is goed te controleren of selectie heeft plaatsgehad bij voorbeeld als in één kennelijk te breed aangegeven categorie grote overschotten worden gerealiseerd;
- een te hoog bod van een verzekeraar kan worden geaccepteerd door de verzekeringnemer (de overheid), het is dan waarschijnlijk dat de verzekeraar een hogere nominale premie moet vragen;
- de keuzevrijheid van verzekerden voor een verzekeraar wordt maatschappelijk belangrijk geacht. Onder andere om die reden kan een te hoog bod geaccepteerd worden zodat keuzemogelijkheden open blijven.

Ervaringen in Arizona

De langst lopende proef met bieden door verzekeraars, bij het afsluiten van ziektekostenverzekeringsovereenkomsten, wordt gehouden in de staat Arizona. Sinds 1983 werkt het Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) met een programma voor ziektekostenverzekering voor 'Medicaid'. Dit programma dat de allerarmsten van een ziektekostenverzekering voorziet, is gebaseerd op bieden op een abonnementstarief. Het omvat alle noodzakelijke medische zorg.

Momenteel bestaan contracten met 17 ziektekostenverzekeraars. Desbetreffende verzekeraars bieden medische dienstverlening via huisartsen. Die huisartsen fungeren als coördinator van alle noodzakelijke diensten. Mensen die in aanmerking komen voor deze medische zorg, zijn verplicht alle behandelingen via de desbetreffende verzekeraar te betrekken. De verzekeraars bieden en onderhandelen voor het verkrijgen van overeenkomsten: ze ontvangen een normbedrag voor elke geregistreerde persoon en dragen zelf het financiële risico van overconsumptie. Het programma voorziet bovendien in kwaliteitsgarantie en beheersing van het gebruik. Dit dient als verantwoording tegenover het AHCCCS-bestuur. Momenteel zijn er 330.000 personen via het programma verzekerd. De meeste verzekerden krijgen de gelegenheid zelf te kiezen bij welke verzekeraar ze zich aan willen sluiten. Eens per jaar mogen ze van verzekeraar wisselen.

Het AHCCCS gaat uit van tien risicogroepen op basis van leeftijd, invaliditeit en de status binnen het welzijnsprogramma van de verzekerde. Desbetreffende groepen omvatten onder anderen: armlastige alleenstaande moeders en hun kinderen; invaliden, blinden en verarmde ouderen; andere personen die voldeden aan de zeer strenge eisen die gesteld werden voor een uitkering, waaronder ernstig zieken. Er bestaat een afzonderlijke groep voor verzekerden die langdurige verpleging nodig hebben, voornamelijk patiënten in verpleeghuizen.

De indeling in groepen dient drie doelen: om de kosten per risicogroep nauwkeurig bij te kunnen houden, want de financiering verschilt per groep van ontvangers van welzijnszorg; om homogene risicogroepen samen te kunnen stellen; en om een al te gecompliceerd systeem van bieden te vermijden dat zou ontstaan in het geval van teveel risicogroepen. De bieders definiëren een regio waarin zij bereid zijn dienstverlening aan te bieden. Zij overleggen een tot in details uitgewerkt plan voor de dienstverlening met daarin een beschrijving van alle artsen, ziekenhuizen, apotheken, ambulancediensten en an-

dere aanbieders van gezondheidszorg waarvan zij gebruik zullen maken. Alle desbetreffende dienstverleningscontracten zijn ondertekend en geregistreerd alvorens een overeenkomst aangeboden wordt. Afhankelijk van de vraag naar en het aanbod van diensten in de gezondheidszorg zal het bieden in verschillende regio's verschillende resultaten opleveren. De bieders overleggen tevens een gedetailleerde beschrijving van hun kwaliteitsgarantie en methoden van gebruiksbeheersing. Een bod kan worden verworpen indien een bepaald aspect van de desbetreffende plannen als onvoldoende wordt bestempeld (door artsen in dienst van de overheid). Vanaf het moment dat het programma startte, is meer dan de helft van de afgewezen bieders niet vanwege hun bod, maar vanwege het onvoldoende niveau van hun plannen op dit gebied afgewezen, wat een indicatie is van de moeite die men zich getroost om ervoor te zorgen dat alleen voor kwaliteitsverzekeringen een overeenkomst wordt aangeboden. Het bestuur van het programma gebruikt dit aspect in het biedproces om tot een grotere uniformiteit te komen qua kwaliteitsgarantie, gebruiksoverzicht en informatiesystemen.

Een van de benaderingen waarvoor gekozen werd om concurrentie te bewerkstelligen, is het contracteren van meer dan een verzekeraar per regio. Dank zij dit beleid heeft men de garantie dat in geval een van de verzekeraars failliet gaat, een andere verzekeraar beschikbaar is. Een contract met meer dan een leverancier is bovendien een pressiemiddel, daar de verzekeraar kan worden bedreigd met verlies van klanten als straf voor gebrekkige dienstverlening of andere vormen van contractbreuk.

Resultaten

De ontwikkeling op de AHCCCS-markt in Arizona heeft geleid tot drie duidelijke resultaten. Ten eerste is men er in het algemeen van overtuigd dat het programma in Arizona de regering een besparing van 5-12% van de kosten van een conventioneel Medicaid-programma heeft opgeleverd. Ten tweede zijn niet doelmatig werkende verzekeraars van de markt verdwenen, wat geresulteerd heeft in een kleiner aantal grotere contractanten in het AHCCCS. Ten derde werden de verzekeraars gedwongen tot ontwikkeling van betere beheer- en informatiesystemen en blijken ze doelmatiger te functioneren wat betreft kostenbeheersing en kwaliteitsgarantie.

Ten slotte bleek het afsluiten van overeenkomsten op een concurrerende markt te leiden tot verlaging van de kosten van gezondheidszorg voor die sectoren binnen het stelsel die deze strategie toepasten. Het bieden per regio bleek veel rechtvaardiger resultaten op te leveren dan er bereikt zouden zijn met een systeem dat per staat functioneert en waarbij ruwe aanpassingen per regio zouden worden doorgevoerd.

De mogelijkheden in Nederland

Dit model kan ook in Nederland worden toegepast. Als eerste stap zou de Ziekenfondsraad de verschillende risicogroepen moeten definiëren. Het onderzoek *Middelen op maat* door het IOO stelde een hiervoor beschreven formule vast waarmee gedeeltelijk de uitgaven in de gezondheidszorg te voorspellen zijn. Met behulp van de voorgestelde para-

meters aangevuld met bekende gezondheidsindicatoren, zoals bij voorbeeld in de AWBZ-sector, kunnen ten behoeve van de biedingen van de verschillende verzekeraars voorlopig zo homogeen mogelijk groepen worden vastgesteld.

Een bod kan variëren per regio, maar binnen een bepaalde regio zou iedereieder voor alle personen binnen een bepaalde groep dezelfde prijs moeten rekenen. Op deze wijze wordt de werking van het normuitkeringsysteem sterk verbeterd. De biedingen worden gedaan op basis van de reëel aanwezige infrastructuur en niet op basis van regionaal gedifferentieerde globale normuitkeringen.

Daarna wordt door de verzekeraars een bod voorgesteld dat de totaalprijs voor iedere risicogroep alsmede het totale aantal verzekerden per regio dat zij willen dekken, omvat. Dat laatste is noodzakelijk om te voorkomen dat verzekeraars die een verzekering aanbieden waarin het concept van zorgbeheersing vervat is, hun systemen overspoeld zien door een groot aantal verzekerden. Risicoselectie wordt veel minder aantrekkelijk. De regiocomponent is geen element meer van selectie. De bestaande infrastructuur, urbanisatiegraad en dergelijke evenmin.

Als voorbeeld van kostenverschillen vanwege de infrastructuur kan de aanwezigheid van academische ziekenhuizen of ziekenhuizen met specialistenopleidingen worden genoemd. Daarnaast is de aanwezigheid van bij voorbeeld een zwakzinnigeninrichting zeer medebepalend voor het kostenniveau in de regio. Immers als men vanuit buiten de regio naar de zwakzinnigeninrichting verhuist, wordt men tot dusverre steeds automatisch ingeschreven bij het regionale ziekenfonds.

Het is gemakkelijker op basis van de biedingen per risicogroep na te gaan of selectie wordt beoogd. Het bod per risicogroep moet immers terdege worden onderbouwd zeker wanneer dit significant afwijkt van de concurrent.

Achteraf constateren van risicoselectie is bovendien eenvoudiger. De eerder beschreven procedure wordt tevens gebruikt ter bepaling van de nominale premie die door de afzonderlijke verzekeraars in de afzonderlijke regio's wordt berekend. De koper (de overheid) heeft een sterke invloed op het niveau van de nominale premie. Nadat iedereen een verzekeraar geselecteerd heeft, zou de Centrale Kas het desbetreffende bedrag aan de verzekeraar, die de nominale premie int, uitbetalen.

De Verenigde Staten hebben het AHCCCS-model niet in alle 50 staten ingevoerd en net zomin hoeft Nederland het systeem van bieden in concurrentie in het hele land toe te passen. Een experiment op regionaal niveau heeft de voorkeur. Een dergelijk experiment zou zowel de regionale zorgverzekeraars betreffen, als die verzekeraars die geïnteresseerd zijn in het bieden voor een overeenkomst in die regio. In dit ene experimentele gebied zou, als onderdeel van het ten uitvoer brengen van het plan-Simons, gedongen kunnen worden naar het AWBZ-contract.

Vergelijking met de normuitkeringen

Deze methode van concurrerende biedingen heeft zowel voor- als nadelen ten opzichte van het toepassen van een statistische formule voor het vaststellen van de normuitkeringen.

Voordelen

Het bieden geeft meer garantie dat contracten tegen de laagste reële prijs verkregen worden. De kosten worden niet bepaald op basis van historische kosten. Integendeel, deze procedure daagt iedere verzekeraar uit methoden te ontwikkelen waarmee zo goedkoop mogelijk kwalitatief hoogwaardige diensten kunnen worden verleend. De bidders moeten zich echter bewust zijn van de bestaande infrastructuurkosten in de afzonderlijke regio's. De procedure van bieden is een aanmoediging tot innovatie en nieuwe benaderingen van de gezondheidszorg. Substitutie en coördinatie van zorg worden op deze manier financieel beloond. Risicoselectie is minder aantrekkelijk. Bieden per regio komt meer overeen met de huidige pogingen tot regionalisatie van de zorg in Nederland dan een nationale normuitkering met ruwe geografische aanpassingen. Toevallige verschillen in kosten van infrastructuur spelen geen rol. Het is mogelijk concurrentie beperkt en geleidelijk in te voeren door niet alle, maar bij voorbeeld twee zorgverzekeraars per regio een bod te laten uitbrengen. Mede door het feit dat een functioneel regionale marktbenadering beter mogelijk is, zijn de kansen voor kostenbeheersing ook groter.

Nadelen

Ten eerste vereist de procedure dat er, zoals overigens bij elk model op basis van concurrentie, absoluut geen sprake mag zijn van samenspannen tussen de verschillende verzekeraars. Elke poging tot prijsafspraken zal het competitie-element verstoren en de kosten doen stijgen.

Ten tweede stelt deze procedure de verzekeraars voor zwaardere financiële risico's. Het risico is groter dat een slecht geleide maatschappij een te laag bod doet en daarop geld verliest. Het risico van een faillissement is aanwezig. Dit risico kan tot een minimum worden teruggebracht door het kritisch tot in details onderzoeken van de verschillende biedingen door de Ziekenfondsraad. Een te laag bod met een slechte financiële basis zou afgewezen moeten worden om zowel de verzekerden als de verzekeraar in bescherming te nemen.

Conclusie

Het bieden voor verzekeringsovereenkomsten is een mogelijkheid bij het vaststellen van de nominale premie en uitkeringen uit de centrale kas aan zorgverzekeraars. Een combinatie van de formule op basis van het IOO-onderzoek aangevuld met enkele andere onderscheidingen naar risicogroep en een systeem van biedingen zou leiden tot uitkeringen uit de Centrale Kas die in evenwicht zijn met de bestaande vraag en aanbod per regio. Risicoselectie wordt aldus voorkomen. Dit alternatief kan een sterke stimulans zijn voor innovatie en kostenbeheersing, het biedt tevens verzekeraars de mogelijkheid in te spelen op lokale variatie in de vraag naar en aanbod van zorg. Met het oog op proefnemingen met uitkeringen aan zorgverzekeraars dient het bieden in concurrentie te worden beschouwd als een goed alternatief voor een regulerend systeem.

Guido Keijser

Bradford Kirkman-Liff