

Discussie over...

‘Bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten’ van G.M.W.M. Keijser en B.L. Kirkman-Liff (ESB, 15 januari 1992)

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 en 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. (...)

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 bijvoorbeeld 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-migrant 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 spe-

cialist heeft bezocht, zullen verzekeraars huisartsen op subtiel 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.

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 risicoselectie voor eigen voordeel door de verzekeraar. Op die groepen patiënten die de verzekeraar meer winst opleveren dan andere zullen bij voorbeeld grotere marketinginspanningen 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. (...)

Reactie van A.U.L.M. van de Meerendonk (ESB, 5 februari 1992)

In *ESB* van 15 januari j.l. stellen Keijser en Kirkman-Liffdat het stelsel van normuitkeringen - een cruciaal onderdeel van de stelselherziening in de zorg - gebreken vertoont. Zij presenteren dan ook een alternatief model, ontleend aan de Amerikaanse praktijk. Veel van hun argumenten tegen de normuitkeringen berusten op een misvatting van de werking ervan. Wellicht dat enige tekst en uitleg verhelderend kan werken. (...)

Bezwaren tegen verdeelstelsel

Keijser en Kirkman-Liff stellen dat er een aantal problemen verbonden zijn aan het verdeelstelsel. Allereerst technische problemen: dit zijn echter niet zozeer problemen als wel randvoorwaarden waar verdeelcriteria aan moeten voldoen. In het IOO-rapport dat zij aanhalen wordt een uitgebreide beschouwing aan deze randvoorwaarden gewijd. Het moet gaan om meetbare en relevante achtergrondkenmerken van verzekerden. Daarnaast is het belangrijk dat de met de verzameling van gegevens gemoeide administratieve organisatie van zorgverzekeraars inzichtelijk en vanuit bedrijfsmatig oogpunt efficiënt dient te zijn. De keuze voor de verdeelmaatstaven leeftijd, geslacht, regio en meerjarige schade is tegen deze achtergrond bepaald; de keuze om de gezondheids-toestand van verzekerden "niet in de verdeelformule op te nemen" evenzeer. Politiek-maatschappelijke aanvaardbaarheid van criteria speelt in de discussie bewust geen enkele rol.

Een volgend probleem is het historisch gebruik: verzekeraars zouden aanmoedigen tot dure behandelingen om een hogere normuitkering te ontvangen. Vraag is welk motief verzekeraars hierbij zouden hebben; tegenover een hoger budget staan dan immers hogere kosten. Wèl is het zo dat verzekeraars vooralsnog geen prikkel hebben om het gebruik te matigen. Dit is echter eerder een argument voor een kort overgangstraject naar normbudgettering waar de prikkels tot gepast gebruik wèl aanwezig zijn.

Het laatste technische probleem betreft in feite de mate van verfijning van de verdeelformule. Ook hier is minder sprake van een probleem als wel van een keuze. Bovenstaande randvoorwaarden spelen hier een rol. Indien de risicogroepen echter te breed zijn gedefinieerd dan kan het uitnodigen tot risicoselectie. Op het moment dat dit het geval zal zijn is er dus reden om de criteria te verfijnen. Overigens ligt de voorspelkracht van een verdeelmodel met als criteria leeftijd, geslacht, regio en meerjarige schade dicht bij het op individueel niveau maximaal mogelijke.

Principiële problemen liggen volgens Keijser en Kirkman op het vlak van kostenbesparing en speelruimte voor verzekeraars. Inefficiënties uit het verleden zouden worden meegenomen naar de toekomst. Deze stelling moet gebaseerd zijn op een misverstand. Hierboven is reeds gesteld dat de gevolgen van efficiencyverschillen tussen verzekeraars tot uitdrukking komen in de nominale premie. Verzekeraars hebben dus een prikkel om ondoelmatig zorgaanbod tegen te gaan. Hiertoe worden verzekeraars in staat gesteld doordat de aanspraken op grond van de basisverzekering zeer globaal worden omschreven. Daarnaast is er de mogelijkheid om met aanbieders te onderhandelen over volume en prijs. De financiële speelruimte wordt begrensd door de zorgplicht. De wijze waarop de verzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet kent veel meer vrijheidsgraden dan nu het geval is. Het aandeel van de nominale premie in de basisverzekering is bovendien groot genoeg om efficiencyvoordelen door te geven aan de cliënten. (...)

Naschrift van G.M.W.M. Keijser (ESB, 15 februari 1992)

Uit de reactie op het artikel "Bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten" blijken wellicht niet zozeer misverstanden als wel en onvoorwaardelijk geloof en een blind vertrouwen in de goede werking van het tot stand te brengen normuitkeringenstelsel. Enkele citaten uit de reactie: "Door discrepanties in risico's (ex ante) te verevenen wordt voorkomen dat zorgverzekeraars naar doelmatigheid streven ten koste van een gedeelte van hun verzekerdenbestand." "Normuitkeringen fungeren als premie vervangende uitkeringen omdat zij volledig (!) bepaald worden door risicokenmerken van verzekerden." "Overigens ligt de voorspelkracht van een verdeelmodel met als criteria leeftijd, geslacht, regio en meerjarige schade dicht bij het op individueel niveau maximaal mogelijke."

Als dit laatste juist is, ligt daarin het falen van het normuitkeringensysteem direct besloten. Van Vliet en Van de Ven verklaren in 1990: "Het blijkt dat op individueel niveau slechts een beperkt deel (15 a 20%) van de variantie in ziektekosten per jaar

verklaarbaar is. Verreweg het grootste deel van de ziektekosten per jaar is op individueel niveau onvoorspelbaar. Op geaggregeerd niveau zijn de verschillen tussen groepsgemiddelden wel goed voorspelbaar. Hier spreekt de wet van grote aantallen en rol. Echter bij het probleem van gunstige risicoselectie is het van groot belang een zo goed mogelijke voorspeller te hebben van iemands individuele toekomstige ziektekosten." De criteria leeftijd, geslacht en regio verklaren ruwweg 2 a 3% van de variantie in de ziektekosten (minder dan 20% van wat nodig en mogelijk is). De criteria voor meerjarige schade zijn, zoals uit WVC-stukken blijkt, als kostenvoorspeller verregaand onvoldoende. De 'normen' zijn dan vertraagd afhankelijk van de historische kosten, waardoor inefficiency wordt gestimuleerd. De mooie rol die de normuitkeringen zouden moeten vervullen wordt voorlopig dus voor meer dan tachtig procent niet vervuld. Verder wordt gesteld dat het en bewuste keuze is geweest uit een oogpunt van efficiency van de administratie om de gezondheidstoestand van verzekerden niet in de verdeelformule op te nemen. Een onnauwkeurigheid van meer dan 80% wordt dan geaccepteerd om de administratie eenvoudig te houden. (...)

Tot slot stel ik vast dat - anders dan met de normuitkeringen - het systeem van bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten in de VS al jaren in de praktijk blijkt te functioneren. Het kan heel zinnig zijn eens over de grens te kijken hoe het kan en ook hoe het zeker niet moet.