

N

Geloof of werkelijkheid?

Uit de reactie op het artikel "Bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten" blijken wellicht niet zo zeer misverstanden als wel een onvoorwaardelijk geloof en een blind vertrouwen in de goede werking van het tot stand te brengen normuitkeringsstelsel.

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 normuitkeringsstelsel direct besloten. Van Vliet en Van de Ven verklaren in 1990: "Het blijkt dat op individueel niveau slechts een beperkt deel (15 à 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 de grote aantallen een 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."¹ De criteria leeftijd, geslacht en regio verklaren ruwweg 2 à 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 een bewuste keuze is geweest uit een oogpunt van efficiency van de administratie om de gezondheidstoestand van verzekerden niet in de verdeel formule op te nemen. Een onnauwkeurigheid van meer dan 80% wordt dan geaccepteerd om de administratie eenvoudig te houden. Zo eenvoudig is de administratie bij het biedsysteem niet. Bij beide systemen is een goede informatisering een vereiste. Overigens stelt het IOO in het rapport *Middelen op maat* voor wel factoren als arbeidsongeschiktheid en dergelijke bij de vaststelling van de normuitkering te betrekken (blz. 176). Ook dit zal, hoewel een verbetering, verregaand onvoldoende blijken. Sinds het verschijnen van *Middelen op maat*, eind 1990, is verzuimd verder onderzoek te doen naar een redelijk werkend normuitkeringsstelsel. Gelet op de cruciale rol hiervan bij de voorgenomen stelselwijziging is dit uiterst laakbaar.

Andere misverstanden

Historische kosten

Naar aanleiding van het meenemen van inefficiënties uit het verleden: zolang de normuitkeringen niet voldoende nauwkeurig zijn gebaseerd op werkelijk normatief handelen per verzekerde (of verzekerden categorie) moeten de budgetten vrijwel geheel historisch worden bepaald. Dit geldt juist ook bij meerjarige schades. Iedere andere verdeling is nog willekeuriger. Zo worden historische verschillen en inefficiënties meegenomen naar de toekomst.

Risicoselectie

Deze gegevens zijn slechts uit een oogpunt van financieel risico gevoelig als daar misbruik van gemaakt kan worden. Men verliest op basis van de normuitkering aan een bewoner van een verzorgingstehuis, men verdient aan een gezonde bejaarde. Als de indeling in de risicogroep en de (na-)calculatie van het aantal personen in die risicogroep in een betreffend jaar door de Ziekenfondsraad worden gecontroleerd is daar niets op tegen.

Ook nu zijn sommige risicogroepen zoals verpleeghuisbewoners, geestelijk gehandicapten, veelal gemakkelijk te onderkennen. De overheid of de Ziekenfondsraad accepteert een

of meer biedingen voor een bepaalde categorie verzekerden. Ze stelt zelf geen prijzen vast.

Te weinig biedingen

In de VS wordt de concurrentie van een bod op de hoogte gesteld, bij voorbeeld om meer biedingen uit te lokken om daarmee concurrentie en keuzevrijheid te bevorderen. Bij inschrijving van aannemers voor een bouwwerk wordt overigens ook aan meerdere aannemers een bod gevraagd. Dit blijkt ondanks de extra rekenvergoedingen meestal lonend. De overeenkomsten met aanbidders kunnen opties zijn of een ontbindende bepaling bevatten. Overigens is het meestal zo dat aanbidders meerdere verzekeringscontracten hebben en niet één zoals gesteld.

Regionalisatie

Ook niet-regionaal werkende verzekeraars kunnen voor een of meer regio's een bod uitbrengen. Het is daarvoor niet nodig zoals in de reactie wordt gesuggereerd dat de bestaande regionale infrastructuur wordt afgebroken. Nog maar heel kort geleden was regionalisatie het credo van de overheid. Wellicht dat de schrijver dat als senior beleidsmedewerker bij WVC nog heeft meege maakt.

Overigens blijkt concurrentie minder mogelijkheden te bieden als er geen overaanbod is. Deze zou dan ten koste van veel geld eerst op veel punten gerealiseerd moeten worden. 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.

G.M.W.M. Keijser

1. W.P.M.M. van der Ven en R.C.J.A. van Vliet, How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's, paper gepresenteerd op het Second World Congress on Health Economics, Zürich, september 1990. Zie ook J.P. Newhouse e.a. Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review* 10-3, 1989; en voorts W.P.M.M. van der Ven en R.C.J.A. van Vliet, Welke gezondheidskenmerken opnemen in de normuitkeringsformule? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, te verschijnen.