

Mening: Onjuist geïnformeerd over risicoselectie in de zorg

Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor dezelfde premie per zorgpolis, ondanks grote verschillen in voorspelbare zorgkosten. Daarom ontvangen of betalen verzekeraars voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage waardoor idealiter iedereen voor een verzekeraar financieel even aantrekkelijk is. Als dit niet zo is, kan risicoselectie leiden tot een afname van de solidariteit en de kwaliteit van zorg. Achmea heeft de Tweede Kamer gewaarschuwd dat verzekeraars worden ontmoedigd te investeren in zorg voor chronisch zieken omdat de verevening hun hoge kosten onvoldoende compenseert. Ook kan risicoselectie leiden tot een ongelijk speelveld voor verzekeraars als chronisch zieken zich collectief aanmelden bij een bepaalde verzekeraar. Minister Schippers (Volksgezondheid, VVD) heeft de Tweede Kamer onlangs geschreven dat de risicoverevening-2009 goed in staat is de voorspelbare kostenverschillen tussen verzekeraars te compenseren. Vervolgens concludeert zij dat hierdoor ook de prikkels tot risicoselectie zo veel mogelijk worden uitgesloten (Tweede Kamer, 2013).

Aan onze studenten hebben wij de volgende tentamenvraag voorgelegd: 'Bent u het eens of oneens met minister Schippers dat als sprake is van een gelijk speelveld voor verzekeraars, er ook geen prikkels tot risicoselectie zijn? Motiveer uw antwoord.' De meeste studenten gaven het juiste antwoord: de conclusie van de minister is onjuist. Een gelijk speelveld, dat wil zeggen een voldoende compensatie op verzekeraarsniveau, is een momentopname die ook afhangt van de toevallige portefeuillesamenstelling (de groep aangesloten verzekerden) van de verzekeraars. Als bij imperfecte risicoverevening alle verzekeraars toevallig dezelfde portefeuillesamenstelling zouden hebben, is er een volledig gelijk speelveld, maar zijn er ook prikkels tot risicoselectie. Omgekeerd geldt dat als er geen prikkels tot risicoselectie zijn omdat alle relevante groepen verzekerden goed gecompenseerd worden, er een gelijk speelveld is voor verzekeraars, ongeacht hun portefeuillesamenstelling. Minister Schippers heeft met haar onjuiste conclusie ten onrechte de suggestie gewekt dat het wel goed zit met de prikkels tot risicoselectie. De realiteit is dat de ondercompensatie voor bepaalde groepen verzekerden oploopt tot meer dan duizend euro gemiddeld per persoon per jaar (NZa, 2013). Voorts is er bij het overstappen van zorgverzekeraar sprake van risicoselectie en een ongelijk speelveld (Van de Ven *et al.*, 2013). Het is niet de eerste keer dat minister Schippers de Tweede Kamer onjuist informeert over risicoverevening. Nadat zij had gemeld dat de verklaringkracht van de risicoverevening op verzekeraarsniveau onverminderd hoog blijft op 98 procent (Tweede Kamer, 2011a), vroeg Kamerlid Mulder (VVD):

WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

“Wat zegt die 98 procent? Hangt dat percentage niet af van de toevallige samenstelling van de portefeuille van de verzekeraar? (...) Als dat namelijk het geval is en verzekerden wisselen van verzekeraar, gaat die 98 procent direct onderuit. Dan zou het dus geen goede

maat zijn.” Minister Schippers antwoordde hem: “Dat is niet het geval.” (Tweede Kamer, 2011b). Dit antwoord is onjuist.

Om de kwaliteit van de risicoverevening te beoordelen is de verklaringkracht op verzekeraarsniveau een onjuist criterium. Toch beoordeelt de minister de risicoverevening al jarenlang met dit criterium. Het juiste criterium is: Zijn er prikkels tot risicoselectie? Zijn er groepen verzekerden die substantieel worden onder- of overgecompenseerd? Dit criterium ontbreekt echter in het onderzoek naar de werking van de risicoverevening dat de minister jaarlijks laat uitvoeren (Tweede Kamer 2013).

De Tweede kamer zou er goed aan doen minister Schippers de volgende vragen te stellen. Ten eerste: vindt u ook dat de verklaringkracht op verzekeraarsniveau een onjuiste maat is om de kwaliteit van de risicoverevening te beoordelen? Zo nee, motiveer uw antwoord. Ten tweede: bestaat er voor de miljarden euro's AWBZ-zorg die in 2015 worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en die extreem scheef verdeeld zijn, een geloofwaardig perspectief op effectieve risicoverevening? Zo ja, motiveer uw antwoord. Zo nee, is het dan niet verstandig de overheveling op te schorten? Ten derde: verzekeraars leiden voor verzekerden die het voorafgaand jaar een AWBZ-indicatie hadden, gemiddeld een voorspelbaar verlies van 380 euro op de basisverzekering (Tweede Kamer, 2012). Hoe gaat u dit corrigeren? En de vierde vraag: kunt u ons informeren over de omvang van de prikkels tot risicoselectie bij de beoogde risicoverevening-2015 voordat wij hierover beslissen?

Voor de chronisch zieken is het te hopen dat de Tweede Kamer zich niet langer zand in de ogen laat strooien.

LITERATUUR

- NZa (2013) *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt en beleidsbrief; weergave van de markt 2009–2013*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Tweede Kamer (2011a) *Herziening zorgstelsel*. Brief van de minister aan de Tweede Kamer, 29689(350).
- Tweede Kamer (2011b) *Herziening zorgstelsel*. Verslag, 29689(358).
- Tweede Kamer (2012) *Herziening zorgstelsel*. Brief regering; Risicoverevening, 29689(380), Bijlage 157337.
- Tweede Kamer (2013) *Herziening zorgstelsel*. Brief regering; Werking risicovereveningssysteem in 2009, 29689(492).
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2013) *Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar*. ESB, 98(4673), 714–717.