



Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening

Auteur(s):

W.P.M.M. van de Ven, F.J. Prinsze, D. de Bruijn en F.T. Schut

De auteurs zijn verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. vandeven@bmg.eur.nl

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4460, pagina 223, 20 mei 2005

Rubriek:

Zorg

Trefwoord(en):

Door de nieuwe Zorgverzekeringswet neemt het risico van risicoselectie toe. Met name aanvullende verzekeringen vormen een zeer effectief instrument voor risicoselectie. Verbetering van de risicoverevening verdient een hoge prioriteit.

De regering wil per 1 januari 2006 het onderscheid ziekenfonds-particulier opheffen. Iedereen moet dan een particuliere basisverzekering afsluiten. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. De verzekeraars moeten per polis een 'doorsneepremie' vragen die onafhankelijk is van het ziekterisico van een individuele verzekerde. Daardoor zijn jonge, gezonde verzekerden voorspelbaar winstgevend en zijn ouderen en chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend. Via een risicovereveningsysteem wordt beoogd deze verschillen te verevenen.

Bij een goede risicoverevening zijn chronisch zieken vanwege de grote potentiële doelmatigheidswinst financieel aantrekkelijke klanten voor doelmatige zorgverzekeraars. Voor zover risicoverevening niet perfect is, kunnen ongewenste effecten optreden. Verzekeraars hebben dan een prikkel om bij de zorginkoop en dienstverlening zo weinig mogelijk in te spelen op de preferenties van voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Succesvolle risicoselectie kan leiden tot marktsegmentatie, waardoor chronisch zieken een hogere premie betalen dan gezonden. Ook bestaat het risico dat verzekeraars zich meer concentreren op risicoselectie dan op het bevorderen van doelmatigheid in de zorg.

De voorgestelde risicoverevening is nog niet voldoende om risicoselectie in het nieuwe zorgstelsel te voorkomen. Aanvullende verzekeringen kunnen reeds op korte termijn een zeer effectief instrument voor risicoselectie vormen. Voor aanvullende verzekeringen bestaat namelijk geen acceptatieplicht en geen verbod op premiedifferentiatie, terwijl de markt voor basis- en aanvullende verzekeringen vrijwel als $\ddot{Z}\ddot{Z}$ markt functioneert.

Ons onderzoek (Prinsze et al., 2005) wijst uit dat zorgverzekeraars op grond van gezondheidsverklaringen bij de aanmelding voor aanvullende verzekeringen in staat zijn een goede inschatting te maken van het actuariële risico dat een aspirant verzekerde vormt voor de basisverzekering.¹ Risicoselectie via aanvullende verzekeringen leidt er uiteindelijk toe dat verzekerden die voor de basisverzekering voorspelbaar winstgevend zijn, premiekorting krijgen op aanvullende (of andere) verzekeringen. De voorspelbare winsten op de basisverzekering worden aldus afgeroomd. Omdat de voorspelbare verliezen niet in dezelfde mate op de aanvullende verzekeringen kunnen worden verhaald, zal de premie voor de basisverzekering geleidelijk steeds hoger worden. Verbetering van de risicoverevening is de beste manier om risicoselectie te vermijden en verdient daarom een hoge prioriteit.

De Zorgverzekeringswet

Het vereveningsysteem zoals voorgesteld in de nieuwe Zorgverzekeringswet komt globaal overeen met het huidige vereveningsysteem in de ziekenfondsverzekering. Grote problemen door risicoselectie lijken zich hierbij niet te hebben voorgedaan. Maar als gevolg van de Zorgverzekeringswet krijgen zorgverzekeraars meer prikkels en instrumenten voor risicoselectie.

De prikkels tot risicoselectie nemen toe, doordat de markt wordt opengesteld voor verzekeraars met een winstoogmerk. Het huidige vereveningsysteem functioneert in een markt waarin ziekenfondsen opereren die een lange traditie kennen van sociale solidariteit. In de toekomst kan elke commerciële schadeverzekeraar uit een EU-land toetreden tot de zorgverzekeringsmarkt.

Een extra prikkel kan ook uitgaan van een grotere verzekerdenmobiliteit. De meerderheid van de thans particulier verzekerden krijgt voor het eerst een reële mogelijkheid om individueel van verzekeraar te veranderen. 65-plussers, collectief verzekerden, chronisch zieken en hun gezinsleden en de meeste 50-plussers worden nu geweigerd of uitsluitend geaccepteerd tegen een sterk verhoogde premie of met beperkte dekking (bijvoorbeeld uitsluiting van bestaande ziekten). Voorts krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om via het contracteren van zorgverleners invloed uit te oefenen op het zorgproces. Dit kan er toe leiden dat verzekerden, in het bijzonder chronisch zieken, meer reden hebben om te switchen dan nu. Hierdoor neemt het belang van risicoselectie toe.

Daarnaast heeft de regering het voornemen geuit om op termijn de huidige kostencompensaties achteraf grotendeels af te bouwen. Dit vergroot het financiële risico van de verzekeraars en dus ook hun prikkel tot risicoselectie. De invoering van de Zorgverzekeringswet zal in eerste instantie leiden tot een verslechtering van de risicoverevening, omdat de risicokenmerken wel/niet arbeidsongeschikt, wel/niet werknemer, en wel/niet zelfstandig straks niet meer beschikbaar zijn. Het is nog onduidelijk in hoeverre hiervoor vervangende risicokenmerken beschikbaar zijn.

Als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet en een liberalisering van de prijs- en aanbodregulering krijgen de zorgverzekeraars meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het zorgproces. Risicoselectie kan dan plaatsvinden door het zorgproces zo te organiseren dat het onaantrekkelijk is voor de voorspelbaar verliesgevende verzekerden.

Daarnaast krijgen verzekeraars meer flexibiliteit bij het specificeren van de verzekeringsaanspraken van hun verzekerden in de basisverzekering. Zij kunnen bijvoorbeeld, binnen zekere grenzen, zelf de hoogte bepalen van de vergoeding voor bepaalde geneesmiddelen en zorgaanbieders. Ook dit biedt ruimere mogelijkheden voor risicoselectie dan momenteel aanwezig zijn.

Selectie via aanvullende verzekeringen

Op basis van de Ziekenfondswet mogen de huidige ziekenfondsen geen aanvullende verzekeringen verkopen. Wel zijn de meeste ziekenfondsen onderdeel van een concern, waarbinnen een particuliere verzekeraar (met dezelfde naam) de aanvullende verzekeringen verkoopt. Circa negentig procent van de ziekenfondsverzekerden heeft een aanvullende verzekering.

De meeste particuliere verzekeraars zeggen de aanvullende verzekering op zodra een verzekerde voor de verplichte ziekenfondsverzekering van zorgverzekeraar verandert. Kennelijk biedt de gecombineerde verkoop van aanvullende en basisverzekering zo veel (schaal)voordelen, dat het afzonderlijk verkopen van een aanvullende verzekering, los van de basisverzekering, weinig levensvatbaar is. Vrijwel alle mensen hebben de aanvullende en basisverzekering dan ook bij dezelfde verzekeraar afgesloten. De markt voor basis- en aanvullende verzekeringen functioneert zodoende vrijwel als één markt.

Voor aanvullende verzekeringen geldt echter geen acceptatieplicht. Risicoselectie kan daarom plaatsvinden door voor aanvullende verzekeringen uitsluitend verzekerden te accepteren, die voor de basisverzekering voorspelbaar winstgevend zijn en die ook de basisverzekering afsluiten bij hetzelfde concern.

Het belang van aanvullende verzekeringen zal de komende jaren toenemen. Doordat de overheid goeddeels is afgestapt van aanbodregulering en niettemin een limiet stelt aan de collectief gefinancierde zorguitgaven, kan zij alleen nog via een beperking van de collectieve zorgverzekeringsaanspraken binnen het gestelde uitgavenkader blijven.

Gezondheidsverklaringen

Bij de aanmelding voor aanvullende verzekeringen mag een verzekeraar aan aspirant verzekerden vragen een gezondheidsverklaring naar waarheid in te vullen. Hierbij mag ook gevraagd worden naar gezondheidsrisico's die relevant zijn voor de basisverzekering. De gezondheidsverklaringen voor de aanvullende verzekeringen stellen de verzekeraars in staat om een goede inschatting te maken van het actuarile risico dat een aspirant verzekerde vormt voor de basisverzekering.

Circa eenderde van de verzekerden is voorspelbaar verliesgevend voor de basisverzekering (Prinsze et al., 2005, blz.35). Dit verlies bedraagt gemiddeld ongeveer achthonderd euro per persoon. Tweederde is voorspelbaar winstgevend; gemiddeld circa 350 euro per persoon per jaar.² De voorspelbare winst per verzekerde op de basisverzekering kan groter zijn dan de premie voor de aanvullende verzekering, die thans circa 250 euro per jaar is. Door te selecteren kunnen verzekeraars een lagere premie voor de aanvullende verzekering vragen en aldus voor de basisverzekering voorspelbaar winstgevende verzekerden naar zich toe trekken.

Niet-selecterende verzekeraars blijven zitten met de voorspelbaar verliesgevende verzekerden en moeten hun basispremie verhogen. Zij kunnen de voorspelbare verliezen op de basisverzekering niet verdisconteren in een hogere premie voor aanvullende verzekeringen, omdat de voorspelbare verliezen veelal een veelvoud van de gemiddelde premie voor aanvullende verzekeringen zijn. Bovendien zou het voor een concurrerende verzekeraar die g  n basisverzekering aanbiedt, in dat geval aantrekkelijk worden om de aanvullende verzekering voor deze doelgroep afzonderlijk aan te bieden.

De verzekeraar die als laatste de selectiestrategie toepast, zal een relatief groot aandeel voorspelbaar verliesgevende verzekerden hebben en dus een relatief hoge premie voor de basisverzekering moeten vragen. Hierdoor zal hij nog meer voorspelbaar winstgevende verzekerden verliezen, zijn basispremie nog verder moeten verhogen en uiteindelijk slachtoffer worden van een fatale premiespiraal.³

Verzekeraars hebben een sterke prikkel om de selectiestrategie van concurrenten snel over te nemen. Een situatie waarin risicoselectie via aanvullende verzekeringen profijtelijk is en (nog) niet plaatsvindt, is een instabiel evenwicht. Aangezien de voorspelbare verliezen niet, of hooguit in beperkte mate, via de aanvullende verzekering kunnen worden gecompenseerd, zal het gemiddelde premieniveau voor de basisverzekering moeten stijgen. Hierdoor nemen de voorspelbare winsten toe en worden bovengenoemde ontwikkelingen versterkt.

Europese regelgeving

Teneinde de mobiliteit van voorspelbaar verliesgevende verzekerden voor de basisverzekering te vergroten, heeft de Tweede Kamer in het najaar van 2004 gepleit voor een wettelijk verbod op koppeling van basis- en aanvullende verzekeringen. Minister Hoogervorst heeft dit ontraden, onder andere omdat er een gerede kans is dat het in strijd is met de Europese richtlijnen voor schadeverzekeringen. Niettemin heeft de Tweede Kamer unaniem een motie aangenomen om verzekeraars te verbieden de aanvullende verzekering op te zeggen op het moment dat de verzekerde voor de basisverzekering van verzekeraar verandert. Het gewijzigde voorstel van de Zorgverzekeringswet dat is ingediend in de Eerste Kamer, bevat een dergelijke verbodsbepaling (artikel 120). Los van het feit dat deze bepaling waarschijnlijk in strijd is met Europees recht, is het verbod weinig effectief. Immers, niets belet een verzekeraar om in zo'n geval de premie voor de aanvullende verzekering voor de betreffende categorie verzekerden vanwege hoge administratie- en transactiekosten (sterk) te verhogen.

Ongunstige risicogroepen

Of de toename van de prikkels en instrumenten voor risicoselectie ook daadwerkelijk zal leiden tot risicoselectie, hangt mede af van de

mogelijkheden voor zorgverzekeraars om voorspelbaar verliesgevende verzekerden te identificeren.

Op basis van een literatuurstudie hebben wij een inventarisatie gemaakt van groepen verzekerden die bij het huidige vereveningsstelsel voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Zoals gezegd, is circa eenderde van de bevolking voorspelbaar verliesgevend. In het bijzonder blijken bij het huidige vereveningsmodel de volgende groepen verzekerden voorspelbaar verliesgevend te zijn: (1) personen met een aandoening waarmee in het huidige vereveningsstelsel niet expliciet rekening wordt gehouden, (2) personen met meerdere aandoeningen, (3) personen met een psychose, depressie of angststoornissen, (4) personen met functionele beperkingen in het dagelijkse leven, (5) personen die hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen, (6) personen met één of meer ziekenhuisopnamen in de afgelopen acht jaar, (7) personen die meerjarig behoorden tot de groep verzekerden met de hoogste kosten en (8) personen die veel gebruik hebben gemaakt van specialist, huisarts, fysiotherapeut, alternatieve genezer, wijkverpleging of gezinszorg.

Tabel 1 geeft voor een aantal groepen verzekerden een indicatie van de orde van grootte van het voorspelbaar verlies. Voor een aantal verzekerden zal gelden dat hun ziektekosten na enkele jaren convergeren naar het gemiddelde van hun risicogroep in het vereveningsstelsel (zogenaamde 'regressie naar het gemiddelde'). Het onderste gedeelte van tabel 1 laat echter zien dat een verzekeraar voor substantiele groepen verzekerden (varierend van vijf tot achttien procent van alle verzekerden) over een groot aantal jaren voorspelbare verliezen lijdt die variëren van circa vijfhonderd tot tweeduizend euro per persoon per jaar. Dankzij de huidige kostencompensaties achteraf worden deze voorspelbare verliezen ruwweg gehalveerd. [tabel 1](#)

Tabel 1. Voorspelbare verliezen voor subgroepen van verzekerden bij het huidige risicovereveningsmodel, zonder ex-post kostencompensaties

Subgroep	schatting omvang groep	indicatie voorspelbaar verlies per jaar
algemene gezondheidsindicatie (vorig jaar)		
ervaren gezondheid gaat wel / slecht	20,1%	û 540
beperkingen in lichamelijk functioneren	8,5%	û 870
beperkingen in activiteiten dagelijks leven	3,1%	û 1590
verwacht contact met specialist in komend jaar	29,3%	û 390
meer dan 5 gezondheidsklachten	29,7%	û 300
ten minste 3 aandoeningen	7,0%	û 890
maagaandoeningen	2,7%	û 3290
angststoornissen	3,5%	û 1100
depressie	2,3%	û 1080
diabetes II	2,1%	û 570
artrose knie, heup, hand (volwassenen)	6,2%	û 530
chronische huidziekte	5,0%	û 400
hypertensie laag	4,3%	û 400
migraine	6,8%	û 320
psychose	0,7%	û 1130
hoog cholesterol	1,5%	û 1300
gebruik pijn- en koortswerende middelen	10,8%	û 460
gebruik medicijnen tegen hoest, griep e.d.	8,4%	û 340
gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen	7,4%	û 500
gebruik plaspillen	5,1%	û 700
versterkende middelen	3,7%	û 770
gebruik tenminste 5 geneesmiddelen in 14 dagen	3,3%	û 1650
zorggebruik en kosten vorig jaar		
ten minste 4 maal contact huisarts in 2 maanden	4,1%	û 930
hoogste kosten vorig jaar	10,0%	û 2000
2 jaar geleden		
contact met specialist	37,0%	û 300
gebruik fysiotherapie	17,5%	û 400
ziekenhuisopname	9,6%	û 760
contact alternatieve genezers	7,6%	û 460
gebruik gezinsverzorging (alleen volwassenen)	3,0%	û 1300
gebruik wijkverpleging	2,3%	û 1470
eerdere jaren		
25% hoogste kosten in elk van de 3 voorafgaande jaren	10,6%	û 1500
hoogste kosten 4 jaar geleden	5,5%	û 1300
ziekenhuisopname 4 jaar geleden	6,8%	û 960
ervaren gezondheid 5 jaar geleden: gaat wel/slecht	17,9%	û 490
ten minste 3 aandoeningen in afgelopen 5 jaar	17,7%	û 770
4-8 jaar geleden in 2 jaren ziekenhuisopname	8,9%	û 2100
hoogste kosten 8 jaar geleden	4,9%	û 1000

Tegengaan van risicoselectie

Het verbeteren van het risicovereveningsstelsel is de beste manier om risicoselectie te vermijden. Midden jaren negentig bevatte het vereveningsmodel uitsluitend de risicofactoren leeftijd en geslacht. Geleidelijk zijn daar gezondheidsindicatoren aan toegevoegd. Hoewel Nederland thans het beste vereveningsstelsel ter wereld heeft, is het in het nieuwe zorgstelsel niet goed genoeg om risicoselectie tegen te gaan. Verdere verbetering is nodig.

Op basis van onze bevindingen komen wij tot de aanbeveling om nader onderzoek te doen naar het toevoegen van relevante, thans ontbrekende risicokenmerken, bijvoorbeeld meerjarige ziekenhuisopnamen, meerjarige zeer hoge kosten, meerdere gelijktijdige

aandoeningen, functionele beperkingen, psychische stoornissen en de keuze voor een vrijwillig hoog eigen risico.

Een effectieve manier om risicoselectie tegen te gaan, is verzekeraars achteraf gedeeltelijk te compenseren voor verliezen. Het nadeel hiervan is uiteraard dat de prikkel tot doelmatigheid voor de verzekeraars wordt gereduceerd. Deze vermindering van doelmatigheid moet worden afgewogen tegen de eerder genoemde nadelen van risicoselectie. De regering heeft aangekondigd de huidige kostencompensaties-achteraf in de komende jaren snel af te bouwen. Gezien de nadelen van risicoselectie rechtvaardigen de resultaten van ons onderzoek een herziening van dit standpunt.

Conclusie

Aanvullende verzekeringen zijn een zeer effectief instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Het is moeilijk voorspelbaar in hoeverre verzekeraars deze selectiestrategie zullen toepassen. Enerzijds zullen de grote zorgverzekeraars, die veelal zijn voortgekomen uit de sociale ziekenfondsen, hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voelen en een dergelijke selectie niet willen toepassen. Ook zullen zij rekening houden met het reputatieverlies dat risicoselectie met zich kan meebrengen. Anderzijds zullen zij zich niet afzijdig kunnen houden als verzekeraars die geen reputatie te verliezen hebben, genoemde selectiestrategie toepassen en daardoor goede risico's aantrekken.

Zolang de risicoverevening imperfect is, verdient het aanbeveling om terughoudend te zijn met het beperken van het pakket van de basisverzekering en bijgevolg het uitbreiden van aanvullende verzekeringen. Immers, hoe belangrijker aanvullende verzekeringen worden, hoe krachtiger zij worden als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Verbetering van de risicoverevening verdient een hoge prioriteit. Het is niet alleen de beste manier om risicoselectie in het nieuwe zorgstelsel te vermijden, maar het zorgt ook voor krachtige impulsen om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren.

Wynand van de Ven, Femmeke Prinsze, Doeska de Bruijn en Erik Schut

Literatuur

Prinsze, F.J., W.P.M.M. van de Ven, D. de Bruine & F.T. Schut (2005) *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering*. iBMG-rapport, EUR, maart.

1 Het volledige onderzoeksrapport is te bestellen via b.dekluiwer@erasmusmc.nl

2 Genoemde bedragen zijn exclusief de kostencompensaties achteraf.

3 De voorspelbaar verliesgevende verzekerden switchen niet, omdat zij elders niet geaccepteerd worden voor de aanvullende verzekering. Voorts blijkt uit empirisch onderzoek dat het vooral de gezonde verzekerden zijn die switchen.