

Premiekorting bij een eigen risico: solidariteit versus doelmatigheid

R.C. van Kleef, W.P.M.M. van de Ven
en R.C.J.A. van Vliet

*De auteurs zijn werkzaam bij het Instituut Beleid en
Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit.
r.vankleef@erasmusmc.nl*

Er zijn sterke aanwijzingen dat de risicoverevening tussen zorgverzekeraars niet volledig corrigeert voor gezondheidsverschillen tussen verzekerden mét en verzekerden zónder eigen risico. Deze verschillen kunnen na 2006 tot uitdrukking komen in de premie.

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden, met als gevolg dat iedere Nederlandse ingezetene een verzekeringsplicht heeft ten aanzien van het 'basispakket'. Een aspect van de nieuwe zorgverzekering is dat verzekerden kunnen kiezen uit vijf treden van een eigen risico, te weten 100, 200, 300, 400 en 500 euro per jaar. Hoe meer verzekerden hiervoor kiezen hoe groter de doelmatigheidswinst ten gevolge van het remgeldeffect¹.

De premiekorting voor een eigen risico ligt in de zorgverzekering een stuk lager dan in de voormalige particuliere ziektekostenverzekering². Een verklaring hiervoor is dat in de nieuwe zorgverzekering risicoverevening plaatsvindt tussen zorgverzekeraars. Kort gezegd houdt dit in dat verzekeraars een bijdrage ontvangen voor de relatief ongezonde verzekerden in hun portefeuille en een bijdrage betalen voor de relatief gezonde verzekerden. Als sprake is van 'perfecte risicoverevening'³ dan kunnen gezondheidsverschillen tussen verzekerden zonder eigen risico en verzekerden met een eigen risico niet tot uitdrukking komen in de premiestructuur. In het verzekeringsaanbod van 2006 loopt de korting voor een eigen risico van 500 euro uiteen van 75 tot 252 euro per jaar. Deze variatie duidt erop dat onder verzekeraars onzekerheid bestaat over het precieze effect van risicoverevening. Bij perfecte verevening lopen verzekeraars het risico om 'teveel' premiekorting weg te geven. Bij 'imperfecte verevening' kunnen verzekeraars met een (relatief) grote premiekorting marktaandeel winnen onder gezonde winstgevendende verzekerden met een voorkeur voor een hoog eigen risico.

Hoewel het precieze effect van risicoverevening pas aan het einde van 2006 kan worden vastgesteld, wordt in deze bijdrage alvast vooruitgeblikt op de mogelijke gevolgen van zowel perfecte als imperfecte verevening en wordt aan de hand van empirische bevindingen besproken welk scenario het meest waarschijnlijk is. Kernbegrippen hierbij zijn zelfselectie en solidariteit.

- 1 Hieronder wordt verstaan: de remmende werking van een eigen risico op de zorgconsumptie doordat de verzekerde in sterkere mate de prijs van zorg ervaart.
- 2 De particuliere ziektekostenverzekering in het tweede compartiment, zoals die bestond tot en met 2005.
- 3 Hiervan is sprake als de vereveningsbijdragen volledig corrigeren voor verschillen in gezondheid.

Zelfselectie

In 2006 zijn verzekeraars verplicht om verzekerden met dezelfde polisvariant en hetzelfde eigen risico dezelfde premiekorting te geven. Bij een gelijke korting zullen gezonde verzekerden eerder geneigd zijn een eigen risico te nemen dan ongezonde verzekerden (Van Kleef et al., 2005). Deze vorm van zelfselectie zal ertoe leiden dat binnen dezelfde premiegroep de gemiddelde zorgkosten van verzekerden mét een eigen risico lager zijn dan die van verzekerden zónder eigen risico. In een vrije verzekeringsmarkt is een verzekeraar gedwongen om zijn premiebeleid hierop af te stemmen: de premie voor verzekerden zonder eigen risico wordt verhoogd en de premie voor verzekerden met een eigen risico wordt verlaagd. Kostenverschillen als gevolg van verschillen in gezondheid tussen deze verzekerden komen dan tot uitdrukking in de premiestructuur. De premiekorting voor een eigen risico bestaat dan niet louter uit de verwachte eigen betaling van verzekerden en eventuele reducties in zorggebruik en administratiekosten, maar ook uit het effect van zelfselectie. Om deze reden lagen de premiekortingen voor een eigen risico in de voormalige particuliere ziektekostenverzekering vaak erg hoog. Soms zelfs hoger dan het eigen-risicobedrag (Bakker, 1997).

Risicoverevening

In de nieuwe zorgverzekering zullen deze gezondheidsverschillen in mindere mate tot uitdrukking kunnen komen in de premiekorting, door de aanwezigheid van risicoverevening. Risicoverevening heeft als doel om verzekeraars met een relatief 'on gezond' verzekerdenbestand te compenseren voor hun voorspelbaar grotere schadelast. Zodoende worden prikkels tot risicoselectie weggenomen en wordt voorkomen dat verzekeraars met solvabiliteitsproblemen of opwaartse premiespiralen worden geconfronteerd. Verzekeraars ontvangen een bijdrage voor de relatief ongezonde verzekerden in hun portefeuille en betalen een bijdrage voor de relatief gezonde verzekerden. Deze bijdragen worden vooraf vastgesteld en worden betaald aan, dan wel ontvangen uit het zorgverzekeringsfonds.

Indien de vereveningsbijdragen volledig corrigeren voor verschillen in gezondheid ('perfecte risicoverevening'), dan zal de premiekorting voor een eigen risico uitsluitend kunnen bestaan uit de eigen betalingen van verzekerden en eventuele reducties in zorggebruik en administratiekosten ten gevolge van het eigen risi-

co. Omdat het juist de gezonde verzekerden zijn die bij de huidige premiekortingen voor een eigen risico kiezen, zal de omvang van deze componenten in 2006 naar verwachting niet groot zijn. Als aan het einde van 2006 blijkt dat deze tezamen zelfs kleiner waren dan de verstrekte premiekorting, dan heeft de verzekeraar als het ware teveel korting weggeven en zal hij worden gedwongen om deze voor een volgend jaar te verlagen. Zoals beschreven in een eerdere bijdrage aan dit tijdschrift (Van Kleef et al., 2005), zal de premiekorting hierdoor in een neerwaartse spiraal terecht komen en zullen op termijn weinig verzekerden voor een (hoog) eigen risico kiezen. Hiermee kan in mindere mate worden geprofiteerd van de doelmatigheidswinst ten gevolge van het remgeldeffect.

Indien de vereveningsbijdragen *niet* volledig corrigeren voor verschillen in gezondheid ('imperfecte risicoverevening'), dan zullen verzekeraars aan het einde van 2006 tot de ontdekking komen dat na risicoverevening de gemiddelde kosten voor verzekerden met een eigen risico lager zijn dan die voor verzekerden zonder eigen risico. Een kleinere schadelast bij verzekerden met een eigen risico is dan niet uitsluitend het gevolg van de eigen betalingen en het remgeldeffect, maar ook van zelfselectie. Concurrentie dwingt verzekeraars om het premiebeleid hierop af te stemmen en de premiekorting te vergroten. Dit betekent dat de premie voor verzekerden met een eigen risico wordt verlaagd en de premie voor verzekerden zonder eigen risico wordt verhoogd. Het gevolg hiervan is een afname van solidariteit en een hogere nominale premie voor verzekerden zonder eigen risico ten opzichte van 2006. Mocht een verzekeraar hier niet in meegaan, dan loopt hij het risico dat gezonde verzekerden met een voorkeur voor een hoog eigen risico zullen vertrekken naar een concurrent die wél grote premiekortingen verstrekt. Als deze 'winstgevend' groep verzekerden vertrekt, zal de verzekeraar alsnog worden gedwongen de nominale premie te verhogen. Zodra dus één verzekeraar overgaat tot vergroting van de premiekorting zullen de anderen door concurrentie worden gedwongen dit ook te doen. De toename van de nominale premie voor verzekerden zonder eigen risico hangt dan af van de omvang van het selectie-effect na risicoverevening en het aantal verzekerden dat voor een eigen risico kiest.

Verwachtingen

De cruciale vraag luidt dus: hoe goed is het vereveningsmodel precies? Hoewel we pas na afloop van 2006 beschikken over de benodigde gegevens om deze vraag exact te beantwoorden, zijn er aanwijzingen dat het huidige model *niet* volledig corrigeert voor verschillen in gezondheid tussen verzekerden met en zonder eigen risico. Een eerste aanwijzing wordt gevonden in de resultaten van een recent uitgevoerde analyse op de verzekerdenportefeuille van een Zwitsers ziekenfonds (Van Kleef et al., 2006). Sinds de invoering van de basisverzekering in 1996 kunnen Zwitserse verzekerden kiezen uit vier treden van een vrijwillig eigen risico als aanvulling op een verplicht eigen risico aan de voet. In het betreffende onderzoek werd een schatting gemaakt van de kostenverschillen ten gevolge van verschillen in gezondheid tussen de groep verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico en de groep verzekerden met het *hoogste* vrijwillig eigen risico. De indexcijfers in tabel 1 laten zien in welke mate verschillende vereveningsmodellen corrigeren voor deze kostenverschillen. Uit de analyse bleek dat bij een met Nederland vergelijkbaar vereveningsmodel, gebaseerd op leeftijd en geslacht, regio, Farmacie Kosten Groepen (FKGs) en

Diagnose Kosten Groepen (DKGs) nog 28 procent van het niet geringe selectie-effect resteert.

Tabel 1. Effect van risicoverevening op kostenverschillen door verschillen in gezondheid tussen verzekerden met en zonder vrijwillig eigen risico

risicofactoren in het vereveningsmodel	indexcijfer voor kostenverschillen t.g.v. verschillen in gezondheid
geen	100
leeftijd/geslacht, regio	56
leeftijd/geslacht, regio, FKGs	30
leeftijd/geslacht, regio, FKGs, DKGs	28

Bron: Van Kleef et al. (2006).

Ondanks een aantal belangrijke verschillen⁴ tussen de Zwitserse en Nederlandse basisverzekering lijken de bovenstaande onderzoeksresultaten een goede indicatie te geven voor de Nederlandse situatie. Onderzoek naar zelfselectie in de Nederlandse ziektekostenverzekering laat namelijk vergelijkbare resultaten zien. Van de Ven en Van Vliet vonden een sterke mate van zelfselectie in de antwoorden op een enquêtevraag voorgelegd aan particuliere verzekerden over hun voorkeur voor een eigen risico. In overeenstemming met de resultaten in tabel 1 bleef na correctie voor leeftijd en geslacht nog 61 procent van dit zelfselectie-effect onverklaard (Van de Ven & Van Vliet, 1994). Ook Bakker vond in zijn onderzoek een sterke mate van zelfselectie. Hij legde aan ziekenfondsverzekerden een enquêtevraag voor over hun voorkeur voor een aanvullende verzekering voor medicijnkosten, indien voor deze kosten een verplicht eigen risico zou gelden. Na correctie voor leeftijd en geslacht bleef nog 73 procent van deze zelfselectie onverklaard. Na correctie voor leeftijd en geslacht alsmede medicijngebruik (vergelijkbaar met het "leeftijd en geslacht, regio, FKG"-model in tabel 1) bedroeg dit nog 44 procent (Bakker, 1997).

Een andere aanwijzing wordt gevonden in tabel 2, afkomstig uit de 'Monitor Risicoselectie' (De Bruijn et al., 2005). De eerste kolom geeft een vijftal indicatoren voor de algemene gezondheidstoestand van een individu. De tweede kolom geeft per indicator een schatting van de omvang van de betreffende groep en de derde kolom geeft aan wat voor die groep na risicoverevening het gemiddelde voorspelbare verlies is. Uit de resultaten blijkt dat het vereveningsmodel te weinig compenseert voor deze subgroepen. In het hierboven genoemde onderzoek door Bakker werd aangetoond dat verzekerden in deze subgroepen minder snel kiezen voor een eigen risico dan relatief 'gezonde' verzekerden (Bakker, 1997). Als dit ook het geval is in de huidige zorgverzekering, dan zullen verzekeraars door concurrentie worden gedwongen om het voorspelbare verlies voor verzekerden zonder eigen risico en de voorspelbare winst voor verzekerden met eigen risico terug te laten komen in de premiestructuur. Ten opzichte van een situatie zonder eigen risico's waarin alle verzekerden dezelfde premie betalen, leidt dit tot een afname van solidariteit⁵.

4 Belangrijke verschillen zijn onder andere: de inhoud van het pakket, de hoogte van de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico, de no-claim-regeling in Nederland en het verplichte eigen risico in Zwitserland.
5 Vanaf 2007 kunnen verzekeraars een grotere premiekorting geven bij een meerjarig eigen risico. Deze regeling zou het effect van zelfselectie na 2007 enigszins kunnen matigen.

Tabel 2. Voorspelbare verliezen voor subgroepen van verzekerden bij het risicovereveningsmodel-2006, zonder ex-post kostencompensaties

algemene gezondheidsindicatie (vorig jaar)	schatting omvang groep in procenten	voorspelbaar verlies in euro's
ervaren gezondheid gaat wel / slecht	16,9	> 540
bepierking in lichamelijk functioneren	8,5	> 870
bepierking in activiteiten dagelijks leven	3,1	1.590
verwacht contact met specialist komend jaar	29,3	390
meer dan vijf gezondheidsklachten	29,7	300

Bron: De Bruijn et al. (2005).

Conclusie

Er zijn sterke aanwijzingen dat het risicovereveningsmodel-2006 niet volledig corrigeert voor de verschillen in gezondheid tussen verzekerden mét een eigen risico en verzekerden zónder eigen risico. Concurrentie zal verzekeraars ertoe dwingen om deze verschillen tot uitdrukking te laten komen in de premie-structuur. Ten opzichte van een situatie waarin alle verzekerden dezelfde verzekeringsdekking hebben en dezelfde premie betalen, leidt dit tot een afname van solidariteit. De precieze omvang hiervan hangt af van de kwaliteit van het vereveningsmodel en het aantal verzekerden dat voor een eigen risico kiest. Mocht

een afname in solidariteit als onwenselijk worden beschouwd dan is er de mogelijkheid om de hoogte van het eigen risico op te nemen als verdeelkenmerk in de risicoverevening. Dit zal echter leiden tot lagere premiekortingen, minder verzekerden die voor een eigen risico kiezen en minder doelmatigheidswinst ten gevolge van de remmende werking van een eigen risico op de zorgconsumptie. Het al dan niet toestaan van een zelfselectie-effect op de premie(korting) lijkt daarmee een politieke keuze, waarbij een afweging moet worden gemaakt tussen solidariteit en doelmatigheid. ■

Richard van Kleef, Wynand van de Ven en René van Vliet

Literatuur

Bakker, F.M. (1997) *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziekte-kostenverzekeringen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit. Proefschrift

Bruijn, D. de, F.J. Prinze, F.T. Schut & W.P.M.M. Van de Ven (2005) *Monitor risicoselectie met bijzondere aandacht voor aanvullende verzekeringen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven & R.C.J.A. van Vliet (2006) *Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg; Zürich: Universiteit van Zürich; te verkrijgen via vankleef@bmg.eur.nl.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven & R.C.J.A. van Vliet (2005) Premiekorting bij een eigen risico: geen verbod op differentiatie. *Economisch Statistische Berichten*, 90, 203-205.

Ven, W.P.M.M. van & R.C.J.A. van Vliet (1994) Consumer information surplus and adverse selection in competitive health insurance markets: An empirical study. *Journal of Health Economics*, 14, 149-169.

Heb jij verstand van Nederland?

Werk je bij het Rijk, dan werk je aan Nederland. Het Rijk is de verzamelnaam voor alle ministeries en tientallen diensten en onderdelen, verspreid over het hele land. Daar werken zo'n 120.000 mensen aan maatschappelijk belangrijke vraagstukken en de uitvoering van uiteenlopende projecten. Van ouderenzorg en kinderopvang tot asielzoekers. Van voedselveiligheid en Europese regelgeving tot belastinghervormingen. Zaken die ons allemaal raken. Dat maakt het werken bij het Rijk zo bijzonder. Denk je verder en wil je verder? Kijk dan snel of er hiernaast iets voor je bij staat. Of ga naar www.werkenbijhetrijk.nl voor meer informatie en alle andere banen met inhoud.

Wetenschappelijk medewerker

Centraal Planbureau, Den Haag

De organisatie: Het Centraal Planbureau (CPB) stelt prognoses op en maakt economische analyses voor (inter)nationale beleidsdiscussies over maatschappelijke onderwerpen zoals de welvaartsstaat, productiviteit, innovatie, marktordening, Europese integratie en mobiliteit.

De functie: Je werkt veel aan prognoses van arbeidskosten en koopkracht voor publicatie in uitgaven als het Centraal Economisch Plan en de Macro Economische Verkenning. Ook analyseer je mede verkiezingsprogramma's en draag je bij aan de beantwoording van beleidsvragen van departementen en andere instellingen. Je werkt en overlegt, binnen en buiten de afdeling en het CPB, nauw samen met anderen. Naast dit 'lopend werk' is er ruimte voor onderzoek over (de doorwerking van) inkomens en prijzen.

Functie-eisen: We zoeken een enthousiaste algemeen econoom of econometrist. Je bent analytisch sterk, hebt een duidelijke affiniteit met empirisch werk en interesse voor beleidsvragen. Je bent flexibel, een uitstekende teamspeler en kunt goed omgaan met deadlines. Je beheerst het Nederlands en Engels uitstekend.

Arbeidsvoorwaarden: Brutomaandsalaris maximaal € 4.573,- (36-urige werkweek). Een open, informele en solidaire sfeer waarbij de inhoud van het werk voorop staat. Flexibele invulling van de 36-urige werkweek met onder andere een goede regeling voor kinderopvang, ouderschapsverlof, spaarloon en telewerken.

Informatie: www.werkenbijhetrijk.nl/EZPB06236-ES

www.werkenbijhetrijk.nl

Werken bij **het Rijk** Als je verder denkt