

Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg

De Tweede Kamer is bezorgd over risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, die de beoogde solidariteit ondermijnt. Debet aan de toegenomen risicoselectie is de inadequate risicoverevening, die bovendien zorgverzekeraars ontmoedigt te investeren in zorg voor chronisch zieken. Verbetering van de risicoverevening verdient daarom hoge prioriteit.

**WYNAND
VAN DE VEN**
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn de afgelopen jaren in toenemende mate goedkope zorgpolissen aangeboden die specifiek zijn afgestemd op doelgroepen, zoals hoogopgeleiden, studenten en buitenlandse werknemers, en die niet toegankelijk zijn voor anderen. De Tweede Kamer is bezorgd dat door deze risicoselectie de beoogde solidariteit tussen risicogroepen zoals gezonden en ongezonden wordt ondermijnd. Op 3 juli 2012 overlegt de Tweede Kamer met minister Schippers van VWS hierover (Tweede Kamer, 2012a). Een vraag die in het overleg centraal zal staan, is hoe ernstig het probleem van risicoselectie is en welke oplossingen er zijn.

ONDERMIJNING SOLIDARITEIT

De risicoverevening dient zorgverzekeraars vooraf te compenseren voor voorspelbare, gezondheidsgerelateerde kostenverschillen tussen verzekerden. Als de risicoverevening niet goed werkt, leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op chronisch zieken en voorspelbare winsten op gezonde verzekerden. Recent onderzoek heeft uitgewezen dat deze voorspelbare verliezen en winsten flink kunnen oplopen. Zo vinden Van Kleef *et al.* (2012) een voorspelbaar verlies van circa 400 euro per persoon per jaar voor mensen met een langdurige aandoening (circa

dertig procent van de bevolking) en een voorspelbare winst van circa 140 euro per persoon per jaar voor hoogopgeleiden inclusief studenten (circa twintig procent van de bevolking). Dit geeft verzekeraars prikkels tot risicoselectie (kader 1).

Een flink aantal polissen die thans worden aangeboden kunnen als risicoselectie, met als gevolg indirecte premiedifferentiatie, worden gekwalificeerd en ondermijnen de beoogde solidariteit. Promovendum, een aanbieder van zorgverzekeringen gericht op hoogopgeleiden, weigert laagopgeleiden te accepteren en biedt een premiekorting van in totaal circa zestien procent. Diverse studentenpolissen worden aangeboden met de premiekorting van een polis met een hoog vrijwillig eigen risico, maar waarbij uitsluitend aan de doelgroep een gratis aanvullende verzekering wordt aangeboden die vergoe-

Wat risicoselectie precies is

KADER 1

Op een concurrerende verzekeringsmarkt met risicoverevening kan risicoselectie worden gedefinieerd als "acties (anders dan premiedifferentiatie) door verzekerden of verzekeraars om de risicoheterogeniteit die niet in de premies of de vereveningsbijdragen tot uitdrukking is gebracht, uit te baten en het poolen van heterogene risico's te verhinderen" (Newhouse, 1996). Ondanks de wettelijke acceptatieplicht hebben zorgverzekeraars tal van instrumenten waarmee zij aan risicoselectie kunnen doen, zoals zorginkoopactiviteiten die gericht zijn op het buitensluiten van hoogrisico-verzekerden, aanvullende verzekeringen, collectiviteiten, de contracten met de zorgaanbieders, eigen zorginstellingen, koppelverkoop, selectief adverteren, de tussenpersonen, zorgpolissen die dagelijks opzegbaar zijn, en slechte dienstverlening (ZonMw, 2009); en het niet uitvoeren van de AWBZ (Van de Ven en Schut, 2010). Premiedifferentiatie is per definitie geen vorm van risicoselectie.

ding biedt voor de kosten die onder het eigen risico vallen. Zilveren Kruis en CZ bieden via besloten collectiviteiten vergelijkbare polissen aan voor tijdelijke werknemers uit Europa (www.seizoenarbeid.nl). BESURED is een financieel intermediair dat uitsluitend studenten en young professionals accepteert, meer korting biedt dan de wettelijk maximaal toegestane collectiviteitskorting van tien procent en dit onderbouwt met: "Studenten en young professionals declareren minder ziektekosten en hebben daarom recht op een lagere premie". De ZEKUR-polis is vanwege de zeer selectieve zorginkoop vooral aantrekkelijk voor jongvolwassenen zonder kinderwens. Volgens Douven en Mannaerts (2008) leveren vrouwen in de vruchtbare leeftijd zonder bevalling de zorgverzekeraar gemiddeld een winst op van circa 500 euro per jaar. Aangezien de ZEKUR-polis, net als de Blue-polis, niet jaarlijks – zoals gebruikelijk – maar in principe elk moment kan worden opgezegd, kunnen verzekerden op het moment dat zij ziek of zwanger worden overstappen naar een zorgverzekeraar met een minder selectief inkoopbeleid. Deze weefout in de Zorgverzekeringswet biedt gelegenheid tot vormen van risicoselectie waar zelfs een perfect vereveningssysteem, gebaseerd op jaarlijkse kosten, per definitie niet voor kan corrigeren.

Deze voorbeelden illustreren dat de beoogde solidariteit niet wordt gerealiseerd. In feite worden de kroonjuwelen van de Zorgverzekeringswet, te weten de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, ondermijnd. Gevolmachtigde verzekeringsagenten, verzekeraars en collectiviteiten zijn niet aan deze bepalingen van de Zorgverzekeringswet gebonden omdat zij zelf geen zorgverzekeraar zijn. Alvorens echter de Zorgverzekeringswet te veranderen, is het goed om eerst een gedegen analyse van het probleem te maken. Omdat risicoselectie zou moeten worden beperkt door risicoverevening, is het vooral van belang inzicht te hebben in de vraag hoe goed de risicoverevening anno 2012 is, en welk perspectief er is voor verbetering hiervan.

VERBETERING RISICOVEREVENING

Tabel 1 geeft voor 45 verzekerden-subgroepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken het gemiddelde gewogen voorspelbare verlies (GGVV) in de periode 1993–2012 (Van Kleef *et al.*, 2012). De 45 subgroepen zijn ontleend aan de jaarlijkse gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Zonder risicoverevening zou het GGVV voor de 45 subgroepen uitkomen op 1439 euro per patient. Door de vereveningskenmerken leeftijd, geslacht, regio, aard van het inkomen, farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), en sociaaleconomische status (SES) toe te voegen, neemt het GGVV af naar 426 euro in het model-2011. Voor verzekerden die op basis van hun geneesmiddelengebruik of ziekenhuisopname in jaar $t-1$ zijn ingedeeld in een FKG of DKG, ontvangen zorgverzekeraars extra vereveningsbijdragen ter compensatie van hun bovengemiddelde zorgkosten in jaar t . Het toevoegen van het vereveningskenmerk Meerjarig hoge kosten (MHK) in 2012 leidt tot een verdere daling van het GGVV met 22 procent ($100 \times ((426-333) : 426)$). Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat het vereveningsmodel over de periode 1993–2012 sterk is verbeterd, maar dat bepaalde subgroepen blijkbaar nog steeds voorspelbaar verliesgevend zijn.

TOENAME PRIKKELS TOT RISICOSELECTIE

In de afgelopen twee decennia zijn in aanvulling op de risicoverevening verschillende ex-post kostencompensaties toegepast waarmee verzekeraars achteraf een gedeeltelijke compensatie hebben ontvangen op basis van de gerealiseerde kosten. Deze kostencompensaties verminderen de prikkel tot risicoselectie, maar ook de prikkel tot doelmatigheid. Om verzekeraars te prikkelen tot doelmatige zorginkoop zijn deze ex-post kostencompensaties in de loop der jaren afgebouwd. Dit heeft geresulteerd in een toename van het financieel risico voor zorgverzekeraars van 3 procent in 1993 naar 92 procent in 2012. Met financieel risico wordt bedoeld: de mate waarin individuele verzekeraars gemiddeld zelf opdraaien voor afwijkingen tussen de door het vereveningsmodel voorspelde kosten en de feitelijke kosten. Figuur 1 toont de ontwikkeling van het financieel risico voor verzekeraars sinds de invoering van de risicoverevening in 1993. De regering heeft het voornemen het financieel risico verder te verhogen tot 100 procent in 2015 (Tweede Kamer, 2011). Een combinatie van figuur 1 met de resultaten in tabel 1 geeft een indicatie dat de prikkels tot risicoselectie sinds de introductie van de Zvw zijn toegenomen: 92 procent financieel risico op een GGVV van 333 euro (2012) geeft per saldo een groter verlies dan 53 procent financieel risico op een GGVV van 429 euro (2006).

BEDREIGING VOOR DE KWALITEIT VAN ZORG

Ondermijning van de beoogde solidariteit is een in het oog springend effect van risicoselectie. Onderbelicht is echter een veel groter risico van risicoselectie, namelijk het structureel beknibbelen op investeringen in de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. De prikkel tot deze sluipende, onzichtbare vorm van risicoselectie komt voort uit de voorspelbare verliezen van honderden euro's per persoon per jaar op groepen hoogrisico-verzekerden. Tabel 2 zoomt in op een aantal subgroepen waarvoor het vereveningsmodel-2012 ondercompenseert. Uit de laatste kolom blijkt dat het voorspelbare verlies per subgroep op macroniveau kan oplopen tot ruim twee miljard euro. Opgemerkt zij dat een aantal mensen in meer

Verbetering vereveningsmodel¹

TABEL 1

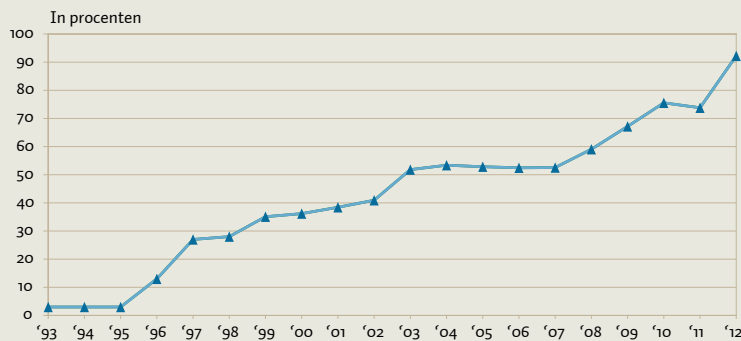
Periode	Vereveningskenmerken die zijn toegevoegd	GGVV voor 45 subgroepen in euro's	Procentuele daling GGVV ten opzichte van "geen verevening"	R ² (× 100) op individueniveau
	Geen	1439	-	-
1993–1994	Leeftijd en geslacht	842	41	5,97
1995–2001	Regio	835	42	6,01
	Aard van het inkomen	736	49	6,83
2002–2003	Farmaciekostengroepen	475	67	15,92
2004–2007	Diagnosekostengroepen	429	70	24,99
2008–2011	Sociaaleconomische status	426	70	25,04
2012	Meerjarig hoge kosten	333	77	29,61

¹ Het model bevat niet de ggz. De definitie van kosten en vereveningskenmerken zijn conform het vereveningsmodel-2012, terwijl het kostenniveau cijfers uit 2009 betreft.

Bron: Van Kleef *et al.*, 2012

Gemiddeld financieel risico voor verzekeraars¹

FIGUUR 1



¹ Exclusief de ggz-kosten en exclusief de bandbreedteregeling; onder veronderstelling van macroncalculatie.

Bron: Van Kleef et al., 2012

dan één subgroep zit, waardoor het optellen van de verliezen van alle subgroepen geen betekenis heeft.

Bij imperfecte risicoverevening hebben zorgverzekeraars geen financiële prikkel om zo veel mogelijk in te spelen op de preferenties van de groepen verzekerden die een voorspel-

baar verlies opleveren; veelal de chronisch zieken. Een zorgverzekeraar die de beste zorgarrangementen voor hen zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel voorspelbaar verliesgevend verzekerden aantrekken en de nominale premie moeten verhogen (kader 2). Dit verslechtert de marktpositie van de zorgverzekeraar bij het behouden of aantrekken van overige groepen verzekerden. Uiteindelijk kan de zorgverzekeraar failliet gaan, of zich richten op het relatief kleine marktsegment van chronisch zieken die een hoge nominale premie kunnen en willen betalen.

Daar komt bij dat de zorgverzekeraars ook geen financiële prikkel hebben om zo veel mogelijk te investeren in zorgvernieuwing en verbetering van de kwaliteit van zorg voor groepen verzekerden voor wie zij structureel een voorspelbaar verlies lijden. Bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders spelen veelal ook de langetermijnrelaties een belangrijke rol. Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat ook de langetermijninvesteringsplannen van de zorgaanbieders een rol spelen bij deze onderhandelingen. Ad Poppelaars, oud-directeur van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), stelt: "Als jouw ziekte niet op het vereveningslijstje staat, jammer. Dan zijn verzekeraars je liever kwijt dan rijk." (De Telegraaf, 2006). Ook heeft Zorgverzekeraar Achmea (2011) vorig jaar de Tweede Kamer in een brief gewaarschuwd dat de risicoverevening nog niet adequaat is en dat zorgverzekeraars worden ontmoedigd te investeren in de zorg voor chronisch zieken. Tot nu toe hebben regering en parlement weinig aandacht besteed aan deze noodkreet van de grootste zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars realiseren zich kennelijk maar al te goed dat indien zij doen wat de samenleving van hen verlangt, namelijk goede zorg inkopen vooral voor chronisch zieken, zij hiervoor door de markt financieel worden afgestraft. Omdat de kwaliteit van zorg, naast de toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan, een publiek belang is dat de overheid dient te waarborgen, doet de overheid er goed aan deze onmogelijke spagaat waarin de zorgverzekeraars zich thans bevinden snel te beëindigen.

VERDERE VERBETERING RISICOVEREVENING

Omdat op mensen met een langdurige aandoening het meeste voorspelbare verlies wordt geleden (tabel 2), is het raadzaam

Gemiddeld financieel resultaat in jaar t per persoon per subgroep bij vereveningsmodel-2012¹

TABEL 2

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting procentuele omvang subgroep ten opzichte van Zvw-populatie	Gemiddelde kosten per persoon in jaar t in euro's	Gemiddelde voorspelbare verlies per persoon in jaar t in euro's bij het vereveningsmodel-2012	Totale voorspelbare verliezen in miljoenen euro's in jaar t bij het vereveningsmodel-2012 ²
Ten minste één langdurige aandoening	32,6	3100	426	2262
Specialist geconsulteerd in afgelopen twaalf maanden	41,2	2686	333	2232
Slechtste score fysieke gezondheid	18,8	3906	686	2098
Slechtste score algemene gezondheid	19,6	3932	646	2065
Medicijn op recept afgelopen veertien dagen	39,7	2917	270	1745
Fysiotherapie afgelopen twaalf maanden	19,5	2523	358	1140
Hoge bloeddruk	13,7	3532	413	919
Slechtste score psychische gezondheid	18,6	2394	292	884
Hulpmiddelen gebruikers, 12 jaar en ouder	5,6	4944	858	782
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	3,8	4196	690	427
AWBZ-indicatie	3,9	5263	380	244

¹ Kostenniveau 2009, exclusief de vaste kosten ziekenhuiszorg. Alle subgroepen volgen uit de indeling in Van Kleef et al. (2012), behalve 'AWBZ-indicatie' die uit Thiel et al., (2012) volgt.

² Berekend als de omvang van de subgroep als fractie van de Zvw-populatie vermenigvuldigd met het gemiddelde voorspelbare verlies per persoon per jaar voor die subgroep en vermenigvuldigd met 16,29 miljoen Zvw-verzekerdenjaren.

Bron: Van Kleef et al., 2012; Thiel et al., 2012

Goede reputatie voor chronische zorg kan leiden tot financiële verliezen

KADER 2

Beaulieu et al. (2006) bespreken de casus van een Health Maintenance Organization (HMO) in de Verenigde Staten die een succesvol Diabetesmanagement-programma heeft opgezet. Dit programma biedt kosteneffectieve diabeteszorg die resulteert in zowel verbeterde gezondheidsuitkomsten voor de diabetespatiënten als lagere zorgkosten. Na enkele jaren bleek de HMO op dit programma financiële verliezen te lijden omdat ze juist vanwege dit programma geconfronteerd werd met een toenemende oververtegenwoordiging van diabetespatiënten in haar verzekerdenportefeuille en geen compensatie kreeg voor de hogere kosten van diabetespatiënten in vergelijking tot niet-diabetespatiënten.

om voor deze groep te kijken hoe de risicoverevening kan worden verbeterd. Een eerste oorzaak van dit voorspelbare verlies is dat niet alle langdurige aandoeningen momenteel in een van de kostengroepen voor farmacie (FKG) of diagnose (DKG) zijn opgenomen. Een tweede oorzaak is dat niet alle verzekerden met een FKG- of DKG-aandoening ook voor deze FKG of DKG in aanmerking komen. Dit suggereert ten minste drie oplossingsrichtingen ter verbetering van het vereveningsmodel. Een eerste optie betreft het opnemen van nieuwe vereveningskenmerken, zoals hulpmiddelen-kostengroepen, Geestelijkegezondheids-kostengroepen, DKG's op basis van niet-klinisch zorggebruik, meerjarige DKG's, een criterium voor Meerjarig lage kosten en een criterium voor wel of geen vrijwillig eigen risico. Aan de hand van dergelijke criteria zal een beter onderscheid kunnen worden gemaakt tussen verzekerden met en zonder een langdurige aandoening. Daardoor zullen de voorspelbare verliezen in tabel 2, en de voorspelbare winsten op de complementaire groepen, naar verwachting afnemen. Minister Schippers heeft aangegeven ernaar te streven om in 2013 in de risicoverevening rekening te houden met een criterium gebaseerd op AWBZ-indicatie (kader 3). Hiermee wordt een eerste stap gezet ter verdere verbetering van de risicoverevening. Een tweede interessante optie om de risicoverevening te verbeteren is het verruimen van de huidige FKG- en DKG-criteria, zodat meer verzekerden met de betreffende aandoening gecompenseerd worden. Voor zover dit ontoereikend is, is een derde optie het overcompenseren van mensen in een FKG of DKG, zodat verzekeraars op de gehele groep met de betreffende aandoening, inclusief degenen die niet bij een FKG of DKG zijn ingedeeld, niet langer een voorspelbaar verlies lijden. Empirisch onderzoek moet uitwijzen hoeveel de normbedragen bij FKG's en DKG's precies moeten worden verhoogd om de voorspelbare verliezen in tabel 2 zo veel mogelijk te verkleinen.

CONCLUSIE

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de prikkels tot risicoselectie toegenomen. Het is een illusie te denken dat zorgverzekeraars ongevoelig zijn voor de voorspelbare winsten en verliezen die het gevolg zijn van onvoldoende compensatie in de risicoverevening. Zodra een zorgverzekeraar begint met profijtelijke risicoselectie, zullen de andere zorgverzekeraars uit concurrentieoverwegingen

niet achter kunnen blijven. Het grootste gevaar bij risicoselectie zit in het afhouden van verliesgevend verzekerden zoals chronisch zieken. Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld investeringen in goede kwaliteit zorg voor voorspelbaar verliesgevend verzekerden structureel achterwege laten, kan deze sluipende, onzichtbare vorm van risicoselectie op termijn tot gevolg hebben dat de zorg voor (bepaalde groepen) chronisch zieken langzaam maar zeker verschaalt. Aangezien niemand weet hoe goed de zorg zou zijn geweest als de prikkels correct waren geweest, zal de angst voor reputatieschade niet effectief zijn om dit te voorkomen. De waarschuwing van de grootste zorgverzekeraar dat de niet-adequate risicoverevening uiteindelijk kan leiden tot een verschraling van de kwaliteit zorg voor chronisch zieken moet serieus worden genomen. Voorkomen moet worden dat over twintig jaar een parlementaire enquêtecommissie concludeert dat de teruglopende kwaliteit van zorg voor (bepaalde groepen) chronisch zieken een logisch gevolg is geweest van de tekortschietende risicoverevening. Verdere verbetering van de risicoverevening verdient daarom hoge prioriteit. Zodra zorgverzekeraars voor alle groepen chronisch zieken adverteren met "kom bij ons want wij hebben de beste zorg voor u gecontracteerd", geeft de markt een indicatie dat de risicoverevening op orde is. Zolang dit niet het geval is, verdient het aanbeveling jaarlijks de voorstelkracht van de risicoverevening te evalueren door het berekenen van de voorspelbare verliezen voor kwetsbare groepen zoals de chronisch zieken en vervolgens passende maatregelen te nemen om te voorkomen dat zorgverzekeraars worden geconfronteerd met perverse prikkels.

Risicoselectie en AWBZ-indicatie

KADER 3

Op alle verzekerden met een AWBZ-indicatie (circa 800.000 verzekerden in 2009) lijden de zorgverzekeraars een verlies van gemiddeld 1700 euro per persoon per jaar (Tweede Kamer, 2012b). Hoewel een zorgverzekeraar vooraf niet precies kan voorspellen wie het volgende jaar een AWBZ-indicatie zal krijgen, is dit geen belemmering voor risicoselectie. Een zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld besluiten de AWBZ niet uit te voeren in combinatie met het aanbieden van een dagelijks opzegbare zorgverzekering. Verzekerden die verwachten van de AWBZ gebruik te zullen gaan maken, kunnen dan op elk moment een andere zorgverzekeraar kiezen die de AWBZ wel uitvoert.

LITERATUUR

- Achmea (2011) *Brief van Achmea aan de leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Zeist, 7 september.
- Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson en P. O'Connor (2006) The business case for diabetes disease management for managed care organizations. *Forum for Health Economics & Policy*, 9(1), 1-36.
- De Telegraaf (2006) Chronisch zieken kijken met vrees naar komend zorgjaar. *De Telegraaf*, 2 oktober.
- Douven, R.C.M.H. en H. Mannaerts (2008) Doelmatige zorg versus risicoselectie. *ESB*, 91(4530), 132-135.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) *Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau*. Rotterdam: iBMG.
- Newhouse, J.P. (1996) Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*, 34(september), 1236-1263.
- Thiel, J.H., M.M. van Asselt en R. Goudriaan (2012) *Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet*. Den Haag: APE.
- Tweede Kamer (2011) *Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport*. 32620(6).
- Tweede Kamer (2012a) *Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport*. 29689(388).
- Tweede Kamer (2012b) *Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport*. 29689(380).
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (2010) Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onvoldoende. *ESB*, 95(4591), 486-489.
- ZonMw (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.