

Risicoselectie tegengaan met behoud van doelmatigheid

Ter voorkoming van risicoselectie wordt de risicoverevening tussen zorgverzekeraars per 2016 uitgebreid met een vereveningskenmerk dat gebaseerd is op het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Een belangrijk nadeel van dit nieuwe kenmerk is dat het de prikkels voor doelmatigheid vermindert. Recent is een methode ontwikkeld waarmee selectie tegen gebruikers van wijkverpleging kan worden voorkomen met behoud van doelmatigheid.

RICHARD VAN KLEEF

Universitair hoofd-
docent aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

RENÉ VAN VLIET

Universitair hoofd-
docent aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op principes van gereguleerde concurrentie. Dit houdt in dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van verzekeren, maar binnen een wettelijk kader ter bescherming van publieke belangen, zoals solidariteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Een cruciaal onderdeel van het wettelijk kader betreft de risicoverevening – een systeem dat verzekeraars moet compenseren voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekeren. Deze compensatie is cruciaal omdat verzekeraars hun premie niet mogen laten afhangen van de leeftijd en gezondheid van verzekeren. Zonder een goede risicoverevening zijn gezonde mensen voorspelbaar winstgevend en chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend, waardoor verzekeraars worden geconfronteerd met prikkels voor risicoselectie.

Een groep die in 2015 fors voorspelbaar verliesgevend is, betreft verzekeren die in het voorgaande jaar gebruik hebben gemaakt van extramuraal verpleging en persoonlijke verzorging, ook wel wijkverpleging genoemd. Ter voorkoming van risicoselectie breidt minister Schippers het risicovereveningsmodel per 2016 uit met een specifiek vereveningskenmerk voor deze groep. Concreet betekent dit dat gebruik van wijkverpleging in enig jaar leidt tot een

hogere vereveningsbijdrage in het volgende jaar. Hoewel dit nieuwe vereveningskenmerk ervoor zorgt dat de groep in kwestie gemiddeld niet langer voorspelbaar verliesgevend is, heeft het als belangrijk nadeel dat het de prikkels voor doelmatigheid vermindert (Stam *et al.*, 2015). Immers, onnodig gebruik van wijkverpleging in enig jaar kan leiden tot een hogere vereveningsbijdrage in het volgende jaar. Verzekeraars hebben daardoor minder belang bij het tegengaan van onnodig gebruik. Minister Schippers erkent dit probleem en heeft aangekondigd het vereveningskenmerk op basis van wijkverpleging in het voorgaande jaar uiterlijk in 2019 te vervangen door medisch inhoudelijke vereveningskenmerken (Tweede Kamer, 2015). Hiermee doelt de minister op kenmerken die directer samenhangen met de gezondheidstoestand van verzekeren. Dergelijke kenmerken liggen echter niet voor het oprapen. Gebruikers van wijkverpleging kampen veelal met specifieke gezondheidsproblemen, waardoor zij op basis van objectieve medisch inhoudelijke kenmerken lastig zijn te identificeren. Mogelijk kan de groep in zekere mate worden geïdentificeerd met informatie uit gezondheidsenquêtes (Stam en Sonneveld, 2015). Een probleem met enquête-informatie is echter dat deze geen landelijke dekking heeft en daarmee ongeschikt is als vereveningskenmerk.

Omdat het allerminst zeker is dat het nieuwe vereveningskenmerk gebaseerd op wijkverpleging per 2019 volledig kan worden vervangen door medisch inhoudelijke kenmerken, is het goed alvast na te denken over alternatieve maatregelen om risicoselectie tegen de gebruikers van wijkverpleging tegen te gaan. Een eerste alternatief is het toepassen van risicodeling tussen verzekeraars en het vereveningsfonds, waarbij verzekeraars ex post (deels) worden gecompenseerd op basis van gemaakte kosten. Een belangrijk nadeel van dit instrument is echter dat het de prikkels tot doelmatigheid vermindert en daarmee onnodig gebruik en onnodig hoge prijzen van zorg in de hand kan werken. Minister Schippers streeft er daarom naar om de ex post

compensaties die nu nog bestaan per 2017 af te schaffen (Tweede Kamer, 2014). Een tweede alternatief is het bestaan van enige mate van premiedifferentiatie. Als zorgverzekeraars het tekort op de gebruikers van wijkverpleging kunnen compenseren met een hogere premie voor hen, dan hebben zij geen financieel belang meer om deze groep te weren. Hoewel dit instrument in theorie zeer effectief is, heeft het als belangrijk nadeel dat het de risicosolidariteit vermindert waardoor de betaalbaarheid van de zorgverzekering voor kwetsbare groepen in gevaar komt. De nadelen van risicodeling en premiedifferentiatie maken toepassing hiervan niet aantrekkelijk. Een derde alternatief, aangeduid met *constrained regression* (CR), kan uitkomst bieden. Deze methode is recent voorgesteld door Van Kleef *et al.* (2015a; 2015b) en maakt het mogelijk om risicoselectie tegen gebruikers van wijkverpleging tegen te gaan met behoud van prikkels tot doelmatigheid. Maar om deze methode op waarde te kunnen schatten is het belangrijk inzicht te hebben in de precieze werking en effecten ervan.

RISICOVEREVENING EN DE CR-METHODE

Concreet komt de risicoverevening erop neer dat verzekeraars een compensatie ontvangen voor elke verzekerde die bij hen is aangesloten, waarbij rekening gehouden wordt met een aantal kenmerken van die verzekerde, ook wel vereveningskenmerken genoemd. Over het algemeen is de compensatie hoger voor ouderen en chronisch zieken dan voor jonge, gezonde verzekerden. De afgelopen decennia heeft het vereveningsmodel een flinke ontwikkeling doorgemaakt: waar het bij de invoering in de Ziekenfondswet in 1993 uitsluitend rekening hield met leeftijd en geslacht, zijn er in de loop der tijd de volgende vereveningskenmerken aan toegevoegd: regio, aard van het inkomen (AvI), farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), sociaal-economische status (SES), meerjarig hoge kosten (MHK) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Regio staat voor een indeling van verzekerden naar postcodeclusters gebaseerd op regionale kenmerken. AvI staat voor een indeling naar het type inkomstenbron en maakt bijvoorbeeld een onderscheid tussen bijstandsuitkering en inkomen uit zelfstandig ondernemerschap. FKG's, DKG's, HKG's en MHK vormen de meest directe gezondheidsindicatoren. Deze worden afgeleid uit medicijngebruik, ziekenhuisbehandelingen, hulpmiddelengebruik, respectievelijk hoge zorgkosten in het verleden. SES staat voor een indeling op basis van huishoudinkomen.

Een gebruikelijke manier om te beoordelen in hoeverre risicoverevening de prikkels voor risicoselectie vermindert, is te kijken naar de gemiddelde onder- of overcompensatie voor selecte groepen verzekerden met een slechte dan wel een goede gezondheid. Daarbij bestaat de onder- of overcompensatie uit het verschil tussen de gemiddelde voorspelde kosten volgens het vereveningsmodel minus de gemiddelde feitelijke kosten. Tabel 1 toont de onder- en overcompensatie voor de variabele zorgkosten, dat wil zeggen alle zorgkosten onder de Zorgverzekeringswet met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleging, en van de vaste zorgkosten. Uit de tabel blijkt dat het vereveningsmodel van 2015 (kolom 'RV 2015') leidt tot een forse afname van de onder-/overcompensa-

ties ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening (kolom 'Geen RV'). Uit de tabel blijkt echter ook dat het vereveningsmodel van 2015 de onder- en overcompensaties niet volledig wegneemt.

Voor de groep met wijkverpleging in het voorgaande jaar leidt het vereveningsmodel van 2015 tot een gemiddelde ondercompensatie van 1.231 euro per persoon per jaar. Zoals gezegd, zijn de kosten van wijkverpleging zélf daar nog niet in meegenomen. De reden om deze kosten buiten beschouwing te laten, is dat individuele verzekeraars hier in 2015 maar beperkt risico over lopen omdat een hoge mate van risicodeling met het vereveningsfonds wordt toegepast. Zonder risicodeling voor de kosten van wijkverpleging zou de gemiddelde ondercompensatie voor de groep in kwestie zijn uitgekomen op 4.751 euro per persoon per jaar (Van Vliet en Van Kleef, 2014). Met het nieuwe vereveningskenmerk gebaseerd op wijkverpleging in het voorgaande jaar wordt deze ondercompensatie, en daarmee ook de prikkel voor risicoselectie tegen deze groep, volledig weggenomen. Nadeel van dit nieuwe vereveningskenmerk is echter dat het tevens de prikkels voor doelmatigheid met betrekking tot wijkverpleging vermindert. Met CR kunnen de prikkels voor risicoselectie worden weggenomen mét behoud van doelmatigheid.

De methode van CR is gelijk aan het huidige vereveningsmodel, maar met een cruciale uitbreiding. Het huidige vereveningsmodel is feitelijk een voorspelmodel voor individuele zorgkosten. Op basis van de vereveningskenmerken leeftijd, geslacht, regio, AvI, FKG's, DKG's, SES, MHK en HKG's onderscheidt het model van 2015 in totaal 138 risicoklassen, geoperationaliseerd als dummyvariabelen. Uitgaande van de meest recente informatie over zorgkosten en kenmerken van verzekerden (N = 16,7 miljoen) wordt voor elk van deze dummyvariabelen

Risicoverevening voor de variabele zorgkosten

TABEL 1

Subgroepen gebaseerd op enquête informatie uit voorgaand jaar	Omvang in procenten	Gemiddelde ondercompensatie (-) of overcompensatie in euro's per persoon per jaar	
		Geen RV	RV 2015
Slechtste score algemene gezondheid	19,2	-2.256 ***	-331 **
Ten minste 1 langdurige aandoening	32,7	-1.463 ***	-210 **
10 procent slechtste score fysieke gezondheid	9,4	-3.974 ***	-1.217 ***
Ten minste 1 keer slechtste score ADL	3,2	-5.480 ***	-1.286 ***
Bezoek specialist afgelopen 12 maanden	39,3	-1.046 ***	-189 **
Gebruik hulpmiddelen	7,7	-3.828 ***	-1.129 ***
Gebruik wijkverpleging	2,7	-6.848 ***	-1.231 ***
Gebruik fysiotherapie	2,4	-4.574 ***	-922 ***
Geen langdurige aandoening	67,3	842 ***	116 ***
Geen zorggebruik	18,7	1204 ***	208 ***

*** Significant op vijf- en eenprocentniveau

Bron: Van Kleef *et al.*, 2015a

multivariaat een coëfficiënt geschat, ook wel normbedrag genoemd. Dit gebeurt met de kleinstekwadratenmethode. Vervolgens worden per verzekerde de voorspelde kosten bepaald als de som van de normbedragen over alle risicoklassen waarin de verzekerde voorkomt. CR volgt exact dezelfde procedure, maar met één cruciale uitbreiding: bij het schatten van de normbedragen wordt de restrictie opgelegd dat voor een of meerdere groepen – bijvoorbeeld verzekerden met wijkverpleging in het voorgaande jaar – de voorspelde kosten gelijk moeten zijn aan een bepaald bedrag, bijvoorbeeld de werkelijke kosten. Evenals de huidige schattingsprocedure leidt CR tot normbedragen die voldoen aan het kleinstekwadraten criterium, maar dan gegeven de opgelegde restrictie.

Er is een cruciaal verschil tussen het opnemen van de groep met wijkverpleging in het voorgaande jaar als dummyvariabele in het vereveningsmodel, zoals dat per 2016 zal gebeuren, en het toepassen van een restrictie op de ondercompensatie voor deze groep middels CR. Bij opname van een dummyvariabele leidt het gebruik van wijkverpleging in enig jaar tot een hogere vereveningsbij-

drage in het volgende jaar, wat de prikkels voor doelmatigheid vermindert. Opname van een restrictie leidt eveneens tot een hogere vereveningsbijdrage voor deze groep, alleen niet via het gebruik van wijkverpleging zelf maar via andere kenmerken die verzekerden in deze groep met elkaar gemeen hebben, zoals een hoge leeftijd, FKG, DKG, HKG en MHK. Hierdoor blijven de doelmatigheidsprikkels met betrekking tot wijkverpleging intact.

EMPIRISCHE ILLUSTRATIE

In recent onderzoek (Van Kleef *et al.*, 2015a; 2015b) is CR toegepast op data die zijn gebruikt voor de schatting van de officiële normbedragen van 2015. Tabel 2 (kolom 'CR') presenteert de belangrijkste uitkomsten van een van de onderzochte varianten, namelijk het vereveningsmodel van 2015 uitgebreid met de restrictie dat voor de groep met wijkverpleging in het voorgaande jaar de voorspelde kosten gelijk zijn aan de werkelijke kosten. Voor een beoordeling van de effecten van CR is het belangrijk om onderscheid te maken tussen risicogroepen die het vereveningsmodel expliciet via dummyvariabelen onderscheidt en groepen waarvoor dat niet het geval is. Het effect werkt voor deze groepen namelijk in tegengestelde richting.

De bovenste helft van tabel 2 toont de onder- en overcompensaties voor de tien groepen uit tabel 1, die het vereveningsmodel niet expliciet onderscheidt. Het wekt geen verbazing dat de ondercompensatie voor de gebruikers van wijkverpleging in het voorgaande jaar precies op nul uitkomt. Dit is het directe gevolg van de restrictie. Veel opmerkelijker is het indirecte effect van de restrictie: ook voor de andere negen groepen neemt de onder- of overcompensatie substantieel af. De verklaring hiervoor is dat de restrictie leidt tot een verhoging van de normbedragen voor risicoklassen die positief samenhangen met het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Dit zijn bijvoorbeeld de hogere leeftijdsklassen, farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), meerjarig hoge kosten (MHK) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Omdat deze risicoklassen tevens samenhangen met de andere groepen in de bovenste helft van tabel 2, treedt ook voor die groepen een verbetering op. Voor de ongezonde groepen, die positief samenhangen met leeftijd, FKG, DKG, HKG en MHK, betekent dit een afname van de ondercompensatie. Voor de gezonde groepen, die negatief samenhangen met deze kenmerken, betekent dit een afname van de overcompensatie.

De onderste helft van tabel 2 toont de uitkomsten voor tien risicoklassen die het vereveningsmodel wel expliciet onderscheidt. De normbedragen voor het model van 2015 zijn geschat met de kleinstekwadratenmethode. Een eigenschap van deze methode is dat, voor elke risicoklasse die het model via een dummyvariabele onderscheidt, de voorspelde kosten gelijk zijn aan de werkelijke kosten, met uitzondering van de FKG's vanwege een aantal restricties die hierop worden toegepast. Bij toepassing van CR ontstaat voor alle risicoklassen die het model expliciet onderscheidt een zekere onder- of overcompensatie. De hier gepresenteerde CR-variant leidt tot een gemiddelde overcompensatie van ouderen en verzekerden met een FKG, DKG, HKG dan wel MHK, en een gemiddelde ondercompensatie voor de complementaire groepen.

Risicoverevening voor de variabele zorgkosten

TABEL 2

Subgroepen	Omvang in procenten	Gemiddelde ondercompensatie (-) of overcompensatie in euro's per persoon per jaar	
		RV 2015	RV 2015 + CR
Groepen die het vereveningsmodel niet expliciet onderscheidt:			
Slechtste score algemene gezondheid	19,2	-331	-118
Ten minste 1 langdurige aandoening	32,7	-210	-92
10 procent slechtste score fysieke gezondheid	9,4	-1.217	-890
Ten minste 1 keer slechtste score ADL	3,2	-1.286	-487
Bezoek specialist afgelopen 12 maanden	39,3	-189	-118
Gebruik hulpmiddelen	7,7	-1.129	-664
Gebruik wijkverpleging	2,7	-1.231	0
Gebruik fysiotherapie	2,4	-922	-510
Geen langdurige aandoening	67,3	116	32
Geen zorggebruik	18,7	208	100
Groepen die het vereveningsmodel wel expliciet onderscheidt:			
65-	83,2	0	-88
65+	16,8	0	437
Geen FKG	82,0	-5	-75
Wel FKG	18,0	24	344
Geen DKG	91,0	0	-40
Wel DKG	9,0	0	400
Geen HKG	99,2	0	-12
Wel HKG	0,8	0	1372
Geen MHK	94,2	0	-53
Wel MHK	5,8	0	864

Bron: Van Kleef *et al.* 2015a; 2015b

WEGING VAN ONDER- EN OVERCOMPENSATIES

De uitkomsten in tabel 2 impliceren een afweging van twee effecten, namelijk de afname van onder- en overcompensaties voor groepen die het vereveningsmodel niet expliciet via dummyvariabelen onderscheidt en het ontstaan van onder- en overcompensaties voor groepen die het vereveningsmodel wel expliciet via dummyvariabelen onderscheidt. Een belangrijke vraag is welk van deze twee effecten zwaarder weegt. Voor een afgewogen antwoord dient een beoordeling plaats te vinden van de ernst van onder- en overcompensaties (Van Kleef *et al.*, 2015b). Deze ernst hangt niet alleen af van de hoogte van een onder- of overcompensatie voor een bepaalde groep, maar ook van de kans op selectie en de mogelijke effecten van selectieacties met betrekking tot die groep. De kans op risicoselectie is afhankelijk van de verwachte kosten en baten van risicoselectie, waarbij de baten afhangen van onder andere de hoogte van de onder- of overcompensatie, de omvang van de groep, de mate waarin zorgverzekeraars de groep selectief kunnen aanspreken en de mate waarin verzekerden in de groep bereid zijn over te stappen van zorgpolis. Hoe lager de verwachte baten en/of hoe hoger de verwachte kosten, hoe kleiner de kans op risicoselectie. De mogelijke effecten van selectieacties hangen af van de potentiële vormen van risicoselectie met betrekking tot een bepaalde subgroep. De meest ernstige vorm is het afhouden van chronisch zieken door niet te investeren in de specifieke zorg die zij gebruiken (Van de Ven *et al.*, 2015), in de internationale literatuur aangeduid met *quality skimming*. In tegenstelling tot andere selectie-acties, zoals selectieve marketing en selectieve acceptatie voor de aanvullende verzekering, leidt *quality skimming* niet alleen tot een afname van solidariteit en doelmatigheid maar ook tot een afname van kwaliteit.

Wanneer de samenleving *quality skimming* inderdaad als de meest ernstige vorm van risicoselectie beschouwt, zijn de uitkomsten van CR mogelijk te prefereren boven die van de huidige vereveningssystematiek. Zoals geïllustreerd in tabel 2 leidt CR namelijk tot een afname van de ondercompensatie op groepen van chronisch zieken en dus ook tot een vermindering van prikkels tot *quality skimming*. Voor de groepen chronisch zieken die het vereveningsmodel expliciet onderscheidt (FKG's, DKG's, HKG's en MHK) treedt zelfs een overcompensatie op, wat een prikkel geeft actief te investeren in de kwaliteit van zorg voor deze groepen. Weliswaar leidt CR tot een ondercompensatie voor de groepen gezonde verzekerden die het model expliciet onderscheidt (geen FKG's, DKG's, HKG's en MHK), maar het is de vraag hoe ernstig dat is. Het afhouden van gezonde verzekerden zal nauwelijks kunnen plaatsvinden via *quality skimming*, aangezien deze verzekerden waarschijnlijk minder in kwaliteit zijn geïnteresseerd dan chronisch zieken. Kortom, met het oog op de ernst van mogelijke selectieacties, is ondercompensatie van gezonden minder ernstig dan ondercompensatie van chronisch zieken.

CONCLUSIE

Ter voorkoming van risicoselectie wordt de risicoverevening tussen zorgverzekeraars per 2016 uitgebreid met een nieuw vereveningskenmerk, gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Omdat dit nieuwe

kenmerk de prikkels tot doelmatigheid vermindert, is minister Schippers op zoek naar een alternatief dat uiterlijk in 2019 moet worden ingevoerd. De methode van constrained regression kan uitkomst bieden. Met deze methode kunnen bij de schatting van het vereveningsmodel zodanige restricties worden opgelegd dat voor specifieke groepen, zoals gebruikers van wijkverpleging in het voorgaande jaar, het voorspelbare verlies uitkomt op een van tevoren te bepalen bedrag, bijvoorbeeld nul euro. Een belangrijk voordeel van deze methode ten opzichte van het gebruik van een vereveningskenmerk gebaseerd op wijkverpleging is dat doelmatigheidsprikkels met betrekking tot wijkverpleging intact blijven.

Een voordeel van constrained regression ten opzichte van de huidige vereveningssystematiek is dat niet alleen voor de gebruikers van wijkverpleging in het voorgaande jaar de compensatie verbetert, maar ook voor andere groepen die het vereveningsmodel niet expliciet onderscheidt. Daar staat echter tegenover dat voor groepen die het vereveningsmodel wel expliciet onderscheidt, een onder- of overcompensatie ontstaat. Om goed te kunnen bepalen welk van deze twee effecten zwaarder weegt, dient in kaart te worden gebracht bij welke groepen risicoselectie in beginsel zou kunnen optreden. Voorts dient voor elk van deze groepen een beoordeling plaats te vinden van de ernst van een potentiële onder- of overcompensatie. Als deze voor de ene groep zwaarder weegt dan voor een andere groep, dan kan het gebruik van restricties een waardevolle aanvulling zijn op de huidige vereveningssystematiek.

LITERATUUR

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2015a) *Een innovatieve schattingsmethode voor de risicoverevening – Verkennend onderzoek naar mogelijkheden en effecten van 'constrained regression'*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kleef, R.C. van, T.G. McGuire, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2015b) *Improving risk equalization with constrained regression*. NBER Working Paper, 21570.

Schut, F.T., R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven (2014) *Zorgstelsel spoort nog onvoldoende aan tot goede kwaliteit*. ESB, 99(4686), 326–329.

Stam P. en J. Sonneveld (2015) *De risicoverevening voor verpleging en verzorging*. ESB, 100(4701), 26–28.

Stam P., J. Visser en R. Goudriaan (2015) *Risicoverevening is geen panacee voor onder- en overcompensatie*. ESB, 100(4720), 592–596.

Tweede Kamer (2014) *Risicovereveningsmodel 2015*, 29689(529).

Tweede Kamer (2015). *Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken*, 29689(617).

Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis (2000) *Risk adjustment in competitive health insurance markets*. In: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North-Holland, 755–845.

Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2015) *Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?* TSG, 93, 147–156.

Vliet R.C.J.A. van, en R.C. van Kleef (2014) *Vervolgonderzoek risicoverevening 2015: voorspellende waarde van het gebruik van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging voor de zorgkosten*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.