

Risicoverevening is geen panacee

Zowel in de wetenschap als de praktijk van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet ligt het accent op het wegnemen van prikkels tot risicoselectie via het risicovereveningsmodel. Deze eenzijdige benadering gaat ten koste van de prikkels tot doelmatigheid in het zorgstelsel. Het is van belang om een expliciete afweging te maken tussen de prikkels tot risicoselectie en doelmatigheid.

PIET STAM

Partner bij Strategies in Regulated Markets, Den Haag (SiRM)

JOHAN VISSER

Senior consultant SiRM

RENÉ GOUDRIAAN

Associate partner SiRM

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd, met als doel om de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Bij dit streven naar meer doelmatigheid hebben concurrerende zorgverzekeraars een cruciale rol toebedeeld gekregen. Van hen wordt verwacht dat zij beter inspelen op de voorkeuren van de samenleving dan wanneer de overheid de schaarse middelen in de zorg allocceert. Door de tucht van de markt en de dreiging van verzekerden die 'stemmen met hun voeten' worden verzekeraars hiertoe financieel geprikkeld.

De Zvw heeft wel een aantal beperkingen opgelegd aan de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Vandaar dat er van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt gesproken (Enthoven, 1978). De Zvw verbiedt de zorgverzekeraars om verzekerden te weigeren voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Daarnaast moet elke zorgverzekeraar voor al zijn verzekerden – ongeacht hun risicoprofiel – per polis eenzelfde premie in rekening brengen (verbod op premiedifferentiatie). Zonder aanvullende maatregelen leiden deze twee beperkingen aan het handelen van zorgverzekeraars tot voorspelbare winsten en verliezen voor hun verzekerden. Dan ervaren verzekeraars een financiële prikkel om meer in te spelen op de voorkeuren van verzekerden met een gunstig risicoprofiel dan op die met een ongunstig risicoprofiel (prikkel tot risicoselectie). Voor

zover verzekeraars daadwerkelijk inspelen op deze financiële prikkel, leidt dit tot vermindering van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel.

Om de voorspelbare winsten en verliezen en daarmee ook de prikkels tot risicoselectie te beperken, heeft de overheid een systeem van risicoverevening ingevoerd. Zorgverzekeraars ontvangen naast de nominale premies compensaties uit het Zorgverzekeringsfonds op basis van een vereveningsformule om ervoor te zorgen dat alle verzekerden financieel even aantrekkelijk zijn. Voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel ontvangen verzekeraars een hogere compensatie dan voor hen met een gunstig risicoprofiel.

Door toevoeging van groepen verzekerden aan de vereveningsformule worden de voorspelbare winsten en verliezen voor deze toegevoegde groepen verzekerden geheel weggenomen. Het wegnemen van de prikkels tot risicoselectie kan voor verzekeraars echter tegelijkertijd leiden tot een vermindering van de prikkels tot doelmatigheid. Dat laatste doet zich voor als de winsten en verliezen op deze groepen verzekerden worden veroorzaakt door factoren die (deels) tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars behoren. Een voorbeeld hiervan vormen groepen verzekerden in de vereveningsformule 2016, die zijn gebaseerd op hun gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en intramurale zorg in het voorgaande jaar (Ministerie van VWS, 2015). Het voorstel van Van Kleef *et al.* (2015) in deze *ESB* adresseert ditzelfde probleem, maar lost het niet op. Een eenzijdige focus op het wegnemen van de prikkels tot risicoselectie zet de doelmatigheidsprikkels in de zorg onder druk, waardoor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid in het geding kunnen komen. Wij betogen dat – naast vermindering van de prikkels tot risicoselectie – de vermindering van prikkels voor doelmatigheid explicieter aandacht verdient bij de jaarlijkse keuzes van de overheid wat betreft de opname van groepen verzekerden in de landelijke vereveningsformule.

BEGRENZING DOOR VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

Steeds vaker worden vanuit de Tweede Kamer voorstellen gedaan om groepen verzekerden aan de vereveningsformule toe te voegen. Dat geldt bijvoorbeeld voor gunstige doelgroepen zoals studenten en collectiviteiten, en voor ongunstige doelgroepen zoals verzekerden met hoge zorgkosten in het recente verleden. De groepen verzekerden worden vervolgens toegevoegd aan de vereveningsformule met als doel de voorspelbare winsten en verliezen weg te nemen en daarmee de prikkels tot risicoselectie.

Een dergelijke aanpassing van de vereveningsformule is echter onwenselijk wanneer deze voorspelbare winsten en verliezen (deels) tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars worden gerekend. In dat geval leidt de huidige werkwijze weliswaar tot het wegnemen van alle prikkels tot risicoselectie, maar ondermijnt het ook de verantwoordelijkheid van verzekeraars bij hun streven naar doelmatige zorginkoop. Dit vraagt om een afweging tussen de prikkels voor risicoselectie en de doelmatigheidsprikkels (Newhouse 1996). Om die afweging te kunnen maken, is daaraan voorafgaand een expliciete keuze aangaande de verantwoordelijkheidsverdeling nodig (Visser *et al.*, 2014).

In de literatuur over risicoverevening wordt een expliciet onderscheid gemaakt tussen risicofactoren waarvoor verzekeraars niet en wel verantwoordelijk worden gesteld (Van de Ven en Ellis, 2000). Voor de risicofactoren waarvoor verzekeraars niet verantwoordelijk zijn, ontvangen zij een compensatie vanuit het Risicovereveningsfonds ('S-type risicofactoren' – S = 'subsidie') en voor de overige risicofactoren ontvangen zij geen compensatie ('N-type risicofactoren' – N = 'niet-subsidie'). In de meeste landen met een systeem van risicoverevening is het gebruikelijk dat leeftijd, geslacht en gezondheid tot de S-type-risicofactoren worden gerekend. Een voorbeeld van een N-type-risicofactor is in de eerste plaats het toevalsrisico, dat typisch tot de verantwoordelijkheid van verzekeraars wordt gerekend. Mogelijke andere voorbeelden zijn de regionale praktijkvariatie tussen zorgaanbieders, de consumptiegenoegheid van verzekerden en de regionale overcapaciteit van zorgaanbieders met aanbodgeïnduceerde vraag tot gevolg.

De keuze van S-type-risicofactoren is geen uitgemaakte zaak, noch in het wetenschappelijke debat noch in het beleidsdebat. Het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 2005, 389, p. 23) benoemt in de toelichting thans alleen compensatie voor kostenverschillen tussen groepen verzekerden *voor zover deze het resultaat zijn van verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid*. Risicoverevening is daarmee bedoeld om alleen de voorspelbare winsten en verliezen van groepen verzekerden weg te nemen *voor zover deze met leeftijd, geslacht en gezondheid samenhangen*. Dit betekent dat met de vereveningsformule niet wordt beoogd om verzekeraars te compenseren voor kostenverschillen tussen verzekerden als die het resultaat zijn van verschillen anders dan die in leeftijd, geslacht en gezondheid. Dat gaat immers ten koste van de doelmatigheidsprikkels.

De beperking van de compensaties tot de kenmerken leeftijd, geslacht en gezondheid past bij de centrale rol die zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel spelen. Van concurrerende zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij

zorg inkopen, zodanig dat dit tot meer doelmatigheid leidt. Bij een dergelijke rol past geen compensatie voor kostenverschillen tussen verzekeraars die niet met leeftijd, geslacht en gezondheid van de verzekerdenpopulaties te maken hebben, maar bijvoorbeeld met de leefstijl van de verzekerden of met regionale capaciteitsverschillen en praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. De toevoeging van zulke risicofactoren aan de vereveningsformule druist in tegen de gekozen verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg en vermindert de prikkels tot doelmatigheid in de zorg.

Merk hierbij op dat de grenzen in het Besluit Zorgverzekeringen minder scherp getrokken zijn dan het lijkt. Dat komt doordat op dit moment geen duidelijke definitie bestaat van het begrip 'gezondheid'; het is bijvoorbeeld niet duidelijk waar het begrip 'gezondheid' eindigt en bijvoorbeeld praktijkvariatie begin. Daardoor kan dit begrip op vele verschillende wijzen worden geïnterpreteerd, wat een gedegen inhoudelijke toetsing bemoeilijkt. Het gevaar blijft daardoor bestaan dat een groep verzekerden aan de vereveningsformule wordt toegevoegd bij wie de over- of ondercompensatie tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars behoort.

In de huidige praktijk wordt de toevoeging van nieuwe groepen verzekerden aan de vereveningsformule niet voorafgegaan door een expliciete toets die aangeeft of de oorzaken van de voorspelbare winsten en verliezen beperkt blijven tot de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. Bij de toetsing van nieuwe groepen verzekerden wordt nu gebruikgemaakt van het Beoordelingskader Risicoverevening (WOR 461), waarin geen expliciete afweging tussen S-type- en N-type-factoren is opgenomen en de nadruk ligt op de verklaringskracht van de vereveningsformule. Dat betekent dat bij de afweging om een groep verzekerden in de vereveningsformule op te nemen thans de focus ligt op het verminderen van de prikkels tot risicoselectie, en dat de prikkels tot doelmatigheid een ondergeschikte rol spelen.

VOORBEELD EXPLICIETE TOETS

Opmerkelijk is dat er noch in de wetenschappelijke publicaties over de risicoverevening, noch in de praktijk van de risicoverevening expliciet getoetst wordt of aanpassing van de risicoverevening vanuit het oogpunt van doelmatigheid gewenst is. De gebruikelijke werkwijze is om op zoek te gaan naar ondercompensaties bij door onderzoekers geselecteerde groepen verzekerden met veelal ongunstige risicoprofielen, zonder dat aanvullend onderzoek wordt gedaan naar de achterliggende oorzaken van de geconstateerde ondercompensaties (Van de Ven en Ellis, 2000; Stam en Van de Ven, 2006; 2008; Van Kleef *et al.*, 2015). De niet-getoetste vooronderstelling is dat de geconstateerde ondercompensaties hoofdzakelijk door S-type-risicofactoren zijn veroorzaakt. Zonder enig voorbehoud wordt bij geconstateerde ondercompensaties geconcludeerd dat de vereveningsformule niet goed werkt en dat de gemiddelde over- of ondercompensaties dienen te worden weggenomen door de desbetreffende groepen verzekerden aan de vereveningsformule toe te voegen. Deze conclusie is echter voorbarig zolang een inhoudelijke toets wie er verantwoordelijk is voor de geconstateerde kostenverschillen niet is uitgevoerd.

Als voorbeeld van een uit te voeren inhoudelijke toets

nemen we als uitgangspunt de conclusie van Stam en Sonneveld (2015) dat de landelijke vereveningsformule voor de kosten van extramurale Verpleging & Verzorging (wijkverpleging) in 2015 voor verbetering vatbaar is. Deze conclusie is gebaseerd op onderzoek dat op de traditionele wijze is uitgevoerd. In dit geval zijn de groepen hoogrisicoverzekerden samengesteld aan de hand van hun antwoorden op vragen in een gezondheidsenquête. Tabel 1 toont de ondercompensaties voor deze groepen hoogrisicoverzekerden (in de kolom ‘Gemiddeld resultaat (2013)’). Het gemiddelde resultaat per verzekerde is berekend als het gemiddelde verschil tussen de compensaties uit de risicoverevening en de zorgkosten binnen de desbetreffende groep van hoogrisicoverzekerden.

De kern van de voorgestelde inhoudelijke toets is om de gevonden onder- en overcompensaties voor de groepen hoogrisicoverzekerden verder uit te splitsen naar groepen die door N-type-risicofactoren worden bepaald. Een mogelijke concrete invulling hiervan is een uitsplitsing van de ondercompensaties naar provincies, omdat regionale variatie in de zorgkosten in beginsel tot de groep N-type-risicofactoren behoort. Dit berust op de veronderstelling dat de regionale variatie primair wordt bepaald door regionale verschillen in het zorgaanbod, en daarmee een mogelijke indicator vormt voor (regionale) praktijkvariatie.

In de laatste twee kolommen van tabel 1 is de spreiding tussen provincies in beeld gebracht met het minimum en maximum van het gemiddelde resultaat per provincie per verzekerde. De ondercompensaties van de zorgkosten van ongezonde verzekerden blijken bij nadere beschouwing (deels) te worden bepaald door regionale kostenvariatie (die mogelijk deels samenhangt met praktijkvariatie). Voor de meeste gekozen groepen van hoogrisicoverzekerden geldt zelfs dat het maximale provinciale resultaat statistisch niet significant van nul afwijkt: er is steeds een provincie te vinden waarin de gemiddelde ondercompensatie per verzekerde verwaarloosbaar klein is. Het minimum provinciale resultaat blijkt daarentegen voor alle hoogrisicoverzekerden een veelvoud van het negatieve gemiddelde

overall-resultaat te zijn. De forse regionale spreiding van het financiële resultaat per verzekerde suggereert dat de ondercompensaties voor de ene verzekeraar zwaarder uitpakken dan voor de andere.

Deze ondercompensaties dienen in dat geval niet volledig te worden weggenomen maar slechts deels – namelijk niet voor de kostenverschillen die zijn terug te voeren op verschillen tussen de provincies. Hiervoor is aanvullend onderzoek nodig naar de achterliggende oorzaken van de ondercompensaties voor de groepen hoogrisicoverzekerden. Alleen op die manier kan worden bepaald in hoeverre het wegnemen van de berekende ondercompensaties wenselijk is.

In de huidige praktijk van de risicoverevening worden de gemiddelde ondercompensaties echter geheel weggenomen als deze groepen van hoogrisicoverzekerden uit tabel 1, zonder nader onderzoek naar de achterliggende oorzaken (onder andere praktijkvariatie), aan de vereveningsformule worden toegevoegd. De huidige werkwijze in de risicoverevening leidt daarmee tot een vermindering van de doelmatigheidsprykkels.

OPREKKEN GRENZEN BIJ OVERHEVELINGEN

De keuze voor leeftijd, geslacht en gezondheid als S-type-risicofactoren, en daarmee als factoren waarvoor de zorgverzekeraar niet verantwoordelijk is, wordt bepaald door economische argumenten en politieke overwegingen. Deze argumenten en keuzes vergen periodieke heroverweging als de regulering verandert, in het bijzonder bij overhevelingen van zorgprestaties naar de Zvw. Het is immers niet op voorhand te zeggen dat in het verleden gemaakte keuzes voor bestaande zorgprestaties onverkort voor de nieuw overgeheveldde zorgprestaties van toepassing zijn.

Voor de overheveling van wijkverpleging in 2015 is dit bijvoorbeeld twijfelachtig. De consequentie van de huidige keuze in de toelichting van het Besluit Zorgverzekeringen is immers dat – strikt genomen – niet wordt beoogd om zorgverzekeraars in de Verpleging & Verzorging te compenseren voor kostenverschillen die ontstaan door (niet) verleende

Jaarlijkse financiële resultaten per verzekerde bij toepassing van de gesimuleerde vereveningsformule voor extramurale Verpleging & Verzorging^{1, 2}

TABEL 1

Subgroepen (2012)	Omvang, in procenten	Gemiddelde kosten, 2013	Gemiddeld resultaat, 2013	Gemiddeld resultaat per provincie, minimum, in euro	Gemiddeld resultaat per provincie, maximum, in euro
Top 10% problemen met dagelijkse activiteiten	10	4.055	-2.524**	-4.912**	-1.646**
Top 10% meerdere aandoeningen problematiek	10	1.207	-284**	-1.118**	117
Top 10% fysieke/mentale/sociale kwetsbaarheid	10	2.895	-1.392**	-4.557**	-569
Top 10% geestelijke ongezondheid	10	1.558	-542**	-1.757**	1
Valrisico of is gevallen	35	1.442	-778**	-1.814**	63
Behoeftte aan mantelzorg	41	1.630	-482**	-1.693**	-133
Problemen met woonomgeving	26	1.897	-774**	-2.346**	-456**
Alle verzekerden	100	726	-	-471	244

** Significant op vijfprocentniveau

¹ Model 2015 exclusief ex post compensaties, kosten 2013, subgroepen 2012. De subgroepen betreffen hoogrisicoverzekerden, die zijn geselecteerd op basis van hun antwoorden op een gezondheidsenquête onder verzekerden van drie zorgverzekeraars.

² De resultaten van de drie noordelijke provincies en Flevoland zijn samengevoegd om statistische redenen

Bron: Stam en Sonneveld, 2015

mantelzorg of door (tekortschietende) aanpassingen aan de woonomgeving. Die zijn immers niet het gevolg van verschillen in leeftijd, geslacht of gezondheid van de verzekerde. Dat betekent dat de gemiddelde ondercompensatie van 482 euro per verzekerde met behoefte aan mantelzorg en 774 euro per verzekerde met problemen in hun directe woonomgeving (tabel 1) voor rekening van de verzekeraar komen.

De vraag is of de huidige keuze om de risicoverevening te beperken tot leeftijd, geslacht en gezondheid voor de wijkverpleging opportuun is. In hoeverre kunnen zorgverzekeraars de inzet van mantelzorg of het aanbod van aangepaste woningen beïnvloeden en in hoeverre is dit hun taak? Compensatie is vereist indien verzekeraars niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het organiseren van mantelzorg. Er kan echter evenzeer voor worden gekozen om zorgverzekeraars financieel te prikkelen om meer mantelzorg te organiseren door juist geen compensaties vanuit de risicoverevening te bieden voor de behoefte aan mantelzorg bij hun verzekerden. In dat laatste geval moeten verzekeraars ook over de mogelijkheden beschikken om in die behoefte te kunnen voorzien en de kosten daarvan te beïnvloeden.

Soortgelijke vragen gelden voor voorliggende voorzieningen, zoals woonaanpassingen die vanuit de Wmo worden georganiseerd door gemeenten. Door geen compensatie voor woonaanpassingen te bieden, worden verzekeraars gestimuleerd zich actief in te zetten om de woning (mogelijk in samenwerking met gemeenten) aan te passen aan de wensen van de verzekerde. Als we echter vinden dat gemeenten de volledige verantwoordelijkheid moeten dragen voor de woonomgeving van hun inwoners (en daarmee voor de organisatie rondom verzekerden met gezondheidsproblemen), dan hoort de groep 'verzekerden die problemen in hun directe woonomgeving ondervinden vanwege hun gezondheidsproblemen' juist wel thuis in de vereveningsformule.

In het algemeen moeten de keuzes in de risicoverevening aansluiten bij de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeenten, zorgverleners en verzekerden. De vertaling van de verantwoordelijkheidsverdeling in wet- en regelgeving naar het Besluit Zorgverzekeringen en de vormgeving van de risicoverevening is in het bijzonder noodzakelijk bij overhevelingen van zorgprestaties naar de Zvw. Dat kan leiden tot een andere toedeling van verantwoordelijkheden aan de zorgverzekeraars.

CONCLUSIE

De risicoverevening in de Zorgverzekeringswet is bedoeld om de prikkels tot risicoselectie die ontstaan door de acceptatieplicht en het algehele verbod op premiedifferentiatie weg te nemen. In principe komt door deze regulering elke denkbare groep verzekerden in aanmerking voor toevoeging aan de vereveningsformule. Het ongeclausuleerd toevoegen van groepen verzekerden kan echter ten koste gaan van de prikkels tot doelmatigheid. Daarmee is er sprake van een afweging tussen de prikkels tot risicoselectie en doelmatigheid. Deze afweging wordt in de praktijk van de risicoverevening echter niet expliciet gemaakt. Het maken van een expliciete afweging wordt verder bemoeilijkt doordat in de Zvw geen heldere keuze is gemaakt bij de vraag tot hoever de verantwoordelijkheid van verzekeraars strekt.

Om verschillende redenen is er (nog) geen scherpe grens getrokken tussen het deel van de kostenvariatie waarvoor de verzekeraars verantwoordelijk zijn en er naar meer doelmatigheid wordt gestreefd, en voor welk deel verzekeraars gecompenseerd moeten worden via de risicoverevening.

We bevelen aan om de gebruikelijke analyses van de hoogte van ondercompensaties van groepen hoogrisicoverzekerden uit te breiden met een inhoudelijke toets naar de achterliggende oorzaken van de kostenverschillen. Op die manier kunnen expliciete keuzes worden gemaakt of en in welke mate de vereveningsformule vanuit het oogpunt van de doelmatigheid moet corrigeren voor de gevonden ondercompensaties van groepen hoogrisicoverzekerden. Tevens is het van belang om de keuzes in de regelgeving – het Besluit Zorgverzekeringen en het Beoordelingskader Risicoverevening – scherper te formuleren. Eenmaal gemaakte keuzes vergen vervolgens periodieke heroverweging en waar nodig aanpassing. Dit is temeer noodzakelijk bij overhevelingen van de zorgprestaties naar de Zvw, zoals de wijkverpleging. Centraal bij die heroverweging staat een expliciete keuze wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, verzekerden en overheid.

Met deze aanbevelingen beogen we dat er, bij de uitbreiding van de vereveningsformule, niet louter de prikkels tot risicoselectie centraal staan, maar dat tevens de invloed op de prikkels tot doelmatigheid in de afweging worden meegenomen. Dat heeft mogelijk tot gevolg dat sommige groepen verzekerden met onder- en overcompensaties bewust niet in de vereveningsformule worden opgenomen. Risicoverevening is immers niet bedoeld als panacee voor onder- en overcompensaties. Voorkomen moet worden dat het middel erger wordt dan de kwaal.

LITERATUUR

- Enthoven, A.C. (1978) Consumer-choice health plan. *New England Journal of Medicine*, 298(13 en 14), 650–658 en 709–720.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2015) Risicoselectie tegengaan met behoud van risicoselectie. *ESB*, 100(4720), 628–631.
- Ministerie van VWS (2015) *Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Newhouse, J.P. (1996) Reimbursing health plans and health providers: selection versus efficiency in production. *Journal of Economic Literature*, 34(3), 1236–1263.
- Stam P., en J. Sonneveld (2015) De risicoverevening voor verpleging en verzorging. *ESB*, 100(4701), 26–28.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006) *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2008) Evaluatie risicoverevening tussen zorgverzekeraars. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86(2), 92–100.
- Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis (2000) Risk adjustment in competitive health plan markets. In: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics* 1A. Amsterdam: North-Holland, 755–845.
- Visser, J.S., J. Sonneveld en P.J.A. Stam (2014) *Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening*. Den Haag: SiRM.