

# Risicoselectie en zorgverzekering

**Op advies van de Commissie-Dekker zullen overheidsregulering en sturing van de Nederlandse gezondheidszorg vervangen worden door een terugtrekkende overheid en marktwerking. Het karakter van de gezondheidszorg vereist echter specifieke regelgeving om de concurrentie in goede banen te leiden. In dit artikel wordt ingegaan op regulering die nodig is voor een concurrerende markt voor ziektekostenverzekeringen. Met name het vraagstuk van de risicoselectie staat daarbij centraal. Hoewel de auteur de nodige problemen signaleert, is hij optimistisch over de mogelijkheden voor het uiteindelijke welslagen van het door het kabinet beoogde verzekeringsstelsel.**

**PROF. DR. W.P.M.M. VAN DE VEN\***

In maart 1988 heeft het kabinet besloten de hoofdlijnen van de voorstellen van de Commissie-Dekker over te nemen<sup>1</sup>. Deze commissie had in maart 1987 verstrekende voorstellen gedaan voor fundamentele wijzigingen in de structuur en de financiering van de Nederlandse gezondheidszorg<sup>2</sup>. De kern van deze voorstellen bestaat uit de invoering van een verplichte basisverzekering voor de gehele Nederlandse bevolking en gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgverleners en instellingen<sup>3</sup>. Bij de door het kabinet beoogde concurrentie in de gezondheidszorg spelen de verzekeraars een cruciale rol. Het huidige onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars komt te vervallen. In het nieuwe systeem worden zij aangeduid met de term 'zorgverzekeraar'.

De positie van de zorgverzekeraar kan worden geschetst als die van een soort intermediair tussen de consument en de producent van gezondheidszorg. Zorgverzekeraars onderhandelen als kostenbewuste inkopers van gezondheidszorg namens hun verzekerden met de producenten van zorg over bijvoorbeeld de kwaliteit, de bereikbaarheid en de prijs van zorg. De resultaten van de onderhandelingen komen tot uiting in enerzijds de contracten met de aanbieders van zorg en anderzijds de polisvoorwaarden voor de verzekerden. De consument kiest vervolgens uit de diverse aangeboden polissen en zorgverzekeraars.

In dit artikel zullen wij aandacht besteden aan de achilleshiel van het beoogde verzekeringsstelsel, te weten de mogelijkheid van selectie door de zorgverzekeraar van een zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand. In het beoogde verzekeringsstelsel betalen alle verzekerden een door de fiscus te innen inkomensafhankelijke premie. Deze premies worden gestort in de centrale kas. Daarnaast betalen de verzekerden een zogenaamde nominale (niet inkomensafhankelijke) premie rechtstreeks aan de door hen gekozen zorgverzekeraar. De hoogte van deze nominale premie kan per zorgverzekeraar verschillend zijn, maar is voor alle verzekerden bij een bepaalde zorgverzekeraar gelijk. De verzekerden worden ingedeeld in risicogroepen. Uit de centrale kas ontvangen de zorgverzekeraars per ingeschreven verzekerde een normuitkering die afhankelijk is van de risicogroep waartoe de verzekerde behoort. De normuitkering is zodanig dat gemiddeld genomen de ver-

zekeraars bij iedere verzekerde een zelfde absoluut bedrag tekortkomen. Dit bedrag vormt de basis voor de nominale premie. De concurrentie tussen de zorgverzekeraars vindt plaats op basis van onder meer de hoogte van de nominale premie, de dienstverlening en de kwaliteit van de gecontracteerde zorgverleners. Gegeven een systeem van normuitkeringen kunnen de onderling concurrerende zorgverzekeraars in principe op twee manieren hun nominale premie (i.e. werkelijke kosten minus normuitkeringen) verlagen, te weten:

- door het bevorderen van doelmatigheid in zowel de eigen organisatie als bij het proces van zorgverlening. Gedacht kan worden aan het tegengaan van fraude, verspillingen en van onnodig dure en onnodige zorg. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de ondoelmatigheden in de gezondheidszorg, uitgedrukt in mogelijke besparingen, geschat kunnen worden op circa 15% van de kosten van de gezondheidszorg<sup>4</sup>;
- door binnen een risicogroep zoveel mogelijk de 'gunstige risico's' te selecteren. Dat wil zeggen dat getracht wordt zoveel mogelijk die mensen als verzekerden aan te trekken voor wie de door de zorgverzekeraar voor spelde ziektekosten lager zijn dan het kostenniveau waarop de normuitkering voor de betreffende risicogroep is gebaseerd ('gunstige-risicoselectie').

\* Bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is mede gebaseerd op de oratie van de auteur, getiteld: "Ziektekostenverzekering en doelmatigheid", oktober 1987. De auteur dankt drs. M. de Bruine, drs. F.T. Schut en dr. R.C.J.A. van Vliet voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Uiteraard ligt de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het artikel geheel bij de auteur.

1. Nota *Verandering verzekerde*, Tweede Kamer, 19945, 1987-1988, nrs. 27-28.

2. *Bereidheid tot verandering*, Distributiecentrum Overheidspublicaties, maart 1987.

3. Voor beschouwingen hierover zie onder andere: F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, *Proceedings of the conference on regulated competition in the Dutch health care system*, november 1987.

4. W.P.M.M. van de Ven, C.G.F. Winkens en L.J.E. Wohrmann, Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwesie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 132, 1988, blz. 1623-1627.

Indien de normuitkeringen uit de centrale kas zodanig verrijkt zijn dat het voor een zorgverzekeraar onmogelijk is te voorspellen of voor een individuele verzekerde de normuitkering te hoog of te laag is, vervalt de tweede genoemde mogelijkheid om de nominale premie te verlagen en resteert slechts de eerste mogelijkheid. Dit is precies het beoogde effect en vormt één van de hoekstenen – zo niet de belangrijkste hoeksteen – van de door het kabinet voorgestelde nieuwe structuur. Indien de normuitkeringen echter zodanig zijn dat het voor een zorgverzekeraar vrij eenvoudig is om met grote mate van zekerheid te voorspellen voor welke verzekerden de normuitkering te hoog of te laag is, ontstaan mogelijkheden voor gunstige-risicoselectie. Hoewel het binnenhalen van zoveel mogelijk gunstige risico's voor een individuele zorgverzekeraar profijtelijk kan zijn, levert het geen enkele maatschappelijke winst op. Wel is er sprake van maatschappelijke verspillingen. Het selecteren van de gunstige risico's brengt namelijk diverse kosten met zich mee, bij voorbeeld de kosten van het bepalen van de doelgroep (wie zijn in welke mate 'gunstige risico's'?), de kosten van selectieve marketing gericht op de doelgroep en de extra administratiekosten verbonden aan in- en uitschrijving van verzekerden. Daarnaast kan gunstige-risicoselectie ertoe leiden dat beoogde gunstige effecten van concurrentie – vergroting van de doelmatigheid en het inspelen op de preferenties van de consument – niet of in mindere mate worden gerealiseerd. Ondoelmatige zorgverzekeraars kunnen zich dan in de markt handhaven door een gunstiger verzekerdenbestand te selecteren dan de doelmatige zorgverleners. Indien gunstige-risicoselectie de vorm aanneemt van een slechte dienstverlening en slechte kwaliteitszorg voor de 'ongunstige risico's', wordt ten aanzien van deze groep juist het tegenovergestelde bereikt van hetgeen van gezonde concurrentie verwacht zou mogen worden. Het zal duidelijk zijn dat gestreefd moet worden naar een situatie waarin gunstige-risicoselectie niet profijtelijk is.

Wij zullen nu allereerst aandacht besteden aan de diverse mogelijkheden voor zorgverzekeraars om een gunstig verzekerdenbestand te selecteren. Vervolgens zullen we nagaan welke instrumenten ter beschikking staan om deze ongewenste selectie tegen te gaan. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds een voldoende verrijnde formule voor de normuitkeringen en anderzijds aanvullende maatregelen.

## Gunstige-risicoselectie

Alvorens in te gaan op de mogelijkheden van gunstige-risicoselectie is het goed om stil te staan bij het uitgangspunt waarop de normuitkeringen uit de centrale kas zullen zijn gebaseerd<sup>5</sup>. Het kabinet stelt dat "...de objectieve verdelcriteriën zodanig worden gekozen en een zodanig gewicht wordt gegeven, dat kostenverschillen die zich tussen verzekeraars voordoen en die los staan van het door die verzekeraars gevoerde beleid via het financieringssysteem worden verevend. Het gaat dus om een verevening van kosten die samenhangen met verschillen tussen verzekeraars in de risicoverdeling binnen hun verzekerdenbestand"<sup>6</sup>. Onduidelijk is evenwel op basis van welke risicofactoren de normuitkeringen zullen worden vastgesteld. Dit kan geschieden op basis van alleen de 'behoefte aan zorg' (gezondheid), of ook op basis van de andere risicofactoren die van invloed zijn op de hoogte van de ziektekosten, zoals bij voorbeeld de omvang van het aanbod van zorg (ziekenhuizen, artsen en medische apparatuur). Gezien de rol en de mogelijkheden van de zorgverzekeraars ten aanzien van het bevorderen van doelmatigheid, mag verondersteld worden dat de laatstgenoemde risicofactoren op lange ter-

mijn niet los staan van het door de zorgverzekeraars gevoerde beleid en derhalve niet centraal verevend zullen worden.

De door deze risicofactoren veroorzaakte extra kosten zullen dan tot uiting komen in de nominale premie. Gezien de niet geringe regionale verschillen in overcapaciteit van gezondheidszorgvoorzieningen, lijkt het logisch regionale differentiatie van de nominale premie toe te staan. Zou dit niet gebeuren, dan zou een zorgverzekeraar die werkzaam is in een regio zonder overcapaciteit, vanwege de acceptatieplicht ook verzekerden uit dure regio's met grote overcapaciteit tegen zijn lage nominale premie moeten accepteren. Dit zou een straf op regionale doelmatigheid betekenen, hetgeen stellig niet de bedoeling van het beoogde verzekeringsstelsel kan zijn.

In de praktijk zal het zeer moeilijk zijn de risicofactor 'behoefte aan zorg' te operationaliseren. Zeker in de beginfase zal men al gauw zijn toevlucht nemen tot enkele voor de hand liggende risicofactoren zoals leeftijd, geslacht en wellicht regio<sup>7</sup>. Het gewicht dat in de verdeelsleutel voor de normuitkeringen aan de factor regio wordt gegeven, moet dan uitsluitend gebaseerd zijn op regionale verschillen in behoefte aan zorg per leeftijd-geslachtsgroep (verder aan te duiden met: 'regio') en niet op regionale verschillen in (over)capaciteit aan gezondheidszorgvoorzieningen.

De vraag is of een verdeelsleutel gebaseerd op leeftijd, geslacht en 'regio', in combinatie met de acceptatieplicht, voldoende is om gunstige-risicoselectie tegen te gaan. Mijns inziens zal dit niet het geval zijn<sup>8</sup>. Zo blijkt bij voorbeeld dat ziekenfondsverzekerden ten opzichte van particulier verzekerden, na correctie voor verschillen in leeftijden en geslachtsopbouw tussen beide groepen, circa 26% meer langdurige aandoeningen hebben, circa 48% meer dagen ziek op bed liggen en circa 38% vaker opgeven dat ze een minder goede gezondheid hebben<sup>9</sup>. De verschillen in gezondheid per leeftijd-geslachtsgroep tussen beide groepen verzekerden hangen samen met verschillen in inkomen, opleidingsniveau, medische kennis, werksituatie, beroepsrisico, woonsituatie en andere gezondheidsbeïnvloedende factoren. 'Regio' lijkt hierbij niet van belang.

Een normuitkeringsstelsel dat alleen gebaseerd is op leeftijd, geslacht en 'regio', houdt derhalve onvoldoende rekening met de gezondheidsverschillen binnen de onderscheiden risicogroepen en laat volop ruimte voor gunstige-risicoselectie, bij voorbeeld op basis van sociaal-economische status. Voorts is het van belang erop te wijzen dat veelal een klein percentage van het verzekerdenbestand een groot gedeelte van de kosten in een bepaald jaar veroorzaakt. Er zijn schattingen dat 1% van de verzekerden verantwoordelijk is voor circa 25 à 35% van de totale ziektekosten in een bepaald jaar<sup>10</sup>. Uiteraard wisselt deze kleine groep van jaar tot jaar. Als een zorgverzekeraar er echter in slaagt enkele verzekerden te 'werven', die jaar in jaar

5. Voor een uitgebreide beschouwing omtrent mogelijke uitgangspunten voor het vaststellen van de normuitkeringen, zie W.P.M.M. van de Ven en H.J.M.I. Kemna, *Ziektenfondsbudgettering: een eerste verkenning*, Reeks Studies in Beleid en Management Gezondheidszorg, nr. 88.01, 1988.

6. Nota *Verandering verzekerd*, op. cit., blz. 20.

7. Zie onder andere Handelingen Tweede Kamer, 4 oktober 1988, ZFW/AWBZ.

8. Aangezien het evident is dat vanwege het chronische karakter van verpleging en verzorging in verpleeghuizen, bejaardenoordelen, zwakzinnigeninstellingen e.d. voor deze vorm van zorg extra risicofactoren in de verdeelsleutel moeten worden opgenomen (bij voorbeeld indicatiestelling) concentreren wij ons hier voornamelijk op de verstrekkingen in het ziekenfondspakket.

9. R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, *Consumptiever verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden; overzicht van empirische bevindingen*, *Gezondheid en Samenleving*, jg. 7, 1986, blz. 81-94.

10. Zie W.P.M.M. van de Ven, C.G.F. Winkens en L.J.E. Wohrman, op. cit., blz. 18.

uit binnen hun risicogroep tot de groep met de hoogste kosten behoren, kan dit tot aanzienlijke kostenbesparingen leiden.

Op welke wijze zou gunstige-risicoselectie door de zorgverzekeraars kunnen plaatsvinden, gegeven de acceptatieplicht en gegeven een systeem van normuitkeringen dat alleen gebaseerd is op leeftijd, geslacht en 'regio'? Hierbij moet men onderscheid maken tussen selectie bij de inschrijving en bij de uitschrijving.

Bij de *inschrijving* van verzekerden zou gunstige-risicoselectie op de volgende wijze kunnen plaatsvinden:

- door selectief te adverteren, door 'direct mailing' via gekochte adressenbestanden (bij voorbeeld alleen hogere inkomensgroepen) of door het selectief toezenden van informatiemateriaal. Een zorgverzekeraar die geadverteerd heeft met de oproep aan potentieel nieuwe verzekerden om te reageren, zou selectief op basis van ras, sociale klasse, gezondheid of postcode inschrijfformulieren kunnen toezenden;
- door de samenstelling en de premiehoogte van de aanvullende verzekeringen voor niet-verplicht te verzekeren risico's (medicijnen, fysiotherapie en tandheelkunde). Te denken valt aan een zeer hoge premie of een slechte dekking voor aanvullende verzekeringen voor medicijnen en fysiotherapie. Aangezien de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen bij dezelfde zorgverzekeraar moeten worden afgesloten, zullen dan vooral de relatief gezonden binnen de onderscheiden risicogroepen, die niet geïnteresseerd zijn in deze aanvullende verzekeringen, zich bij de betreffende zorgverzekeraar voor de basisverzekering aanmelden. Dit zou ertoe kunnen leiden dat uiteindelijk geen enkele zorgverzekeraar bereid is dergelijke aanvullende verzekeringen tegen een redelijke premie aan te bieden. Voorts zou gedacht kunnen worden aan een koppelverkoop met verzekeringen die veelal door relatief gezonden c.q. hoge inkomensgroepen worden afgesloten (bij voorbeeld zeiljachtverzekeringen, opstalverzekeringen, rechtsbijstandsverzekeringen en wintersportverzekeringen) of aan het opnemen in de aanvullende verzekeringen van diverse zaken die aantrekkelijk zijn voor gezonden. Indien zou blijken dat ouderen die een eigen gebit hebben ook relatief gezond zijn, zouden tandheelkundige basisvoorzieningen in de aanvullende verzekeringen kunnen worden opgenomen. De gunstige-risicoselectie ten aanzien van de basisverzekering vindt dan plaats via – van uit de verzekeraar bezien – ongunstige-risicoselectie ten aanzien van de aanvullende verzekeringen;
- via de keuze van een eigen risico aan de voet. In het nieuwe systeem zal het zo zijn dat mensen kunnen kiezen tussen het betalen van de nominale premie en het nemen van een zogenaamd eigen risico aan de voet (dat wil zeggen, de eerste x gulden worden niet door de zorgverzekeraar vergoed). Uit onderzoek blijkt dat het met name de relatief gezonden zijn die voor een eigen risico kiezen en de relatief minder gezonden die voor een volledige verzekering kiezen<sup>11</sup>. Indien een verzekeraar nu voor de basisverzekering een zeer hoge nominale premie vraagt, is het gevolg hiervan dat hij uitsluitend aantrekkelijk is voor verzekerden die een eigen risico willen, dat wil zeggen de relatief gezonden binnen de onderscheiden risicogroepen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat uiteindelijk geen enkele zorgverzekeraar bereid is de basisverzekering-zonder-eigen-risico tegen een redelijke premie aan te bieden;
- door de tussenpersoon, de z.g. intermediair. De tussenpersoon die bemiddelt tussen verzekerden en verzekeraar, komt regelmatig bij de mensen over de vloer, praat veel met hen en kent hun gezondheidstoestand vrij goed. De aan een zorgverzekeraar gebonden tussenpersoon zou de relatief ongezonden binnen de onder-

scheiden risicogroepen kunnen adviseren om maar liever bij de concurrent een verzekering af te sluiten, omdat die een voor hen betere verzekeringsdekking biedt of een contract heeft gesloten met voor hen betere zorgverleners;

- door contracten te sluiten met instellingen die slecht bereikbaar zijn voor invaliden: bij voorbeeld slecht bereikbaar met het openbaar vervoer, geen lift of een stoepje met een paar treden; of door contracten te sluiten met zorgverleners en instellingen die niet gespecialiseerd zijn in de behandeling van chronische ziekten.

Bij de *uitschrijving* van verzekerden zou gunstige-risicoselectie als volgt plaats kunnen vinden:

- door een trage schade-uitkering bij degenen met zeer hoge kosten. Ook zou de overige dienstverlening aan deze verzekerden slecht kunnen zijn;
- via de zorgverleners met wie de zorgverzekeraars een contract hebben gesloten. In dienst van de verzekeraar werkende zorgverleners zouden verzekerden/patiënten met zeer hoge kosten kunnen aanmoedigen de verzekering c.q. de inschrijving als patiënt te beëindigen door de patiënt lang in onzekerheid te laten verkeren over de juiste diagnose, door onvriendelijk gedrag of door lange wachttijden<sup>12</sup>;
- door een gouden handdruk van de zorgverzekeraar aan 'ongunstige risico's'.

Een belangrijke vraag is uiteraard in hoeverre bovengenoemde theoretische mogelijkheden voor gunstige-risicoselectie ook daadwerkelijk in de praktijk zullen optreden. Bij elk van de genoemde mogelijkheden zal de zorgverzekeraar een afweging maken tussen enerzijds de baten van gunstige-risicoselectie en anderzijds de kosten die er mee gemoeid zijn en de verslechtering van zijn reputatie. Te verwachten is dat ethische en morele overwegingen de zorgverlener ervan zullen weerhouden om patiënten met hoge kosten 'weg te pesten'. Consumentenorganisaties zullen de ontwikkelingen nauwlettend volgen en aan ongewenste situaties ruime publiciteit geven. Een slechte reputatie kan derhalve een aanzienlijk verlies aan verzekerden/patiënten betekenen. De meest extreme en de meest in het oog lopende vormen van gunstige-risicoselectie zullen dan ook wellicht niet optreden. Bij een normuitkeringsysteem dat alleen gebaseerd is op leeftijd, geslacht en 'regio' zal echter met subtiele vormen van gunstige-risicoselectie, zeker bij toenemende concurrentie in de gezondheidszorg, serieus rekening moeten worden gehouden. Gezien de zeer grote financiële belangen die op het spel staan – via het normuitkeringsysteem wordt bijna 100 miljoen gulden per dag over de zorgverzekeraars verdeeld – lijkt het verstandig de kat niet al te zeer op het spek te binden.

## Normuitkeringen

Een effectieve manier om gunstige-risicoselectie tegen te gaan is een normuitkeringsysteem dat voldoende rekening houdt met de gezondheidstoestand van de verzekerden. Het behoeft geen perfect systeem te zijn dat gunstige-risicoselectie absoluut onmogelijk maakt. Wel moeten de normuitkeringen zodanig verrijnd zijn dat gunstige-risicoselectie voor een zorgverzekeraar niet lonend is.

Hierboven is aannemelijk gemaakt dat bij een systeem van normuitkeringen waarbij alleen rekening wordt gehou-

11. W.P.M.M. van de Ven en B.M.S. van Praag, The demand for deductibles in private health insurance, *Journal of Econometrics*, jg. 17, 1981, blz. 229-252.

12. J.P. Newhouse, Is competition the answer? *Journal of Health Economics*, jg. 1, 1982, blz. 109-116.

den met de risicofactoren leeftijd, geslacht en 'regio', vol op mogelijkheden aanwezig zijn voor profijtelijke gunstige-risicoselectie. Door bij de indeling in risicogroepen gebruik te maken van meer relevante risicofactoren zal de nettowinst van gunstige-risicoselectie echter afnemen. Immers, hoe verfijnder de indeling in risicogroepen is, des te moeilijker en kostbaarder het voor een zorgverzekeraar is om binnen een bepaalde risicogroep de relatief gezonden te selecteren, en des te lager ook de opbrengsten van een eventuele gunstige-risicoselectie zijn.

Als extra parameters in de formule van de normuitkering – naast leeftijd, geslacht en 'regio' – kan gedacht worden aan diagnose-specifieke gegevens, indicatiestellingen (bij voorbeeld voor verpleeghuizen, bejaardenoorden en zwakzinnigeninstellingen) en medische-consumptiegegevens. Verzekerden zouden kunnen worden ingedeeld in klassen, gevormd op basis van indicatiestelling en diagnose-specifieke gegevens of op basis van de aanwezigheid van bepaalde ziekten. Niet alle ziektebeelden zijn belangrijk, maar juist deze, welke hoge kosten veroorzaken en waarvan voorspeld kan worden dat ze ook in de toekomst hoge behandelkosten met zich zullen brengen, zoals bij voorbeeld chronische ziekten, nierdialyse, transplantaties en aids.

De indeling van de verzekerden in klassen behoeft niet volledig vóóraf te geschieden. Voor bepaalde objectief vast te stellen ziektebeelden die met zeer hoge behandelkosten gepaard gaan, zouden achteraf (dat wil zeggen ná het optreden van de ziekte) genormeerde vergoedingen per ziektebeeld aan de zorgverzekeraar kunnen worden uitgerekt. Als extra verdeelcriteria voor de normuitkeringen kan voorts gedacht worden aan de ziektekosten in het verleden (met een beperkt gewicht), arbeidsongeschiktheid, langdurige werkloosheid, inkomen (bekend bij de fiscus), het al dan niet kiezen van een eigen risico aan de voet, etnische achtergrond, burgerlijke staat en postcode. De postcode kan worden beschouwd als een fijnmazige 'proxy' voor aan de gezondheidstoestand gerelateerde factoren zoals sociaal-economische status, opleiding en inkomen. Gezien de correlatie van de diverse verdeelcriteria moet erop gelet worden dat niet verscheidene keren voor de invloed van een zelfde factor wordt gecorrigeerd. Overigens zou het, gegeven een vast macrobudget voor gezondheidszorg, de voorkeur verdienen om de normuitkeringen voor de ongezonden en zorgbehoevende eerder iets te hoog dan te laag vast te stellen en bijgevolg voor de gezonden vice versa. Dit impliceert namelijk dat de ongezonden de gunstige risico's vormen. De in de vorige paragraaf genoemde mogelijkheden voor gunstige-risicoselectie komen dan grotendeels te vervallen c.q. veranderen 180 graden. Zorgverzekeraars zullen zich dan inspannen om juist zoveel mogelijk ongezonden – i.e. mensen die de gezondheidszorg het hardste nodig hebben – in hun verzekerdenbestand te hebben. Een voordeel van een verzekerdenbestand met relatief veel ongezonden is voorts dat een verhoging van de doelmatigheid in het proces van zorgverlening relatief hoge besparingen per verzekerde oplevert – 10% van 7500 gulden is meer dan 10% van 500 gulden – en derhalve een relatief grote verlaging van de nominale premie mogelijk maakt.

Een praktisch probleem bij het bepalen van de verdeelcriteria voor de normuitkeringen is dat de verdeelcriteria idealiter aan een aantal voorwaarden zouden moeten voldoen, zoals validiteit, betrouwbaarheid en onafhankelijkheid van het aanbod van zorg. Voorts mogen de gegevens niet manipuleerbaar zijn door zorgverleners, zorgverzekeraars of patiënten en moeten zij voor alle zorgverzekeraars op regelmatige basis beschikbaar zijn. Ook mogen de kosten van verzameling, verwerking en controle van de gegevens niet exorbitant hoog zijn. In de praktijk zal blijken dat het zeer moeilijk is om verdeelcriteria te vinden die volle-

dig aan alle voorwaarden voldoen. Men zal derhalve een afweging moeten maken tussen de voor- en nadelen van diverse voorwaarden waaraan verdeelcriteria moeten voldoen.

Het is ook mogelijk om gunstige-risicoselectie tegen te gaan door maatregelen buiten de sfeer van de volmaakte verdeelformule. Oplossingen voor deelproblemen in het nieuwe systeem kunnen ook gezocht worden in een systeembenadering. Hieronder zullen enkele suggesties worden gedaan.

## Breed basispakket

Het door het kabinet voorgestelde basispakket omvat ruim 85% van de totale kosten van de gezondheidszorg en aanverwante maatschappelijke dienstverlening. Naast de verplichte basisverzekering bestaat de mogelijkheid dat de mensen zich op basis van vrijwilligheid aanvullend verzekeren. Hierbij zal het vooral gaan om zaken zoals geneesmiddelen (extramuraal), extramuraal paramedische hulp (fysiotherapie, logopedie, oefentherapie) en tandheelkundige hulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar.

Ten aanzien van deze aanvullende verzekeringen heeft het kabinet de volgende regelgeving voorgesteld. Er geldt een beperkte acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar, er zal geen premiedifferentiatie mogen plaatsvinden en de basis- en aanvullende verzekeringen moeten bij dezelfde zorgverzekeraar worden afgesloten. De acceptatieplicht is beperkt tot verzekerden die voor het eerst zelfstandig toetreden tot de verzekeringsmarkt alsmede verzekerden die zich bij hun vorige zorgverzekeraar voor een zelfde pakket aanvullend verzekerd hadden.

Zoals boven betoogd biedt een aanvullende verzekering de zorgverzekeraars volop mogelijkheden tot het selecteren van een gunstig verzekerdenbestand van de basisverzekering. Een zorgverzekeraar zou bij voorbeeld aan mensen die op enig moment geen aanvullende verzekering hebben afgesloten, informatie over een aantrekkelijke aanvullende verzekering met lage premie kunnen toezenden. Vervolgens zou de zorgverzekeraar op basis van de informatie op het inschrijfformulier voor de aanvullende verzekering (met diverse gerichte vragen over de gezondheid) selectief alleen verzekerden kunnen accepteren die een zeer gunstig risico voor de basisverzekering vormen. Een oplossing voor dit probleem is het opnemen van elementaire verstrekkingen, zoals bij voorbeeld medicijnen en fysiotherapie, in de basisverzekering met een gelijktijdige verhoging van de nominale premie voor de basisverzekering. Deze uitbreiding van het basispakket heeft de volgende voordelen:

- selectie van een gunstig verzekerdenbestand ten aanzien van de basisverzekering via (de samenstelling van) een aanvullende verzekering zal aanzienlijk geringer zijn;
- het maatschappelijke probleem van de onverzekerden wordt voorkomen. Wat te doen als de zorgverzekeraars niet bereid zijn aanvullende verzekeringen tegen een redelijke premie aan te bieden? Of wat te doen met mensen die, toen ze daartoe de keuze hadden, zich niet aanvullend voor medicijnen hebben verzekerd, maar later, wanneer zij aids hebben of een transplantatie hebben ondergaan, zeer dure medicijnen (f 10.000 of 20.000 per jaar) moeten gebruiken? Het kabinet is vrij optimistisch omtrent het aantal mensen dat zich aanvullend zal verzekeren. Mijns inziens ten onrechte<sup>13</sup>. Verwacht mag worden dat bij een vrijwillige verzekering, waarbij de pre-

13. Zie ook de resultaten van een recente enquête, *INZET*, februari 1989.

mie voor iedereen gelijk is, vooral de mensen die hoge kosten verwachten de verzekering zullen afsluiten en mensen die geen of weinig kosten verwachten dat niet zullen doen. Dit betekent dat de premie veel hoger zal moeten zijn dan de landelijke gemiddelde kosten. Als gevolg hiervan zal de verzekering echter voor een nog grotere groep mensen onaantrekkelijk worden en zo ontstaat als het ware een spiraalwerking, waarbij de premie steeds hoger wordt en de groep verzekerden steeds kleiner;

- er zal geen ongewenste substitutie optreden. Indien bij voorbeeld fysiotherapie of dure medicijnen wel in het ziekenhuis worden vergoed maar niet extramuraal, zou dit kunnen leiden tot onnodige en onnodig lange opnamen en derhalve tot onnodig hoge kosten;
- de speelruimte voor concurrentie op het nominale premiedeel wordt aanzienlijk vergroot. Gezien de verschillen van vele tientallen procenten in gemiddelde ziektekosten per persoon tussen diverse regio's - na correctie voor verschillen in leeftijd-geslachtsopbouw - biedt een nominale premie van circa 10% (zoals voorgesteld door de Commissie-Dekker) een te geringe speelruimte om de verschillen in "...werkelijke kosten minus normuitkering..." volledig tot uiting te laten komen in regionaal gedifferentieerde nominale premies;
- de (onvoldoende) regelgeving ten aanzien van aanvullende verzekeringen kan vervallen.

Indien wordt afgesproken dat de vrijwillig te betalen nominale premie, die per zorgverzekeraar verschillend is, niet behoort tot de collectieve lasten, leidt de hierboven aangegeven verbreding van het basispakket niet tot een verhoging van de collectieve uitgaven. Aangezien het ook niet tot een verhoging van de marginale-lastendruk leidt, is hiermee aan twee belangrijke politieke randvoorwaarden voldaan. De genoemde voordelen moeten evenwel worden afgewogen tegen het beperken van de keuzevrijheid van de verzekerde en het verminderen van de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraar.

## Overige maatregelen

Naast de bovengenoemde methode om de gunstige-risicoselectie te reduceren kan ook worden gedacht aan een of meer van de volgende maatregelen:

- de zorgverzekeraars zouden de mogelijkheid kunnen krijgen om de nominale premie voor de basisverzekering voor de bij hen aangesloten verzekerden (binnen zekere grenzen) te laten variëren. Hierdoor kunnen zij eventuele extra informatie omtrent het te verzekeren risico tot uiting laten komen in de hoogte van de nominale premie in plaats van deze informatie te gebruiken bij het selecteren van gunstige risico's. De extra risicofactoren die de zorgverzekeraars hierbij blijken te hanteren, kunnen vervolgens een inspiratiebron vormen voor het in volgende jaren bijstellen van de verdeelcriteria voor de normuitkeringen<sup>14</sup>;
- de kosten per verzekerde zouden slechts tot een bepaald maximum voor rekening en risico van de zorgverzekeraar kunnen komen. Boven dit bedrag zouden de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de centrale kas kunnen komen. In de praktijk is het wellicht al voldoende indien één of een paar procent van de verzekerden onder deze regeling valt. Hierdoor wordt de eventuele winst als gevolg van gunstige-risicoselectie aanzienlijk beperkt;
- de kosten van zeer kostbare en goed voorspelbare verstrekingen waarvoor geen geschikt verdeelcriterium of geen geschikte genormeerde vergoeding per ziekte-

beeld kan worden gevonden, zouden buiten het verdeelsysteem van de normuitkeringen kunnen worden gelaten<sup>15</sup>;

- de mogelijkheid om over te stappen van de ene zorgverzekeraar naar de andere zorgverzekeraar zou kunnen worden beperkt tot bij voorbeeld één keer per jaar of één keer per twee of drie jaar. Ter bevordering van de concurrentie tussen zorgverzekeraars zou elk jaar een deel van de bevolking de mogelijkheid kunnen krijgen een andere zorgverzekeraar te kiezen;
- de in- en uitschrijving van verzekerden zou kunnen geschieden via een onafhankelijke instantie onder toezicht van de nieuw in te stellen Raad voor de Zorgverzekering. Deze instantie meldt alle mutaties enerzijds aan de betreffende zorgverzekeraars en anderzijds aan de Raad voor de Zorgverzekering, die voor de normuitkeringen aan de zorgverzekeraars zorgt. Deze onafhankelijke instantie zou ook duidelijk informatiemateriaal kunnen verspreiden, met alle relevante informatie over de diverse zorgverzekeraars die werkzaam zijn in een bepaalde regio. Op deze wijze wordt selectie via tussenpersonen of via manipulaties bij de in- en uitschrijving voorkomen;
- bij de uitschrijving zou gevraagd kunnen worden naar de reden waarom men van zorgverzekeraar verandert: lange wachttijden, geen voor de betreffende kwaliteit zorgverlener, enzovoort. Ook zou een analyse kunnen plaatsvinden van de kosten in het afgelopen jaar van degenen die van zorgverzekeraar veranderen. Deze informatie geeft de Raad voor de Zorgverzekering goed inzicht in het handelen van de zorgverzekeraars en van de door hen gecontracteerde zorgverleners en kan zodoende een belangrijke signaalfunctie vervullen;
- er zou een gedragscodecommissie voor de zorgverzekeraars kunnen worden ingesteld op basis van zelfregulering of overheidsregulering, waarbij strenge sancties worden gesteld op het overtreden van de betreffende gedragscodes. Deze gedragscode zou betrekking kunnen hebben op bij voorbeeld minimum kwaliteitseisen ten aanzien van de gecontracteerde zorgverleners, het instellen van goede klachtenprocedures en het tegengaan van koppelverkoop, selectief adverteren en het verlenen van een gouden handdruk aan 'ongunstige risico's';
- zolang in de *overgangsfase* naar het nieuwe verzekeringsstelsel nog geen voldoende verfijnd systeem van normuitkeringen beschikbaar is dat voldoende rekening houdt met verschillen in gezondheid (tussen ziekenfonds en particulier), kan de mogelijkheid van gunstige-risicoselectie worden verminderd door de concurrentie tussen zorgverzekeraars voorlopig te beperken tot concurrentie tussen de ziekenfondsen onderling en concurrentie tussen de particuliere verzekeraars onderling. Zodra een geschikte formule beschikbaar en operationeel is, kan de keuzemogelijkheid voor de verzekerden worden uitgebreid tot alle zorgverzekeraars.

Het moge duidelijk zijn dat bovenstaande opsomming een 'overkill' aan mogelijke maatregelen bevat om gunstige-risicoselectie tegen te gaan. Wellicht blijken enkele van

14. Te hoge nominale premies zouden gecompenseerd kunnen worden via een systeem van individuele gezondheidssubsidie (igs) (zie M. de Bruine en J.W. Lintsen, Individuele gezondheidssubsidie, ESB, 15 juni 1988, blz. 569-572). De Bruine en Lintsen hebben voorgesteld igs toe te passen op de totale premie. Dit zou evenwel kunnen leiden tot zeer grote verschillen in zelf te betalen premie tussen gezonden en ongezonden. Door het toepassen van igs op de nominale premie in een centrale-kassystematiek wordt dit nadeel aanzienlijk beperkt met behoud van het voordeel van igs (te weten: vermindering van gunstige-risicoselectie).

15. Voor uitgebreidere beschouwingen hieromtrent zie: W.P.M.M. van de Ven, *Ziektekostenverzekering en doelmatigheid*, oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam, oktober 1987.

de genoemde maatregelen al voldoende te zijn. Het is aan de politici en beleidsmakers een keuze te maken uit de diverse maatregelen.

## Tot slot

In dit artikel is betoogd dat een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraars en een normuitkeringsysteem gebaseerd op leeftijd, geslacht en regionale verschillen in behoefte aan zorg onvoldoende instrumenten zijn om gunstige-risicoselectie afdoende tegen te gaan. Diverse mogelijke oplossingen zijn genoemd. Het is aan de politici en beleidsmakers een keuze te maken uit de voorgestelde instrumenten.

Een effectief instrument om gunstige-risicoselectie tegen te gaan is een verfijnd normuitkeringsysteem dat voldoende rekening houdt met de gezondheidstoestand van de verzekerden. Hiertegen is als bezwaar naar voren gebracht dat dit ertoe zou leiden dat de normuitkering tendert naar een schadedekkende uitkering ('declaratiesysteem') met als gevolg dat de prikkel volledig uit het systeem zou verdwijnen. Marktwerking/concurrentie zou dan niet van de grond komen, zodat de beoogde kostenbeheersing niet zou worden bereikt<sup>16</sup>.

De redenering dat een zo verfijnd mogelijke normuitkering vooraf, uiteindelijk zou tenderen naar een schadedekkende uitkering per verzekerde (vergelijkbaar met een declaratiesysteem achteraf à la de algemene kas van de ziekenfondsverzekering, waarbij inderdaad geen enkele prikkel tot kostenbeheersing aanwezig is) is gemakkelijk te ontzenuwen. Op individueel niveau is namelijk slechts een beperkt deel (circa 20%) van de verschillen ('variantie') in ziektekosten per jaar voorspelbaar, verreweg het grootste deel van de ziektekosten per jaar is op individueel niveau onvoorspelbaar<sup>17</sup>. Met vrij grote mate van nauwkeurigheid kan weliswaar voorspeld worden dat bij voorbeeld binnen een bepaalde leeftijdsgroep een bepaald percentage van de mensen volgend jaar kanker of een hartinfarct zal krijgen, maar het is onmogelijk exact te voorspellen wie precies binnen deze groep wel of niet de betreffende ziekte(kosten) zal treffen. Het fenomeen van grote mate van voorspelbaarheid op *groepsniveau* en geringe mate van voorspelbaarheid op *individueel* niveau vormt het kernprincipe van verzekeren: een groot aantal mensen met bepaalde kenmerken ('relevante risicofactoren') zodanig dat zij *vooraf* dezelfde kans op schade hebben, betaalt een zelfde verzekeringspremie, terwijl *achteraf* blijkt dat sommigen wel en anderen geen schade hebben ondervonden.

De redenering dat de beoogde kostenbeheersing niet zou worden bereikt, kan gemakkelijk worden weerlegd door erop te wijzen dat de hoogte van de werkelijke kosten sterk beïnvloed kan worden door de zorgverzekeraar, terwijl de normuitkeringen hiervan onafhankelijk zijn. Dit impliceert dat elke verlaging van de werkelijke kosten direct tot uiting kan komen in een verlaging van de nominale premie. De nominale premie fungeert hierbij zelfs als een sterk vergrootglas. Stel dat de nominale premie gemiddeld 10% bedraagt van de totale kosten van het basispakket, dan leidt een verlaging van de totale kosten met 1% (respectievelijk 10%) tot een verlaging van de nominale premie met 10% (respectievelijk 100%)!

Voorts is het goed te bedenken dat het systeem van normuitkeringen in feite de premiestructuur simuleert die in een volledig vrije, concurrerende verzekeringsmarkt zou ontstaan (voor zover het de premie-inkomsten voor de zorgverzekeraar betreft). Een volledig vrije verzekeringsmarkt leidt namelijk tot een premiestructuur die zoveel mogelijk gebaseerd is op het zogenaamde equivalentiebeginsel, dat wil zeggen een zo groot mogelijke gelijkwaardig-

heid tussen de premie en het te verzekeren risico. Doet een verzekeraar dit niet en doet een concurrent dat wel, dan lopen alle goede risico's over naar de concurrent waar ze een lagere premie behoeven te betalen. Bijgevolg blijft eerstgenoemde verzekeraar met de ongunstige risico's zitten en zal hij zijn premies moeten verhogen, waardoor de concurrentiepositie nog verder verslechtert. Dit betekent overigens niet dat in de praktijk een zo verfijnd mogelijke indeling in homogene risicogroepen ontstaat. Een van de redenen hiervoor is dat er ook kosten verbonden zijn aan een zo perfect mogelijke indeling in risicogroepen, zoals bijvoorbeeld de kosten van premiecalculatie, administratie en controle. In de praktijk zal daarom gewerkt worden – en dit geldt ook voor het normuitkeringsysteem van de centrale kas – met een werkbare indeling in risicogroepen, waarbij de kosten en baten van een verdere verfijning in risicogroepen zullen worden afgewogen.

Op theoretische gronden biedt het door het kabinet beoogde verzekeringsstelsel zeer goede perspectieven voor een gezondheidszorgsysteem waarbij het bevorderen van doelmatigheid en het tegemoet komen aan de preferenties van de consument een hoge prioriteit genieten. Critici zouden evenwel kunnen wijzen op het ontbreken van een empirische onderbouwing hiervan. Het voorgestelde verzekeringsstelsel bestaat immers nog nergens ter wereld op nationale schaal (wel in deelsystemen<sup>18</sup>) en bevindt zich derhalve nog in het stadium van de academische tekentafel, waar het overigens al enkele tientallen jaren ligt<sup>19</sup>. Dit lijkt evenwel geen reden om theoretisch goed onderbouwde modellen niet in de praktijk te gaan toepassen. Wel lijkt het mij een reden om zo snel mogelijk een breed opgezet, multidisciplinair (econometristen, epidemiologen/artsen, bestuurskundigen, juristen en statistici) onderzoeksprogramma te starten waarbij alle beschikbare onderzoekspotentieel gemobiliseerd wordt om tot goed onderbouwde beleidskeuzen te kunnen komen. Diverse zaken die in dit artikel slechts terloops konden worden aangestipt, zouden daarin fundamenteel moeten worden onderzocht. Een enkel onderzoek naar een normuitkeringsysteem gebaseerd op leeftijd, geslacht en 'regio', is absoluut onvoldoende. Zonder een breed onderzoeksprogramma is de kans groot dat de voorgenomen stelselwijziging binnen enkele jaren stuk zal lopen op problemen die het gevolg zijn van een (vermijdbaar) gebrek aan kennis, informatie en inzicht. Het zou het kabinet sieren indien het op korte termijn het initiatief zou nemen tot zo'n breed onderzoeksprogramma.

W.P.M.M. van de Ven

16. G.B. Nijhuis, Handelingen Tweede Kamer, 4 oktober 1988, ZFW/AWBZ, blz. 7-382; E. Veder-Smit, Handelingen Eerste Kamer, Ziekenfondswet, 13 december 1988, blz. 11-405; D.M. Sluimers, hoofd-directeur financiering en planning van het Ministerie WVC, in *INZET*, nr. 11, 1988, blz. III-V.

17. W.P. Welch, Regression toward the mean in medical care costs, *Medical care*, jg. 23, 1985, blz. 1234-1241; zie ook J.P. Newhouse, *Capitation and medicare*, RAND-Corporation, oktober 1986, R-3455-HCFA.

18. Zie Van de Ven en Kemna, 1988, op. cit.

19. L.S. Godetroy, *Het Ziekenfondswezen in Nederland: ontwikkelingen en perspectieven*, Martinus Nijhoff, Den Haag, 1963. SER, *Advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging*, Den Haag, 1973 (Blauwdruk voor een nationaal verzekeringsstelsel ziektekosten). A.C. Enthoven, Consumer-choice health plan, *New England Journal of Medicine*, 1978, blz. 650-658 en 709-720. W.P.M.M. van de Ven, Ziektekosten en financiële prikkels tot doelmatigheid (II); contouren van een Algemene Wet Ziektekosten, *ESB*, 2 februari 1983, blz. 110-117.