

Bieden om zorgverzekeringsovereenkomsten

Laat het plan-Simons nu wel of geen ruimte voor risicoselectie van verzekerden?

In *ESB* van 15 januari j.l. stellen Keijser en Kirkman-Liff dat het stelsel van normuitkeringen – een cruciaal onderdeel van de stelselherziening in de zorg – gebreken vertoont. Zij presenteren dan ook een alternatief model, ontleend aan de Amerikaanse praktijk.

Veel van hun argumenten tegen de normuitkeringen berusten op een misvatting van de werking ervan. Wellicht dat enige tekst en uitleg verhelderend kan werken.

Hieronder wordt kort het stelsel van normuitkeringen toegelicht. Vervolgens worden de argumenten van Keijser en Kirkman-Liff tegen de normuitkeringen en voor hun alternatieve voorstel besproken.

Normuitkeringen¹

De inkomensafhankelijke premies worden in het vernieuwde stelsel als budgetten aan verzekeraars uitgekeerd. Dit verdeelstelsel uit de Centrale Kas, het normuitkeringsstelsel, kent twee aspecten die corresponderen met de beide hoofddoelstellingen van de stelselherziening: een verdeelend aspect en een prikkelend aspect. Door middel van het stelsel van normuitkeringen worden de middelen uit de Centrale Kas over de diverse zorgverzekeraars verdeeld op grond van (verwachte) risicokenmerken van verzekerden. Het sluit daarmee aan bij actuariële methoden die verzekeraars zelf hanteren om premies op schaderisico's af te stemmen. Door discrepanties in risico's (ex ante) te verevenen wordt voorkomen dat zorgverzekeraars naar doelmatigheid streven ten koste van een gedeelte van hun verzekerdenbestand.

Doordat aldus de prikkel tot risicoselectie wordt weggenomen, leidt het stelsel van normuitkeringen tot een optimale solidariteit van verzekerden onderling en wordt de toegang van een ieder tot de zorg materieel gewaarborgd.

Zorgverzekeraars worden bij hun bedrijfsvoering door normuitkeringen geprikkeld om zich niet te richten op het selecteren van gunstige risico's maar op doelmatigheid. Hun handelen zal daarom gericht zijn op het bereiken van een beheerste kostenontwikkeling in de zorgsector. Het stelsel van normuitkeringen leidt ertoe dat een zorgverzekeraar voor iedere vooraf geformuleerde risicogroep een uniform bedrag in de te dekken kosten tekort komt. Het verschil tussen genormeerde schade en normuitkering wordt gecompenseerd door de nominale premies. Inefficiënte bedrijfsvoering alsmede de gevolgen van een inadequaat zorginkoopbeleid worden vertaald in een hogere nominale premie en leiden tot verlies van marktaandeel. Wanneer de verwachting gerechtvaardigd zou zijn dat bij iedere zorgverzekeraar een aselechte verdeling van risicogroepen bestaat zou de eenvoudigste verdeelsleutel zijn om een gelijk bedrag per verzekerde als normuitkering te verstrekken. Een dergelijke aselechte verdeling is er in de praktijk echter niet. De veelbesproken verschillen in uitgangspositie tussen de huidige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars vormen slechts één illustratie.

Een dergelijk criterium zou ook niet kunnen werken, omdat het voor verzekeraars aantrekkelijk en goedkoop zou zijn om gunstige risico's te selecteren.

De verdeelkenmerken in het normuitkeringsstelsel zijn daarom in principe ontleend aan risico-analyse. Globaal dezelfde criteria worden door de particuliere verzekeraars gebruikt om hun premies vast te stellen. Normuitkeringen fungeren als premieervangende uitkeringen, omdat zij volledig bepaald worden door risicokenmerken van verzekerden. Normuitkeringen hangen uitsluitend af van gezondheidsrisico's; het ver-

schil tussen normuitkering en feitelijke kosten vormt de nominale premie; dit impliceert dat verschillen in omvang en kwaliteit van pakketten tot uitdrukking zullen komen in de nominale premie. Het is dus niet zo dat differentiatie in pakketten vertaald wordt in een hogere of lagere normuitkering aan een verzekeraar. De normuitkeringen zijn niet meer dan een verdeling van de middelen in de Centrale Kas over de diverse zorgverzekeraars naar rato van hun verzekerdenbestanden en de daarbij horende risicokenmerken.

Bezwaren tegen verdeelstelsel

Keijser en Kirkman-Liff stellen dat er een aantal problemen verbonden zijn aan het verdeelstelsel. Allereerst technische problemen: dit zijn echter niet zozeer problemen als wel randvoorwaarden waar verdeelcriteria aan moeten voldoen. In het IOO-rapport dat zij aanhalen wordt een uitgebreide beschouwing aan deze randvoorwaarden gewijd². Het moet gaan om meetbare en relevante achtergrondkenmerken van verzekerden. Daarnaast is het belangrijk dat de met de verzameling van gegevens gemoeide administratieve organisatie van zorgverzekeraars inzichtelijk en vanuit bedrijfsmatig oogpunt efficiënt dient te zijn. De keuze voor de verdeelmaatstaven leeftijd, geslacht, regio en meerjarige schade is tegen deze achtergrond bepaald; de keuze om de gezondheidstoestand van verzekerden "niet in de verdeel formule op te nemen" evenzeer. Politiek-maatschappelijke aanvaardbaarheid van criteria speelt in de discussie bewust geen enkele rol. Een volgend probleem is het historisch gebruik: verzekeraars zouden aanmoedigen tot dure behandelingen om een hogere normuitkering te ontvangen. Vraag is welk motief verzekeraars hierbij zouden hebben; tegenover een hoger budget staan dan

1. Voor een uitgebreide beschrijving van het stelsel van normuitkeringen en de keuze van de verdeelcriteria zijn verwezen naar de brief van de staatssecretaris van WVC aan de voorzitter van de Tweede Kamer, Tweede Kamer, 1990-1991, 21 592, nr. 28, 19 juni 1991. Voor een actuele stand van zaken van de stelselherziening als zodanig zie Memorie van Antwoord bij de behandeling van het wetsvoorstel tweede fase in de Eerste Kamer, 21 592, nr. 52a, 22 oktober 1991.

2. Vgl. J. Gerritse en J.D. Poelert, *Middelen op maat; naar een verdeelstelsel voor uitkeringen aan zorgverzekeraars*, IOO, Den Haag, 1990, blz. 30-38.

immers hogere kosten. Wèl is het zo dat verzekeraars vooralsnog geen prikkel hebben om het gebruik te matigen. Dit is echter eerder een argument voor een kort overgangstraject naar normbudgettering waar de prikkels tot gepast gebruik wèl aanwezig zijn.

Het laatste technische probleem betreft in feite de mate van verfijning van de verdeel formule. Ook hier is minder sprake van een probleem als wel van een keuze. Bovenstaande randvoorwaarden spelen hier een rol. Indien de risicogroepen echter te breed zijn gedefinieerd dan kan het uitnodigen tot risicoselectie. Op het moment dat dit het geval zal zijn is er dus reden om de criteria te verfijnen. Overigens ligt de voorspelkracht van een verdeelmodel met als criteria leeftijd, geslacht, regio en meerjarige schade dicht bij het op individueel niveau maximaal mogelijke³.

Principiële problemen liggen volgens Keijser en Kirkman op het vlak van kostenbesparing en speelruimte voor verzekeraars. Inefficiënties uit het verleden zouden worden meegenomen naar de toekomst. Deze stelling moet gebaseerd zijn op een misverstand. Hierboven is reeds gesteld dat de gevolgen van efficiency-verschillen tussen verzekeraars tot uitdrukking komen in de nominale premie. Verzekeraars hebben dus een prikkel om ondoelmatig zorgaanbod tegen te gaan.

Hiertoe worden verzekeraars in staat gesteld doordat de aanspraken op grond van de basisverzekering zeer globaal worden omschreven. Daarnaast is er de mogelijkheid om met aanbieders te onderhandelen over volume en prijs. De financiële speelruimte wordt begrensd door de zorgplicht. De wijze waarop de verzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet kent veel meer vrijheidsgraden dan nu het geval is. Het aandeel van de nominale premie in de basisverzekering is bovendien groot genoeg om efficiencyvoordelen door te geven aan de cliënten.

Bieden om overeenkomsten

In het voorstel van Keijser en Kirkman-Liff stellen overheid en Ziekenfondsraad (ZFR) de risicogroepen vast – zoals ook in het normuitkeringsstelsel het geval is – en vervolgens mogen verzekeraars bieden. Verzekeraars doen dit aan de hand van gezondheidsindicatoren. De vraag moet luiden: waar halen verzekeraars deze informatie vandaan? In

de discussie rond het stelsel van normuitkeringen ging het er om dat dergelijke informatie, voor zover het de eigen verzekerden betreft, bij verzekeraars bekend zou kunnen zijn en dan tot risicoselectie zou kunnen leiden. Hier wordt voorgesteld om dergelijke gevoelige informatie ter beschikking te stellen aan alle belangstellende verzekeraars.

Een tweede aspect in het alternatief heeft betrekking op administratie en controlebaarheid. Verzekeraars moeten hun bod "terdege" onderbouwen. Hiertoe moeten zij overeenkomsten met aanbieders overleggen. Deze moeten derhalve reeds gesloten zijn. In een bepaald gebied zullen meerdere verzekeraars een bod doen. Slechts één krijgt het verzekeringscontract. Conclusie: er worden veel kosten gemaakt door verzekeraars op momenten dat de opbrengsten nog hoogst onzeker zijn. Dit punt hangt nauw samen met de controlebaarheid van een bod. Keijser en Kirkman-Liff noemen dit ook als nadeel van hun voorstel. De ZFR moet ieder bod "kritisch en tot in details onderzoeken". Dit impliceert een belangrijk controle-apparaat. De rol van de ZFR in het voorstel is die van een Walrasiaanse veilingmeester die vraag en aanbod signaleert en, alvorens er transacties plaatsvinden, de juiste prijzen vaststelt. Nadien mag de ZFR bovendien een andere pet opzetten en controleren of alle betrokkenen zich wel keurig aan de regels hebben gehouden. Een tweede nadeel dat Keijser en Kirkman-Liff zelf aandragen is de gevoeligheid van het voorstel voor prijsafspraken. Dit wordt nog versterkt door de mogelijkheid dat verzekeraars, zoals wordt gesuggereerd, in kennis gesteld worden van de hoogte van het bod van de concurrentie. Er is maar weinig speltheoretisch inzicht nodig om te voorspellen dat men dan dicht tegen het bod van de concurrentie gaat zitten. Zijn er ook voordelen ten opzichte van een stelsel van normuitkeringen? Zelf noemen de auteurs regionalisatie waardoor "toevallige verschillen in infrastructuur geen rol spelen". Verzekeraars doen een bod per regio en hanteren dus de infrastructuur als gegevenheid.

Op langere termijn moet het gedrag van verzekeraars er echter toe leiden dat er een betere allocatie van middelen over de diverse regio's plaatsvindt. Juist de bestaande regionale infrastructuur vormt daarbij een grote hindernis. Bovenregionale ineffi-

ciëntie wordt met het alternatief bevroren. Dit wordt nog versterkt doordat er binnen een regio slechts enkele verzekeraars actief zijn: van concurrentie kan dan niet echt sprake zijn. In het normuitkeringsstelsel is deze concurrentie wel voorzien: naarmate verzekeraars meer invloed krijgen op tarieven en investeringsbeslissingen zal ook het regio-criterium in de normuitkeringsformule veranderen zodat het ten slotte alleen nog regionale gezondheidsverschillen weerspiegelt.

Het belangrijkste nadeel van het alternatief betreft de positie van verzekerden.

Verzekeraars brengen een bod uit op risicogroepen naar keuze. Risicoselectie wordt hiermee geïnstitutionaliseerd. De personen in de risicogroepen moeten maar afwachten of er een bod op hen wordt uitgebracht; zeker bij slechts een beperkt aantal regionaal opererende verzekeraars. Bovendien mag de verzekeraar een bovengrens aan het aantal verzekerden stellen. Al beweren Keijser en Kirkman het tegendeel; duidelijk zal zijn dat er van keuzevrijheid van verzekerden niet veel overblijft.

A.H.L.M. van de Meerendonk

De auteur is senior beleidsmedewerker bij de directie Financieel Beleid en Planning, afdeling Macro-economische aangelegenheden, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

(Het naschrift van de heer Keijser staat op de volgende bladzijde)

3. Vgl. R.C.J.A. van Vliet, Normuitkeringen in de gezondheidszorg, *Openbare Uitgaven*, nr. 2, 1990, blz. 75-86.