

Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen

R.C.M.H. Douven

De auteur is werkzaam bij de sector Conjunctuur en Collectieve Sector van het CPB. Het artikel is geschreven toen hij tijdelijk gedetacheerd was bij de Directie Zorgverzekeringswet van het ministerie van VWS. Met dank aan Esther Mot, Rocus van Opstal, Jan Poelert, Marc Pomp en Leny van Rijn voor commentaar. r.c.m.h.douven@cpb.nl

Bij de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet zal de kwaliteit van de risicoverevening tijdelijk verminderen. Op de langere termijn hangt de kwaliteit van de risicoverevening af van marktontwikkelingen als specialisatie, concentratie en verticale integratie.

Minister Hoogervorst heeft op 14 juni jl. de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) met succes door de eerste kamer gelooft. Een cruciaal onderdeel van deze wet is het systeem van risicoverevening. In de Zvw is een verzekeraar verplicht om elke verzekerde, ongeacht zijn verwachte zorgkosten, voor dezelfde nominale premie te accepteren voor de basispolis. Omdat er voorspelbare verschillen bestaan tussen de zorgkosten van verzekerden loopt een verzekeraar voorspelbare verliezen op slechte risico's, zoals ouderen, gehandicapten of chronisch zieken.

De voorspelbaarheid van deze risico's maakt het voor verzekeraars aantrekkelijk om risicoselectie toe te passen, dat wil zeggen deze slechte risico's te weren. Het doel van risicoverevening is om verzekeraars te compenseren voor de slechte risico's en zo een gelijkere uitgangspositie voor concurrerende verzekeraars te creëren. Wanneer het voor een verzekeraar onaantrekkelijk wordt om risicoselectie toe te passen, zal deze zich meer richten op het contracteren van een doelmatige zorgverlening.

Sinds 1991 is het systeem van risicoverevening onderdeel van de Ziekenfondswet (Zfw) en sindsdien is de kwaliteit ervan sterk verbeterd. In de komende jaren moet de risicoverevening echter ook standhouden in een dynamischer marktomgeving waarin de financiering en bekostiging van de zorg drastisch wijzigen en commerciële verzekeraars en aanbieders heviger met elkaar concurreren.

Gedurende de transitieperiode in 2006, en mogelijk ook in 2007 en 2008, zal de kwaliteit van de risicoverevening tijdelijk afnemen. Bepaalde informatie ontbreekt, sommige kenmerken vervallen en kostenpatronen veranderen waardoor de compensatie voor de verzekerdenpopulatie voor sommige verzekeraars hoger en voor andere verzekeraars lager kan uitvallen. In het verleden werd het systeem van risicoverevening steeds beter. Op de lange termijn is deze stijgende trend minder evident en zal de kwaliteit afhangen van marktontwikkelingen.

Risicoverevening op de ziekenfondsmarkt

Het uitgangspunt van de risicoverevening is dat iedere verzekeraar voor iedere verzekerde vooraf een normbedrag ontvangt van het Zorgverzekeringsfonds. Dat normbedrag wordt bepaald aan de hand van recente gegevens over zorguitgaven en kenmerken van alle individuele verzekerden. Deze gegevens vormen een indicator voor te verwachten zorgkosten. Voor de uiteindelijke bepaling van de normbedragen moet de overheid rekening houden met aspecten als stijgende zorgkosten en pakketwijzigingen. Dit wordt verwerkt in de vaststelling van een totaalbedrag: het Macroprestatiebedrag (Mpb).

Verzekeraars lopen risico over de zorguitgaven omdat ze meer of minder geld uitgeven aan de zorg dan ze via de normbedragen ontvangen. Meer risico voor de verzekeraar leidt tot grotere prikkels voor doelmatigheid, maar ook tot meer ongewenste prikkels voor risicoselectie. De prikkels voor risicoselectie worden echter afgezwakt naarmate het systeem van risicoverevening beter wordt. In de afgelopen vijftien jaar introduceerde de overheid geleidelijk meer marktwerking door ziekenfondsen stapje voor stapje meer risico te laten lopen over de uitgaven. Door compensaties achteraf liepen ziekenfondsen in 1991 helemaal geen risico, maar door een afname van de compensaties achteraf lopen ze in 2005 voor iets meer dan vijftig procent risico over de gezondheidszorguitgaven.¹ Het is onduidelijk in hoeverre de prikkels voor risicoselectie nu zijn toegenomen of afgenomen. Enerzijds is de prikkel tot risicoselectie in de afgelopen jaren vergroot doordat ziekenfondsen meer risico zijn gaan lopen over hun uitgaven, maar anderzijds is de prikkel verkleind door de verbetering van de risicoverevening.

Gehanteerde kenmerken in de Ziekenfondswet

In de loop der jaren zijn steeds meer verschillende kenmerken van verzekerden toegevoegd voor het berekenen van de normbedragen. In de beginjaren negentig begon men met twee kenmerken: leeftijd en geslacht. Later zijn kenmerken als verzekeringsgrond en regio toegevoegd.

Verzekeringsgrond relateert de compensatie voor een verzekerde aan zijn inkomensbron. In 2005 kreeg een verzekeraar voor een WAO'er tussen de 55-64 jaar ongeveer duizend euro meer compensatie dan voor een zelfstandige in dezelfde leeftijdscategorie.

Bij het kenmerk regio worden de ziekenfondsverzekerden gekoppeld aan hun postcode en vervolgens verdeeld in tien verschillende clusters. De clustering vindt plaats aan de hand van meerdere postcodekenmerken, zoals het aantal (niet-westerse) alloctonen, het aantal lage inkomens, afstand tot een ziekenhuis, aantal verpleeghuisbedden en mate van stedelijkheid (Goudriaan et al., 2005). De term regio leidt vaak tot verwarring omdat verzekerden niet worden opgedeeld in tien geografische regio's; zo komen in Den Haag alle tien de clusters voor. Het verschil in compensatie tussen een verzekerde in het goedkoop-

¹ Een belangrijk compensatiemechanisme achteraf is de Hoge Kosten Verevening. In 2005 wordt 90% van de uitgaven die boven € 12.500 uitstijgen evenredig verdeeld tussen verzekeraars.

ste en duurste cluster lag in 2005 rond de 150 euro.

Sinds een paar jaar worden ook gezondheidskenmerken als geneesmiddelengebruik en ziekenhuisgebruik opgenomen in de risicoverevening. Het kenmerk Farmacie Kosten Groep (FKG) gaat uit van het geneesmiddelengebruik van een chronisch zieke in het verleden. Ongeveer zeven procent van alle verzekerden is ingedeeld in een van de twaalf FKG-groepen. De normbedragen variëren van ongeveer duizend euro per jaar voor een carapatiënt, tot ongeveer tienduizend euro per jaar voor een patiënt met een nieraandoening.

Bij Diagnose Kosten Groepen (DKG) wordt rekening gehouden met het ziekenhuisgebruik van een verzekerde in het verleden. Ongeveer twee procent van alle verzekerden is ingedeeld in een van de dertien DKG-groepen. De normbedragen variëren van ongeveer duizend euro per jaar voor patiënten met een bepaalde gewrichtslijtage, tot veertigduizend euro per jaar voor een hemodialysepatiënt.

Geleidelijke verbetering van de risicoverevening

Door de toename van het aantal kenmerken om verzekerden te karakteriseren is de voorspelkwaliteit van de risicoverevening sinds 1991 sterk verbeterd.

Met de kenmerken leeftijd en geslacht kon nog geen vijf procent van de variatie in individuele ziektekosten worden voorspeld. Met de huidige kenmerken komt dit percentage op ongeveer 22 procent uit. De maximale vooraf te voorspellen variatie in individuele ziektekosten is overigens niet honderd procent, maar wordt geschat op bijna vijftig procent. De andere vijftig procent betreft een willekeurige variatie en is niet te voorspellen (Lamers et al., 1999).

Risicoverevening leidde ook tot een kleinere variatie van de gemiddelde zorguitgaven per verzekerde tussen ziekenfondsen. Op basis van de kenmerken leeftijd en geslacht bracht risicoverevening deze variatie terug met 20%. Na het toepassen van meer verzekerdenkenmerken werd de variatie in 2001 verminderd met 55% (Douven, 2004).

Een derde manier om de kwaliteit van de risicoverevening te beoordelen, is te kijken naar het profijt van risicoselectie voor verzekeraars. Zonder risicoverevening lopen verzekeraars een voorspelbaar verlies van gemiddeld ongeveer 2500 euro per verzekerde over de tien procent verzekerden met de hoogste zorguitgaven in het voorgaande jaar. Met de huidige kenmerken is dit bedrag teruggebracht tot ongeveer duizend euro per verzekerde in 2004 (Van de Ven et al., 2004).²

Risicoselectie

Door de risicoverevening wordt het selecteren van 'slechte risico's' lastiger. Verzekeraars moeten verzekerdeninformatie zien te vinden die (nog) niet in de risicoverevening is geïncorporeerd. Onlangs lieten Van de Ven et al. (2005) zien dat er in de huidige risicoverevening nog gemakkelijk identificeerbare groepen verzekerden zijn met een voorspelbaar verlies. Dit betreft vooral chronisch zieken die buiten de FKG- en DKG-indeling vallen en verzekerden met hoge kosten in het verleden. Zoals betoogd door de auteurs is het raadzaam om de ingeslagen weg van verbetering van de risicoverevening verder te vervolgen: namelijk een toename of verbetering van het gebruik van verzekerdenkenmerken.

Een systeem van risicoverevening zal overigens nooit perfect zijn. Het is lastig om alle voorspelbare informatie boven tafel te

krijgen en verder is niet alle informatie geschikt voor de risicoverevening. Een belangrijke voorwaarde is dat verzekerdenkenmerken niet beïnvloedbaar mogen zijn. Er is bijvoorbeeld discussie over de vraag of het kenmerk kosten uit het verleden geschikt is voor risicoverevening. Kosten uit het verleden bevatten immers ook het gedrag en kosten van zorgaanbieders. Ondoelmatig gedrag wordt daardoor niet direct afgestraft en hogere kosten worden (gedeeltelijk) vergoed (CPB, 2003).

De prikkel voor risicoselectie blijft dus aanwezig, maar deze prikkel hangt ook af van de instrumenten die verzekeraars krijgen om risicoselectie toe te passen. Terwijl op de huidige particuliere markt verzekerden gedumpt kunnen worden in de WTZ of simpelweg geweigerd kunnen worden, is dat bij ziekenfondsen en in de Zvw veel moeilijker vanwege de acceptatieplicht. In de Zvw lijkt de aanvullende verzekering het meest geëigende instrument voor verzekeraars te zijn om risicoselectie toe te passen (Erken, 2004).

Risicoverevening tijdens transitieperiode

In 2006 geldt de risicoverevening voor alle verzekerden en dus ook voor de huidige particulier verzekerden. Omdat op de particuliere verzekeringsmarkt nooit risicoverevening heeft plaatsgevonden, hebben sommige particuliere verzekeraars nooit systematisch gegevens op persoonsniveau verzameld. Voorlopig onderzoek toont aan dat van ongeveer anderhalf miljoen particulier verzekerden gegevens ontbreken of dat hun gegevens ongeschikt zijn om te gebruiken bij de risicoverevening. Een bijkomend probleem is dat door de eigen risico's op de particuliere markt sommige nota's nooit bij verzekeraars zijn terechtgekomen. Deze ontbrekende gegevens moeten alsnog worden ingeschat.

Een tweede belangrijk aspect is dat door de invoering van de Zvw de registratie van sommige verzekerdenkenmerken gaat wijzigen. Op de ziekenfondsmarkt was het kenmerk verzekeringsgrond automatisch beschikbaar omdat toelating tot de ziekenfondsverzekering gerelateerd was aan dit kenmerk. De Zvw geldt voor iedereen die in Nederland woont of in Nederland loonbelasting betaalt; daarmee vervalt de informatie over verzekeringsgrond. Het kenmerk verzekeringsgrond dient via andere kanalen (zoals de belastingdienst of het UWV) te worden gezocht.

Een derde probleem is de verandering in kostenpatronen van verzekerden. De normbedragen voor 2006 moeten bepaald worden aan de hand van data uit 2003, die nog geen gegevens over het effect van DBC's bevatten. De invoering van DBC's leidt tot een schadelastverschuiving doordat de kosten van oudere verzekerden dalen en die van jongere verzekerden stijgen (Van Barneveld et al., 2005). Er vindt een correctie plaats voor dit aspect, maar die is met de nodige onzekerheid omgeven. Kostenpatronen kunnen ook verschuiven omdat verzekerden in de Zvw kunnen kiezen tussen verschillende eigen risico's en polistypen. Het is interessant om na te gaan of deze verzekerdenkenmerken in de toekomst ook kunnen worden opgenomen in de risicoverevening.

Een vierde probleem is dat het ramen van het Mpb moeilijker zal worden door de introductie van de Zvw. Hoe groter de ramingsfout, hoe slechter de verdelende werking van de risicoverevening (Douven, 2004).

² Wanneer ook rekening wordt gehouden met de huidige compensaties achteraf wordt dit bedrag teruggebracht tot ongeveer vijfhonderd euro.

Gevolgen

Een (tijdelijk) mindere kwaliteit van de risicoverevening betekent dat de normbedragen minder precies zullen worden berekend. Daardoor bestaat de kans dat sommige verzekeraars te veel of te weinig compensatie voor hun verzekerdenpopulatie ontvangen. Dit beïnvloedt de concurrentiepositie van verzekeraars omdat de verzekeraar een tekort aan compensatie van de risicoverevening moet corrigeren via een hogere nominale premie. Het probleem is hier echter dat verzekeraars zelf ook niet weten of de compensatie die zij krijgen ten opzichte van hun concurrenten nu juist te hoog is of te laag. Deze onzekerheid bij verzekeraars kan leiden tot een risico-opslag op de nominale premies bij alle verzekeraars.

De overheid kan deze onzekerheid bij verzekeraars gedeeltelijk wegnemen door de compensaties achteraf tijdelijk te verhogen, waardoor verzekeraars minder risico lopen over de zorguitgaven. Het nadeel van die strategie is dat ook de prikkels voor doelmatigheid tijdelijk minder worden, wat kan leiden tot hogere zorguitgaven.

Op de lange termijn streeft het ministerie van VWS ernaar om de achteraf-compensaties zo snel mogelijk af te bouwen zodat verzekeraars meer risico lopen en de prikkels voor doelmatigheid worden vergroot. Gedurende de transitieperiode lijkt het verstandig om daar voorzichtig mee om te gaan en eerder te denken aan een tijdelijke verhoging dan een verlaging van de achteraf-compensaties.

Risicoverevening op de langere termijn

Op langere termijn kan de kwaliteit van risicoverevening verbeteren door het aanvullen van de ontbrekende informatie, toevoegen van nieuwe kenmerken en doorberekenen van schadelastverschuivingen. Er zijn echter ook mogelijke marktontwikkelingen die de kwaliteit van de risicoverevening juist weer kunnen ondergraven.³

Een mogelijke marktontwikkeling is de specialisatie van een verzekeraar in bepaalde groepen verzekerden, bijvoorbeeld diabetici. Dit is op zichzelf een positieve ontwikkeling, omdat specialisatie de zorgverlening doelmatiger kan maken. Het werkt goed zolang niet alle (of de meeste) diabetici bij dezelfde verzekeraar worden ondergebracht. Immers, de crux van de risicoverevening is dat de norm van diabetici wordt bepaald door alle diabetici verspreid over alle verzekeraars. Wanneer echter één verzekeraar alle diabetici in zijn populatie heeft, wordt het moeilijker om een goede norm voor diabetici te bepalen.

Behalve specialisatie op een bepaalde ziekte kan men zich als verzekeraar ook concentreren op geografische regio's. Het is buitengewoon lastig om in de risicoverevening op de juiste manier te corrigeren voor kostenverschillen tussen geografische regio's. De regionale verzekeraar in een regio met lagere kosten zal ontkennen dat die lagere kosten het gevolg zijn van bijvoorbeeld lagere kapitaallasten of loonkosten en hij zal de verschillen toeschrijven aan zijn doelmatige zorgverlening.

Verticale integratie

De beschikbaarheid van een breed en betrouwbaar informatiebestand op persoonsniveau is een eerste vereiste voor risicoverevening. Het is de vraag of verzekeraars en ziekenhuizen deze data in de toekomst nog wel kunnen of willen verstrekken. In de toekomst staat bijvoorbeeld de weg open voor een verticale integratie tussen verzekeraar en zorgaanbieder.⁴ Bij verticale integratie

vervallen de onderhandelingen tussen een zorgaanbieder en een verzekeraar waardoor prijsinformatie, van bijvoorbeeld DBC's, niet meer of moeilijk is te verifiëren door derden. Bij compensatie achteraf ontstaat er voor de geïntegreerde verzekeraar dan wel de zorgaanbieder een prikkel om de DBC-prijs omhoog bij te stellen om zo meer geld terug te krijgen uit het Zorgverzekeringsfonds.

De problemen bij Medicare in de VS zijn hiervoor illustratief (Hadley et al., 2002). In Medicare krijgen verticaal geïntegreerde zorgaanbieders en verzekeraars (HMO's) bij de risicoverevening wel een normatieve vergoeding vooraf, maar de gegevens van de HMO's worden niet meegenomen bij de bepaling van die normatieve vergoedingen. De reden is dat deze gegevens niet bekend en ook niet te achterhalen zijn. Omdat de HMO's risicoselectie toepasten, stegen de normatieve vergoedingen vooraf sterker dan gewenst. De populatie waarop de normatieve vergoedingen waren gebaseerd, werd steeds duurder doordat ze de goedkope risico's selecteerden.

Conclusie

Het is nog onduidelijk wat bij dit soort marktontwikkelingen het effectiefste beleid is. Wel is duidelijk dat de kwaliteit van de risicoverevening staat of valt met de beschikbaarheid van goede data. Imperfecte risicoverevening kan niet alleen leiden tot foutieve vergoedingen aan verzekeraars maar ook tot kritiek van verzekeraars op de hoogte van de vergoedingen. Kritiek op de verevening door verzekeraars is in zekere zin echter gewenst. Als zij deze kritiek inbrengen bij de ontwikkeling van de risicoverevening, kan zodoende het systeem van risicoverevening verder verbeterd worden. ■

Rudy Douven

Literatuur

- Barneveld, E.M. van, M. Ludwig & J.S. Visser (2005) Schadelastverschuivingen bij verzekeraars. *ESB*, 8 april 2005, 162-165.
- CPB (2003) *Zorg voor concurrentie*, CPB-document 28. Den Haag.
- Douven, R. (2004) *Risk adjustment in the Netherlands: an analysis of insurers' health care expenditures*, CPB discussion paper 39. Den Haag.
- Erken, O. (2004) *Verzekerde Selectie?*, CPB-memorandum 84. Den Haag.
- Goudriaan R., V. Thio, R.S. Halbersma & S.H. Meulenbelt (2005) *Regio in detail: analyses op buurt- en postcodeniveau*, APE-rapport 246, Onderzoek voor het Ministerie van VWS. Den Haag.
- Hadley, J., S. Maxwell, M. Moon & S. Zuckerman (2002) *The direct payment method for Medicare managed care plans: a concept paper*. Washington DC: Health Policy Center, The Urban Institute.
- Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet & W.P.M.M. van de Ven (1999) *Farmacie Kosten Groepen: een verdeelkenmerk voor normuitkeringen gebaseerd op medicijngebruik in het verleden*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C.J.A. van Vliet & L.M. Lamers (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs* 23(3), 45-55.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.J. Prinsze, D. de Bruijn & F.T. Schut (2005) Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening. *ESB* 20 mei 2005, 223-225.

3 Ik laat de mogelijke gevolgen voor de risicoverevening van AWBZ-sectoren die op termijn onderdeel gaan uitmaken van de Zvw buiten beschouwing.

4 Een eerste stap in die richting is al gezet. Onlangs nam de Tilburgse verzekeraar CZ een minderheidsbelang in de orthopedische afdeling van het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven. Binnen enkele jaren wil CZ (ruim twee miljoen verzekerden) in meer ziekenhuizen een financieel belang nemen.