

De harde kern in de risicoverevening

De risicoverevening moet ervoor zorgen dat ook chronisch zieken financieel aantrekkelijke klanten zijn voor de zorgverzekeraars. Op dit moment is dit nog niet volledig het geval. Dit onderzoek laat zien dat er een harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden bestaat. Deze bevinding biedt aanknopingspunten voor verbetering van de risicoverevening.

De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekeraars niemand mogen weigeren (acceptatieplicht). Ook moet elke zorgverzekeraar aan al zijn verzekerden, ongeacht leeftijd en gezondheid, per polis per provincie eenzelfde premie vragen (verbod op premie-differentiatie). Ter compensatie van de hoge kosten van oude, ongezonde verzekerden ontvangen de zorgverzekeraars voor hen een vereveningsbijdrage uit het Vereveningsfonds, dat gevuld wordt met de inkomensafhankelijke bijdragen. Voor jonge, gezonde verzekerden moet een verzekeraar een vereveningsbijdrage aan het Vereveningsfonds betalen. Idealiter zorgt de risicoverevening ervoor dat het financieel resultaat van een verzekeraar voor elke verzekerde, ongeacht zijn risicokenmerken, naar verwachting gelijk is.

Voorzover verzekeraars subgroepen van verzekerden kunnen onderscheiden die voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn, is de risicoverevening onvolledige. Verzekeraars hebben dan een prikkel om bij de zorginkoop en dienstverlening zo weinig mogelijk in te spelen op de preferenties van voorspelbaar ver-

liesgevende klanten. Dit zullen veelal chronisch zieke patiënten zijn. Als gevolg van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars zowel meer prikkels als meer instrumenten voor risicoselectie gekregen (Van de Ven et al., 2005). Een goed vereveningsstelsel is daarom van groot belang.

De vereveningsformule-2007 houdt rekening met de volgende risicofactoren: leeftijd, geslacht, aard van inkomen, regio, en de gezondheidskenmerken Farmaceutische Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's). Omdat het vereveningsmodel wordt geschat met behulp van de kleinstekwadratenmethode bestaan er voor genoemde subgroepen per definitie geen voorspelbare winsten en verliezen, en dus ook geen prikkels tot risicoselectie. De hoofdvraag in dit artikel is of dit ook geldt voor subgroepen die niet expliciet in de vereveningsformule zijn opgenomen.

De vereveningsformule-2007

De beste remedie tegen het gevaar van risicoselectie is het wegnemen van de financiële prikkels tot risicoselectie door een goede vereveningsformule. Uit een evaluatie door Stam en Van de Ven (2006) blijkt dat de vereveningsformule-2006 nog niet voor alle subgroepen van verzekerden de prikkels voor risicoselectie wegneemt. In een recent onderzoek laten zij zien dat deze conclusie ook geldt ten aanzien van de vereveningsformule-2007, ondanks de verbeteringen die in de tussentijd zijn doorgevoerd (Stam en Van de Ven, 2007). De verbeteringen in de vereveningsformule-2007 betreffen een uitbreiding met FKG's

tabel 1

Voorspelbare financiële resultaten bij toepassing van de vereveningsformule-2007 voor specifieke groepen verzekerden uit de Agis Gezondheidsenquête 2001 (exclusief ex post kostencompensaties)

Subgroepen (2001)	Omvang (in %)	Voorspelbaar financieel resultaat (euro's 2007) ¹
Ervaren gezondheid matig/slecht	21,2	-541
Beperkt in het horen	4,8	-308
Beperkt in het zien	7,3	-222
Beperkt in beweeglijkheid	14,9	-653
Slechtste score geestelijke gezondheid (SF-36)	10,0	-297
Hoge bloeddruk	15,2	-342
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	16,3	-401
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	6,1	-725
Drie of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	25,2	-463
Medicijnen op recept (periode 14 dagen)	48,2	-220
Contact met medisch specialist (periode 12 maanden)	39,8	-317

¹ Statistisch significant verschillend van nul ($p < 0,05$).

Bron: Stam en Van de Ven (2007)

PIET STAM EN WYNAND VAN DE VEN

Adviseur bij Agis Zorgverzekeringen en onderzoeker bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering aan de EUR

voor groeihormonen, kanker en psychische aandoeningen en de mogelijkheid van meerdere FKG's in plaats van maximaal één FKG per verzekerde.

De subgroepen in dit recente onderzoek zijn samengesteld op basis van de antwoorden van bijna 17.000 verzekerden van Agis Zorgverzekeringen die zijn verzameld via de Agis Gezondheidsenquête 2001 (Stam, 2007). Tabel 1 presenteert voor diverse subgroepen, gebaseerd op de enquêtevragen over de eigen gezondheid, aandoeningen en zorggebruik, de voorspelbare financiële resultaten, uitgaande van de vereveningsformule-2007. Uit tabel 1 blijkt dat 21,2 procent van alle verzekerden hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordeelt. Voor deze subgroep leidt de vereveningsformule tot een voorspelbaar verlies van gemiddeld 541 euro per verzekerde per jaar. Er bestaat dus een forse prikkel tot risicoselectie, terwijl het antwoord op deze vraag relatief eenvoudig door de zorgverzekeraars kan worden verzameld via een gezondheidsverklaring voor de aanvullende verzekering (Schut en De Bruijn, 2007).

Volgens Reerink (2006) klopten in 2006 verschillende patiëntorganisaties tevergeefs aan bij zorgverzekeraars voor een collectief contract. Dit vanwege de voorspelbare verliezen die voor zestien van de negentien betrokken patiëntengroepen (met in totaal 50.000 leden) zouden gelden, onder andere voor de leden van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). In 2007 is volgens tabel 1 sprake van gemiddeld driehonderd euro voorspelbaar verlies per verzekerde met beperkingen in het horen en dus van een substantiële prikkel tot risicoselectie. Niettemin concluderen De Bruijn en Schut (2007) dat in 2007 ten aanzien van subgroepen van verzekerden zoals genoemd in tabel 1 geen sprake lijkt te zijn van risicoselectie op basis van gezondheid bij collectieve contracten met verzekerden.

Opmerkelijk is verder dat, terwijl de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2007 nog niet onder de basisverzekering vallen, de tien procent verzekerden met de slechtste score op de geestelijke gezondheidsschaal van de SF-36 in

tabel 1 een voorspelbaar verlies te zien geven van bijna driehonderd euro. Omdat de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanaf 2008 onder de basisverzekering vallen, mag worden verwacht dat het voorspelbaar verlies voor deze groep verzekerden de komende jaren groter zal uitvallen dan in tabel 1 wordt gepresenteerd.

Ten aanzien van grote groepen verzekerden die zeggen contact te hebben gehad met een medisch

Daarnaast is er het nadeel dat ex post compensatie van de kosten de prikkel tot doelmatigheid reduceert

specialist (in afgelopen jaar) of medicijnen (in afgelopen veertien dagen) op recept hebben gebruikt, blijkt een voorspelbaar verlies te bestaan van gemiddeld meer dan tweehonderd euro per verzekerde per jaar.

Uniforme ex post kostencompensatie

Omdat het grootste deel van de variatie in individuele ziektekosten ex-ante onvoorspelbaar is, zullen op het niveau van een individuele verzekerde de door het vereveningsmodel voorspelde kosten vrijwel nooit exact gelijk zijn aan de ex post gerealiseerde kosten. Een deel van dit resultaatverschil wordt in de praktijk ex post gecompenseerd via de zogenoemde

hogekostencompensatie (negentig procent compensatie van de gerealiseerde kosten – exclusief de vaste kosten van ziekenhuiszorg – boven een drempel van 12.500 euro in 2007), omdat de vereveningsformule nog niet voldoende in staat is alle verzekerden met voorspelbaar hoge kosten adequaat te compenseren. Ten aanzien van de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van medisch specialistische hulp vindt ex post ook nog generieke verevening (ofwel onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars) en nacalculatie (ofwel verrekening met het Vereveningsfonds) plaats. Deze ex post compensatiemechanismen blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

Toepassing van de ex post hogekostencompensatie blijkt in 2007 de geconstateerde voorspelbare winsten en verliezen voor de meeste subgroepen te reduceren met tien tot 25 procent, en voor een enkele subgroep met veertig procent. Het effect hiervan is dus relatief beperkt. Daarnaast is er het nadeel dat ex post compensatie van de kosten de prikkel tot doelmatigheid reduceert. Ex ante risicoverevening op basis van de vereveningsformule heeft dit nadeel niet en het verbeteren ervan is daarom de aangewezen manier om risicoselectie in het zorgstelsel te vermijden.

Verbetering van vereveningsformule

Het verbeteren van de vereveningsformule gebeurt jaarlijks sinds 1992 in de ziekenfondssector en sinds 2006 in de Zorgverzekeringwet. De uitdaging is om voldoende objectieve gezondheidskenmerken te vinden die een valide indicator vormen voor de bestaande gezondheidsverschillen tussen verzekerden. Objectieve gezondheidskenmerken blijken in de praktijk vaak beperkt beschikbaar voor toevoeging aan de vereveningsformule. Bij gebrek aan adequate vereveningscriteria kunnen de voorspelbare verliezen daardoor voor langere tijd blijven bestaan. Ter illustratie van de relevantie van dit knelpunt bij de ontwikkeling van de vereveningsformule wordt de situatie ten aanzien van verzekerden met zeldzame aandoeningen beschreven.

In 2006 is uitgebreid aandacht geschonken aan de opname van zeldzame, kostbare aandoeningen in de vereveningsformule. Er zijn vijf- tot achtduizend zeldzame aandoeningen bekend, met in Nederland naar schatting in totaal één miljoen patiënten. Compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen via de vereveningsformule blijkt slechts voor een zeer klein deel haalbaar door uitbreiding van het aantal FKG's. Ongeveer twee procent van de zeldzame aandoeningen blijkt min of meer eenduidig op te sporen via het gebruik van specifieke (combinaties van) medicijnen of diëten (Van Vliet en Prinsze, 2006).

Zeldzame aandoeningen gaan weliswaar veelal gepaard met een omvangrijk medicijngebruik, maar het betreft veelal specifieke medicijnen, die ook bij een hele reeks van andere ziekten worden voorgeschreven. Dit maakt deze geneesmiddelen ongeschikt om te worden opgenomen in de FKG-indeling. Oorzaak is dat veelal geen sprake is van causale behandeling, gericht op beïnvloeding van (het verloop van) de aandoening zelf, maar van symptoombehandeling. Verder geldt dat bij veel in principe via receptgegevens identificeerbare zeldzame aandoeningen de patiënten onder behandeling staan van een specialist en zij hun medicijnen krijgen via het ziekenhuis (vaak

De uitdaging is om voldoende objectieve gezondheidskenmerken te vinden die een valide indicator vormen voor de bestaande gezondheidsverschillen tussen verzekerden



weesgeneesmiddelen). Deze medicijnen zijn niet als zodanig in de administraties van zorgverzekeraars herkenbaar en kunnen daarom ook niet in de vereveningsformule worden gebruikt. Het onderscheiden van FKG's voor zeldzame aandoeningen in de vereveningsformule zou daarom voor slechts tien- tot twintigduizend verzekerden met een chronische (zeldzame) aandoening kunnen leiden tot adequate compensatie. Voor alle overige verzekerden uit de één miljoen met een zeldzame aandoening zouden de voorspelbare verliezen en dus de prikkels tot risicoselectie voor zorgverzekeraars vooralsnog blijven bestaan. Op dit moment worden daarom alternatieve oplossingsrichtingen onderzocht in het kader van de ontwikkeling van de vereveningsformule. Deze bestaan uit nieuwe vereveningscriteria op basis van hulpmiddelen en/of fysiotherapiegebruik. Met name het gebruik van hulpmiddelen blijkt gerelateerd te zijn aan het voorkomen van enkele specifieke zeldzame aandoeningen (Van Vliet, 2007). Het blijft vooralsnog onbepaald voor welk deel van de één miljoen verzekerden met zeldzame aandoeningen deze verder te ontwikkelen vereveningscriteria tot betere compensatie kunnen leiden. Daarnaast moet nog antwoord worden gegeven op openstaande modeltechnische vragen en vragen ten aanzien van de invoering van deze nieuwe vereveningscriteria. Zo is het nog de vraag in hoeverre de registraties van hulpmiddelen en fysiotherapie bij verzekeraars voldoende uniform, betrouwbaar en volledig (te maken) zijn (Van Vliet, 2007). Genoemde aandachtspunten spelen geen of een mindere rol van betekenis bij invoering van de oplossingsrichting die uit dit onderzoek volgt.

De harde kern

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek (Stam en Van de Ven, 2007) is dat de in tabel 1 gepresenteerde voorspelbare verliezen sterk dalen door het buiten beschouwing laten van de verzekerden die in een periode van vijf achtereenvolgende jaren tot de top 25 procent verzekerden met de hoogste kosten behoren. Tabel 2 presenteert de voorspelbare verliezen die overblijven als deze harde kern met een omvang van acht procent van alle verzekerden buiten beschouwing wordt gelaten. In alle gevallen blijkt sprake van een substantiële afname van de in tabel 1 gepresenteerde voorspelbare verliezen. Soms slaat dit zelfs door naar een beperkte voorspelbare winst. De resultaten van tabel 2 vormen een indicatie dat het uitbreiden van de vereveningsformule met een verdeelkenmerk dat aangeeft of iemand al dan niet meerjarige hoge kosten of meerjarig hoog zorggebruik heeft gehad, veelbelovend kan zijn om de voorspelbare verliezen te reduceren. Voordeel van een dergelijke oplossing is dat verzekeraars een normatieve ex ante vergoeding ontvangen voor

Er is sprake van een toename van de prikkel tot doelmatigheid voor verzekeraars

deze verzekerden, zodat ze dus geheel risicodragend kunnen blijven voor deze groep (afgezien van de gebruikelijke ex post compensaties). Een nadeel van deze oplossing kan zijn dat één normbedrag voor al deze verzekerden geen recht doet aan de variatie in de werkelijke kosten, die binnen

deze groep groter is dan bij andere groepen verzekerden. Dit kan worden ondervangen door binnen de betreffende groep een onderverdeling te maken op basis van verwachte vervolggkosten, analoog aan de definitie van FKG's en DKG's.

Gedifferentieerde ex post kostencompensatie

De resultaten van tabel 2 kunnen ook aanleiding zijn om de ex post kostencompensaties die nu uniform gelden voor alle verzekerden, gedifferentieerd toe te gaan passen. Immers, als de vereveningsformule voor 92 procent van de bevolking redelijk goed werkt en voor acht procent van de verzekerden hoge voorspelbare verliezen geeft, en indien de splitsing in de twee groepen kan plaatsvinden op basis van gegevens die standaard in de administratie van de zorgverzekeraars beschikbaar zijn, zou het financiële risico voor de zorgverzekeraars voor die 92 procent kunnen worden verhoogd en voor de acht procent worden verlaagd.

Verkennde berekeningen op basis van de beperkte steekproef van verzekerden die in ons onderzoek is gebruikt, wijzen erop dat toepassing van een gedifferentieerde hogekostencompensatie de totale omvang van de ex post gepoolde ziektekosten kan doen dalen. Ergo, er is sprake van een toename van de prikkel tot doelmatigheid voor verzekeraars. Voor het bepalen van de omvang en de richting van het doelmatigheidseffect is aanvullend onderzoek gewenst. In het algemeen hangt dit effect af van de omvang

tabel 2

Voorspelbare financiële resultaten in de vereveningsformule-2007 voor specifieke groepen verzekerden uit de Agis Gezondheidsenquête 2001, exclusief degenen die elk jaar tot de top 25 procent verzekerden met hoogste zorgkosten behoorden in periode 1997–2001 (exclusief ex post kostencompensaties).

Subgroepen (2001)	Omvang (in %)	Voorspelbaar financieel resultaat (euro's 2007) ¹
Ervaren gezondheid matig/slecht	16,1	-47
Beperkt in het horen	4,0	9
Beperkt in het zien	6,0	84
Beperkt in beweeglijkheid	10,9	-87
Slechtste score geestelijke gezondheid (SF-36)	8,3	66
Hoge bloeddruk	12,3	40
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	13,1	9
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	4,7	-117
Drie of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	19,7	-45
Medicijnen op recept (periode 14 dagen)	40,4	73
Contact met medisch specialist (periode 12 maanden)	33,2	-7

¹ Geen van de getallen in de laatste kolom zijn statistisch significant verschillend van nul ($p < 0,05$).

Bron: Stam en Van de Ven (2007)

en samenstelling van de harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de landelijke populatie van verzekerden.

De uitvoering kan op een landelijk centrale plek worden gedaan, bijvoorbeeld door het College voor Zorgverzekeringen. Het kan worden belast met de taak om in zijn gegevensbestand van alle zestien miljoen Nederlanders jaarlijks bij te houden wie tot de top 25 procent verzekerden met de hoogste kosten behoort. Deze bestanden zijn nu al onderdeel van de gegevensverzameling in het kader van de risicoverevening en dus al beschikbaar. Een bijkomend voordeel van deze vormgeving is dat de compensatie van deze verzekerden onafhankelijk is van hun switchgedrag. Als een verzekerde gedurende een periode van vijf jaar achtereen tot de top 25 procent verzekerden met de hoogste kosten behoort, maar in de tussentijd is veranderd van verzekeraar, dan ontvangt de verzekeraar waar die verzekerde op dat moment is verzekerd de ex post kostencompensatie.

In dit onderzoek is uitgegaan van een vijfjarige periode bij het identificeren van verzekerden met hoge zorgkosten. Volgens Van Vliet (2007) gaat de voorkeur uit naar een driejarige referentieperiode. Bij een kortere periode dan drie jaar speelt het toeval een te grote rol en bij een langere periode duurt het te lang voordat iemand aan het selectiecriterium voldoet. Uitgaande van een driejarige periode kan gedifferentieerde ex post kostencompensatie via een ingroeitraject al in 2010 worden ingevoerd in het Nederlandse systeem van risicoverevening. Het ingroeitraject bestaat er dan uit dat de harde kern in 2010, 2011 en 2012 wordt vastgesteld op basis van achtereenvolgens één-, twee- en driejarige hoge kosten en/of hoog zorggebruik. In de jaren na 2012 kan worden volstaan met de referentieperiode van drie jaar, of deze kan worden verlengd indien uit aanvullend onderzoek mocht blijken dat een langere periode toch noodzakelijk is om de harde kern vast te kunnen stellen.

Conclusie

Voor specifieke groepen verzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan tien procent van de bevolking) lijden zorgverzekeraars, ondanks de risicoverevening, forse voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar). Deze subgroepen kunnen op eenvoudige wijze door de zorgverzekeraars worden onderscheiden, bijvoorbeeld via gezondheidsverklaringen voor aanvullende verzekeringen. Zonder een wezenlijke verbetering van de risicoverevening is het niet uitgesloten dat de beoogde effecten van de stelselwijziging, te weten verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening, niet zullen worden gerealiseerd. Een betere vereveningsformule is niet alleen de beste manier om prikkels tot risicoselectie in het

De uitvoering kan op een landelijk centrale plek worden gedaan, bijvoorbeeld door het College voor Zorgverzekeringen

nieuwe zorgstelsel te vermijden, maar zorgt ook voor krachtige impulsen om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. De moeizame zoektocht naar objectieve gezondheidscriteria leidt echter tot beperkingen bij (de snelheid van) de invoering, bijvoorbeeld ten aanzien van zeldzame aandoeningen. In afwachting van meer vooruitgang in dit opzicht, stellen wij voor om de bestaande prikkels tot risicoselectie te verminderen door de huidige ex post kostencompensaties gedifferentieerd te gaan toepassen.

Indien de kosten van een harde kern van bijvoorbeeld acht procent verzekerden ex post worden gecompenseerd, kan de ex post kostencompensatie van de overige 92 procent verzekerden worden afgebouwd. Afhankelijk van de omvang en samenstelling van de harde kern kan de prikkel tot risicoselectie hierdoor sterk worden beperkt, terwijl wellicht per saldo voor de gehele verzekerdenpopulatie de prikkel tot doelmatigheid voor verzekeraars ten minste gehandhaafd blijft. Eventueel kan worden gekozen voor een gedeeltelijke (bijvoorbeeld negentig procent) in plaats van volledige ex post compensatie van de kosten van harde kern verzekerden, om verzekeraars enige prikkel tot doelmatigheid ten aanzien van deze groep verzekerden te laten behouden.

Aanbevolen wordt om nader onderzoek te doen naar een verdere afbakening van de harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden. In het bijzonder kan worden nagegaan in hoeverre de prikkels tot risicoselectie worden weggenomen als bij de bepaling van de meerjarige hoge kosten en meerjarig hoog zorggebruik van een kortere dan vijfjarige periode wordt uitgegaan of van een kleinere jaarlijkse groep verzekerden dan de top 25 procent verzekerden met de hoogste kosten. Ten slotte verdient het aanbeveling om eventueel vervolgonderzoek te baseren op een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking.

LITERATUUR

- Bruijn, D. de en F.T. Schut (2007) *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007*. Onderzoek voor de NPCF. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Reerink, A. (2006) *Zorgverzekeraars waren patiënten: Vrees voor verlies bij collectieve polis*. NRC Handelsblad, 27 mei.
- Schut, F.T. en D. de Bruijn (2007) *Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie*. Onderzoek voor de NPCF. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. (2007) *Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006) *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Onderzoek voor de NPCF. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Onderzoek voor de NPCF. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.J. Prinsze, D. de Bruijn en F.T. Schut (2005) *Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening*. ESB, 90(4460), 223-225.
- Vliet, R.C.J.A van (2007) *Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel; bundel deelrapportages*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Onderzoek voor het Ministerie van VWS.
- Vliet, R.C.J.A van en F.J. Prinsze (2006) *Onderzoek voor het risicovereveningsmodel 2007; bundel deelrapportages*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Onderzoek voor het Ministerie van VWS.