

RISICOVEREVENING ONTMOEDIGT PREVENTIE EN EFFICIËNTIE

# Perverse prikkel kan verzekeraars lui maken

Zorgverzekeraars krijgen een tegemoetkoming voor iedere 'dure' klant. Deze compensatieregeling is echter zeer riant en stimuleert verzekeraars niet om te investeren in de gezondheid van hun klanten, betogen Oruun Schram en collega's van zorg-ICT-leverancier 12Care.

**N**a de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zagen veel nieuwe zorginstellingen en zelfstandige behandelcentra het licht. Het beoogde doel van de wet – concurrentie realiseren om de kosten omlaag te brengen – leek te slagen; nieuwe toetreders boden tegen lagere tarieven zorg aan. Geen overbodige luxe, want met 5300 euro zorgkosten per persoon per jaar bij een levensverwachting van 81 jaar, was de zorg in Nederland veel duurder dan in andere ontwikkelde landen. In Singapore bedroegen de kosten bijvoorbeeld 2.000 euro bij een levensverwachting van 84 jaar.

Na de wervelende start rezen er echter al twijfels. De markt consolideerde snel en inmiddels lijkt van concurrentie tussen verzekeraars geen sprake meer. Momenteel zit 90 procent van de verzekerden bij de vier grote verzekeraars Achmea, Menzis, CZ en VGZ. De zorgkosten zijn vanaf 2006 met 50 procent gestegen, bij een inflatie van 14 procent. Van nieuwe toetreders in de verzekeraarsmarkt of de zorg is nauwelijks meer sprake en de stijging van de levensverwachting

vlakt af. Tussen 2007 en 2011 bedroeg deze 15 maanden, tegen 18 maanden in de 5 jaar daarvoor. Als we de zorgmarkt beschouwen als patiënt, dan suggereren de symptomen dat van een goede gezondheid geen sprake is. Bij overheid en verzekeraars lijkt intussen sprake van paniek. Nieuwe aanbieders zijn vrijwel kansloos voor een contract; preventie en fraudebestrijding liggen bij de minister in plaats van bij de verzekeraars - waar ze thuis horen - en de vrijheid van artskenkeuze staat, na meer dan een eeuw, zelfs op de tocht. Onduidelijk is op welke 'diagnose' deze maatregelen zijn gestoeld. Er lijkt vooral sprake te zijn van symptoombestrijding.

Van concurrentie  
tussen  
verzekeraars lijkt  
geen sprake meer

### Risicoverevening

Wij zijn van mening dat de huidige problemen voor een belangrijk deel zijn terug te voeren op de risicoverevening. De basisverzekering kent een acceptatieplicht. De risicoverevening compenseert verzekeraars met relatief veel zieke en gehandicapte klanten voor hun hoge uitgaven.

De verevening houdt in dat verzekeraars naast hun inkomsten uit de maandelijkse premie (18,2 miljard in 2013), een bijdrage krijgen uit het risicovereveningsfonds (20,4 miljard in 2013). Voor 1 euro nominale premie ontvangt de verzekeraar gemiddeld 1,20 uit het fonds. Het fonds wordt door de Nederlandse burgers gevuld via een heffing op de inkomens en de belastingen.

De hoogte van de vereveningsbijdrage is afhankelijk van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. Een zorgverzekeraar die relatief veel verzekerden in de portefeuille heeft met een 'ongunstig risicoprofiel', oftewel hoge zorgkosten, krijgt een hogere bijdrage dan een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met een 'gunstig risicoprofiel', oftewel lage zorgkosten. De risicoprofielen worden bepaald op basis van kenmerken van verzekerden. Deze kenmerken zijn op te delen in drie categorieën: objectieve kenmerken zoals leeftijd, geslacht en erfelijke aandoeningen; kenmerken die samenhangen met sociale status zoals postcodegebied, inkomstenbron en inkomstenniveau; kenmerken die de zorgkosten voorspellen zoals medicatiegebruik, niet-erfelijke aandoeningen en



‘meerjarig hoge kosten’. Deze voorspellende kenmerken zijn nieuw sinds 2006, en ‘meerjarig hoge kosten’ is pas in 2012 toegevoegd.

Aan elk kenmerk hangt een prijskaartje, het zogenaamde normbedrag. Bijvoorbeeld: voor een man van 35 krijgt de verzekeraar het normbedrag van 1300 euro uit het risicovereveningsfonds, maar als hij zelfstandig ondernemer is, gezond leeft en weinig kosten maakt, gaat daar 600 euro aan normbedragen vanaf. Als hij daarentegen in de bijstand zit en diabetes heeft, krijgt de verzekeraar in totaal 4000 euro extra uit het fonds. De normbe-

dragen zijn voor 2013 berekend door het bedrijf APE BV uit Den Haag, grotendeels op basis van gegevens tot en met 2010. Aanvankelijk werd er onderscheid gemaakt tussen ex-anteverevening (vooraf) en ex-postverevening (achteraf). Omdat de vooraf berekende normbedragen de werkelijke kosten slechts gedeeltelijk dekten, werden de ontstane gaten achteraf gecompenseerd. De berekening van de normbedragen is inmiddels echter zo verbeterd dat de Tweede Kamer eerder deze maand heeft besloten om de ex-postverevening af te schaffen (medischcontact.nl, 7 juni 2013).

### **Perverse prikkel**

Aan objectieve kenmerken als leeftijd, geslacht en erfelijke aandoeningen kan een verzekeraar weinig veranderen. Bij kenmerken die samenhangen met sociale status, zoals postcodegebied, inkomstenbron en inkomstenniveau, kan de verzekeraar gebruikmaken van gerichte preventie in een poging om de kosten te beïnvloeden. De kosten van de kenmerken medicatie, niet-erfelijke aandoeningen en ‘meerjarig hoge kosten’ kan een verzekeraar in hoge mate beïnvloeden via polisvoorwaarden, contracteringsvolume en inkoopvoorwaarden.

## Risicoverevening is een potentiële aanjager van de zorgkosten geworden

Bij deze laatste categorie kenmerken zit het probleem. Met het opnemen van die kenmerken in het vereveningsmodel is de oorspronkelijke opzet van het plan van Wisse Dekker, dat ten grondslag ligt aan de Zorgverzekeringswet, losgelaten. Daarin was namelijk voorzien dat de vereveningsuitkering aan verzekeraars zou geschieden op basis van 'objectieve maatstaven voor de gezondheid van verzekerden'. Nu is echter de 'voorspelbaarheid' van de verwachte zorgkosten als kwaliteitsmaatstaf voor het model genomen en bepalen feitelijk de historische kosten per verzekerde de inkomsten van de verzekeraar. Niet op basis van doelstellingen, maar op basis van actuele zorgkosten wordt de vereveningsbijdrage per verzekerde berekend. Aldus komt de som van premie en vereveningsbijdrage ieder jaar een stukje dichterbij de werkelijke kosten per verzekerde. Het lijkt erop dat we terug zijn in de tijd van de verevening op basis van 'historische kosten ziekenfondsen'. Daarmee is de prikkel richting verzekeraars om doelmatig te werken – een belangrijk doel van de Zorgverzekeringswet – weer verdwenen. Sterker nog: er is sprake van een perverse prikkel, omdat een stijging van de ziektekosten in deze opzet leidt tot extra inkomsten voor de verzekeraars. Daarmee is de risicoverevening een potentiële aanjager van de kosten geworden.

Door de wettelijk vastgelegde verhouding tussen nominale premie en werkgeversbijdrage aan het risicovereveningsfonds, bepalen verzekeraars de facto zelf de omvang van het risicovereveningsfonds. En omdat de inkomsten per verzekerde gekoppeld zijn aan de normbedragen per

kenmerk, is het voor de verzekeraar gunstig om een verzekerde te laten voldoen aan zoveel mogelijk kenmerken met hoge prijskaartjes. Hoewel het de wens was om de kenmerken te onttrekken aan de beïnvloeding van zorgverzekeraar, overheid of zorgaanbieder zijn er in het huidige systeem – gericht op maximale voorspelbaarheid – geen mechanismen om dit te realiseren.

### Preventie loont niet

Adviesbureau Velzel en Partners rapporteerde op 6 maart 2012 op basis van interviews met verzekeraars en betrokken deskundigen, aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dat de huidige opzet van de risicoverevening in grote lijnen belemmerend werkt voor preventie. Wij sluiten ons aan bij die conclusie. Verzekeraars worden in het huidige systeem immers beloond als de zorgkosten hoog zijn. Het is daarom gunstig voor hen om juist te bezuinigen op preventie, fraudebestrijding en scherpe inkooponderhandelingen. Dat bespaart kosten op korte termijn en garandeert hoge inkomsten op lange termijn.

Als de zorgmarkt een zieke patiënt was, dan zou de diagnose kunnen zijn dat deze het aan zijn hart heeft: het risicovereveningsmodel pompt het geld de verkeerde kant op. Het model faalt dan ook als instrument voor kostenbeheersing en aanjager van preventie en fraudebestrijding.

### Oplossingen

Hoe moet het dan wel? De meest voor de hand liggende optie is om alleen te verevenen voor objectieve erfelijke kenmerken die zich altijd manifesteren. Al het overige valt immers in meer of mindere mate binnen de invloedssferen van de verzekeraars. Om selectie op risico te voorkomen, zijn dan aanvullende regelingen nodig. Een andere mogelijkheid is om de verevening voor grote maatschappijen volledig af te schaffen of om verzekeringsmaatschappijen te creëren die alleen verplichte basisverzekeringen mogen aanbieden. Een markt van 17 miljoen consumenten en 38 miljard euro is groot genoeg. Met

een garantiemechanisme kunnen bij een faillissement de betreffende verzekerden snel worden overgenomen door andere verzekeraars. Met een beperking van de winstuitkering tot bijvoorbeeld 15 procent kan bovendien opportunistisch gedrag van verzekeraars vermeden worden.

Een derde, radicalere optie vloeit voort uit de fundamentele vraag wat eigenlijk de functie is van de zorgverzekeraars in combinatie met de risicoverevening. Verzekeren is een mechanisme om risico's te spreiden. Met de risicoverevening zijn deze risico's echter al zo geminimaliseerd, dat het in feite dubbelop is om dan alsnog een kostbaar apparaat van zorgverzekeraars in stand te houden. De doelen van de marktwerking zijn mogelijk ook te bereiken door het eigen risico niet met de eerste jaarlijkse kosten te verrekenen. Zodra het eigen risico op is, heeft de verzekerde immers geen belang meer bij lagere kosten. Maar omdat de vervening aangeeft wat de te verwachten kosten zijn van een persoon, kan het een optie zijn om mensen te belonen als ze daaronder blijven. Preventie, fraudebestrijding en efficiënte inkoop worden dan het belang van de verzekerde.

Met durf en de bereidheid om dogma's ter discussie te stellen, moet het mogelijk zijn een behandeling te bedenken voor onze zieke patiënt – de Nederlandse zorgfinanciering. Alles is beter dan een model dat oplopende winst voor de verzekeraars genereert bij het steeds zieker worden van de bevolking.

### contact

qruun.schram@careweb.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

12Care is leverancier van Careweb, een zorgmanagementsysteem en epd binnen met name ggz- en gz-instellingen. 12Care heeft als focus het reduceren van overhead en inefficiënties binnen de gebruikende instellingen.

### web

Onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen) vindt u meer over dit onderwerp.