Centraal Planbureau

CPB Notitie | 15 februari 2016

# Risicoverevening in de zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst

*Uitgevoerd op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

Centraal Planbureau

# CPB Notitie

**Centraal Planbureau**
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (070)3383 380
I www.cpb.nl

**Contactpersoon**
Rob Aalbers
Michiel Bijlsma
Rudy Douven

**Aan:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Datum:** 15 februari 2016
**Betreft:** Risicoverevening in de Zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst

## 1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal partijen verzocht om een 'position paper' te schrijven over de toekomst van de risicoverevening. Deze notitie bevat het position paper van het CPB. Het CPB identificeert daarin een aantal nieuwe uitdagingen voor de toekomst:

1) Probeer meer inzicht te krijgen in het precieze doel van de risicoverevening
2) Leg prioriteit bij nieuwe zorgvormen in de Zvw, zoals de GGZ en de wijkverpleging.
3) Evalueer de effectiviteit van beïnvloedbare risicofactoren in de huidige risicoverevening.
4) Onderzoek wat de gevolgen kunnen zijn van over- of ondercompensatie van (on)gezonde verzekerden?
5) Onderzoek of het mogelijk is om ook gedragsreacties van actoren mee te nemen bij de ontwikkeling van de risicoverevening.

## 2 'Position paper' over de toekomst van de risicoverevening

Ongeveer 25 jaar geleden begon de overheid met de ontwikkeling van de risicoverevening. Hierbij richtte de overheid zich vooral op het toevoegen van nieuwe risicofactoren aan het risicovereveningsmodel. Dit heeft er inmiddels toe geleid dat de verklaarkracht van het model sterk is verbeterd en Nederland een van de meest geavanceerde risicovereveningsmodellen in de wereld heeft. Het meeste laaghangende fruit is inmiddels wel geplukt en het wordt steeds moeilijker om de verklaarkracht van het model verder te verbeteren. Een belangrijke vraag is of de

inspanningen om de verklaarkracht te verbeteren opwegen tegen de steeds kleiner wordende opbrengsten. In dit position paper bespreken we eerst kort de drie doelen van risicoverevening, vervolgens gaan we na in hoeverre die doelen zijn gehaald en we sluiten af met aanbevelingen voor de toekomst.

## De drie doelen van de risicoverevening

Het ministerie van VWS (2016) stelt drie doelen centraal met betrekking tot de risicoverevening. Deze doelen kunnen als volgt kort worden samengevat:

1. Risicoselectie tegengaan. Hiermee bedoelen we het bewust of onbewust selecteren, of weigeren van voorspelbaar verliesgevende verzekerden door verzekeraars. Risicoverevening neemt voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden weg en verkleint daarmee de prikkels voor risicoselectie.

2. Doelmatigheidsprikkels behouden. Het uitgangspunt van ons zorgstelsel is dat verzekeraars doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders doelmatige zorg verstrekken. Het is daarom van belang de risicoverevening zo te organiseren dat er voldoende doelmatigheidsprikkels aanwezig blijven zodat zorgmarkten goed kunnen functioneren.

3. Een gelijk speelveld behouden. Er kunnen toevallige verschillen ontstaan in niet-beïnvloedbare kosten van verzekerdenpopulaties tussen verzekeraars. Deze verschillen leiden tot een ongelijk speelveld en kunnen concurrentieverstorend werken.

## Worden de doelen gehaald?

In hoeverre worden deze drie doelen behaald met de huidige stand van de risicoverevening? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoordden. Ten eerste, risicoselectie, doelmatigheid en een gelijk speelveld zijn lastig te vangen begrippen waarvoor het moeilijk is om heldere criteria vast te stellen. Ten tweede moet er bij de beoordeling van de doelen een afweging plaatsvinden: het bereiken van het ene doel kan ten koste gaan van het andere doel. Bijvoorbeeld, de afgelopen jaren is besloten om de ex-post risicoverevening verder af te bouwen. Dit heeft de doelmatigheidsprikkels vergroot, maar mogelijk ook de prikkels tot risicoselectie doen toenemen. Ten derde lijken de actoren in het veld het belang van de doelen anders te wegen. Verzekeraars zullen vooral benadrukken dat een gelijk speelveld moet worden nagestreefd. Verzekeraars stellen immers dat ze niet of nauwelijks aan risicoselectie doen en dat ze zich maximaal inspannen om de doelmatigheid in de zorg te verbeteren. Beleidsmakers geven meer gewicht aan het tegengaan van de prikkels voor risicoselectie en vergroten van de doelmatigheid in de zorg (Van de Ven en Ellis, 2000).

Omdat bovenstaande doelen lastig zijn te objectiveren, concentreert de overheid zich bij de reguliere ontwikkeling vooral op het verbeteren van de verklaarkracht van het

model. Een verbetering van de verklaarkracht is 'relatief' eenvoudig, er bestaan heldere statistische criteria om deze te beschrijven, zoals een R-kwadraat of varianten daarop. Het idee dat de overheid de afgelopen 25 jaar gevolgd heeft, is dat een verbetering in de verklaarkracht zich automatisch vertaalt in een verbetering van de drie genoemde doelen. Of dit ook werkelijk het geval is, is echter nog maar de vraag en die vraag wordt steeds belangrijker naarmate we dichter in de buurt komen van de technische grenzen van het systeem.

### 1) Tegengaan risicoselectie

Met betrekking tot het eerste doel is de vraag of we überhaupt risicoselectie observeren in de Zvw.

Zowel de Commissie Don (2012) als de NZa (2015) constateren geen ernstige vormen van risicoselectie. Er treden wel lichte vormen van risicoselectie op, zoals het in de markt zetten van polissen waarbij verzekeraars zich richten op specifieke groepen, zoals studenten of hoogopgeleiden. Deze vorm van risicoselectie verstoort de risicosolidariteit tussen studenten (of hoogopgeleiden) en andere verzekerden, maar verstoort niet de doelmatigheidsprikkels van actoren in de zorgmarkt. Het ontstaan van goedkope polissen hoeft ook niet het gevolg te zijn van een imperfecte verevening. Ook bij een perfecte risicoverevening kunnen er goedkopere polissen voor studenten of hoogopgeleiden in de markt ontstaan. Studenten en hoogopgeleiden zijn immers mobieler en eerder bereid om te switchen van verzekeraar dan andere verzekerden. In een concurrerende verzekeringsmarkt zullen verzekeraars polissen ontwikkelen waarbij de prijselastische verzekerden worden gescheiden van de prijsinelastische verzekerden.

Een ernstiger vorm van risicoselectie is het bewust inboeten aan de kwaliteit van de zorg om zo verliesgevende ongezonde verzekerden te mijden. Van de Ven, Van Kleef en Van Vliet (2015) geven een aantal praktijkvoorbeelden uit de VS van verticaal geïntegreerde verzekeraars en zorgaanbieders. In Nederland is dit risico kleiner, omdat de risicoverevening beter is en verticale integratie nauwelijks voorkomt. Toch is hier waakzaamheid vereist en moet er worden toegezien dat de basiskwaliteit van zorg voor deze kwetsbare groepen verzekerden overeind blijft. Deze imperfectie in de risicoverevening heeft als gevolg dat de doelmatigheidsprikkels, die we hierna zullen bespreken, niet voor alle zorgvormen optimaal zijn.

Een perfecte ex-ante risicoverevening is niet mogelijk en er zullen altijd groepen verzekerden of zorgvormen blijven bestaan die over- of ondergecompenseerd worden. Niet alleen zullen verzekeraars altijd een informatievoorsprong behouden, de overheid loopt ook op tegen wettelijke en juridische restricties, die ze zich ten dele zelf heeft opgelegd doordat compensaties alleen mogen plaatsvinden op het gebied van gezondheid, leeftijd en geslacht (Stam, Visser en Goudriaan, 2015). De potentie voor risicoselectie blijft dus aanwezig, maar het is onduidelijk of dit ook in de toekomst gaat leiden tot ernstige vormen van risicoselectie, zoals het proberen te

weigeren van verzekerden, of het bewust inboeten aan kwaliteit van bepaalde zorgvormen. Risicoselectie is in de praktijk immers niet eenvoudig en ook riskant voor verzekeraars. In een compact land als Nederland, waar een relatief grote publieke controle is en de bevolking en de meeste verzekeraars aan sociale motieven hechten, kan een verzekeraar die betrapt wordt op risicoselectie, reputatieschade oplopen. Het monitoren van mogelijke risicoselectieactiviteiten van verzekeraars is wel nodig en dat zou mogelijk wel eens belangrijker kunnen zijn voor het tegengaan van risicoselectie dan kleine verbeteringen in de risicoverevening.

### 2) Doelmatigheidsprikkels behouden

De overheid heeft altijd de strategie gehanteerd dat een verbetering van de verklaarkracht van de ex-ante risicoverevening ruimte geeft om de ex-post correctiemechanismen, inclusief de macronacalculatie, verder af te bouwen. Deze strategie vergroot de financiële risico's van verzekeraars en daarmee de prikkels voor een doelmatige zorg (Douven, 2010). Dit is een prima vuistregel voor het beleid, en kan ook weer als leidraad dienen bij de introductie van nieuwe zorgvormen in de Zvw, zoals de toevoeging van de curatieve GGZ in 2008 en de wijkverpleging in 2015. Bovenstaande vuistregel moet echter geen doel op zichzelf worden. Wanneer het lastig blijkt om groepen chronisch zieken goed te compenseren en de potentie voor risicoselectie groot wordt geacht, kan een gericht ex-post correctiemechanisme worden ingezet, zoals een hoge kostenverevening. Ook lastig te voorspellen zorgvormen, zoals heupfracturen of zwangerschap (Douven en Mannaerts, 2007) zouden ex post kunnen worden verevend met behulp van een normbedrag. In de ex-ante risicoverevening wordt momenteel een variabele als meerjarige hoge kosten uit het verleden meegenomen. Dit is eigenlijk ook een soort ex-post correctiemechanisme omdat hoge zorguitgaven in het huidige jaar in latere jaren weer worden gecompenseerd en ook hier zorgt dat voor een vermindering van de doelmatigheidsprikkels.

Een lastig probleem bij de vuistregel is de precieze afweging tussen doelmatigheid en risicoselectie. In hoeverre leidt het inbouwen van meer doelmatigheidsprikkels ook daadwerkelijk tot meer doelmatigheid, en in hoeverre leidt het minder compenseren, bijvoorbeeld van chronisch zieken, ook daadwerkelijk tot meer risicoselectie? Hier spelen allerlei aspecten een rol; denk aan de mate van intrinsieke motivatie van verzekeraars, hoe veel en gemakkelijk doelmatigheid te behalen is, hoe ernstig de risicoselectie is, etc. etc. Deze afwegingen zijn lastig te maken en meer inzicht kan alleen worden bereikt via empirisch onderzoek. Zolang dit inzicht echter ontbreekt, stoelen discussies rondom dit thema sterk op subjectieve oordelen.

In hoeverre hebben over- of ondercompensaties van zorgvormen consequenties voor de doelmatigheid in de zorg? Een eerste antwoord is dat het niet uitmaakt, omdat gegeven het ex-ante bedrag verzekeraars er altijd financieel belang bij hebben om de zorg zo doelmatig mogelijk in te richten voor hun verzekerden. We merkten hiervoor echter al op dat verzekeraars ook bewust ondoelmatige zorg kunnen gaan leveren om

verliesgevende verzekerden te weren. De volgende belangrijke vraag dringt zich op. In de huidige systematiek van de riscoverevening worden gezonde verzekerden overgecompenseerd en ongezonde verzekerden ondergecompenseerd. Is het dan niet beter om gezonde verzekerden minder en ongezonde verzekerden juist meer te compenseren (Van de Ven, 2015)? Overcompensatie van ongezonde verzekerden heeft als voordeel dat verzekeraars zich meer zullen richten op die groep verzekerden die ook daadwerkelijk zorg nodig heeft. Een nadeel van overcompensatie kan zijn dat het er ook toe kan leiden dat verzekerden vooral meer zorg krijgen dan maatschappelijk wenselijk is. Dit zou ervoor pleitten om in de risicoverevening vooral die zorgvormen te overcompenseren waar flinke doelmatigheidswinsten zijn te verwachten.

### 3) Een gelijk speelveld behouden

We kunnen spreken van een gelijk speelveld wanneer risicoverevening goed genoeg corrigeert voor de gemiddeld voorspelbare kosten per verzekerde van de populatie van een verzekeraar. Dus ook wanneer de risicoverevening onvoldoende corrigeert voor individuele verschillen, kunnen door het poolen van verzekerden de gemiddelde voorspelbare kosten per verzekerde toch gelijk zijn tussen verzekeraars. Door het poolen zullen kleine verbeteringen in de risicoverevening ook kleine effecten sorteren in de gemiddelde voorspelbare kosten. Door de wet van de grote aantallen zal dit eerder het geval zijn voor grote, dan voor kleine verzekeraars. Dus met betrekking tot het doel van een gelijk speelveld lijkt de risicoverevening vooral van belang voor kleine (en nieuwe toetredende) verzekeraars.

Een onderbelicht punt bij de discussie rondom de risicoverevening is de invloed van collectieven. Bij collectieve contracten spelen imperfecties in de risicoverevening een minder grote rol omdat verzekeraars deze imperfecties tot op zekere hoogte kunnen compenseren via hogere of lagere premies voor collectiviteiten. De collectieve markt kan dus goed gebruikt worden om signalen van onder- en overcompensaties op te vangen. Bijvoorbeeld wanneer het een collectief niet lukt om een contract met een verzekeraar af te sluiten, dan kan dat een signaal zijn van grote ondercompensaties in de risicoverevening. Wanneer de premie voor een bepaald collectief contract erg laag is, kan dat een signaal zijn van overcompensatie.

## Nieuwe uitdagingen voor de toekomst

Bovenstaande analyse van de drie doelen van risicoverevening suggereert dat verdergaande kleine verbeteringen in de verklaarkracht van het risicovereveningsmodel weinig effect zullen sorteren op de drie doelen. We bevelen dan ook aan om het toekomstig beleid minder te richten op de verbetering van de verklaarkracht van het risicovereveningsmodel, maar meer rekening te houden met mogelijke gedragsreacties van actoren om op die manier de werking van zorgmarkten te verbeteren.

Concreet levert dit de volgende aanbevelingen op:

1) Krijg meer zicht op het precieze doel van risicoverevening

Na 25 jaar gewerkt te hebben aan de risicoverevening, zijn we op een punt aangekomen dat we aanpassingen van de risicoverevening niet meer goed kunnen beoordelen. Verdere aanpassing van de risicoverevening heeft alleen zin wanneer we inzicht hebben in het effect op de drie doelen. Een betere beschrijving van het precieze doel van risicoverevening is daarbij een eerste voorwaarde. Het monitoren van dat doel is dan de volgende stap. Een eerste voorzichtige stap is inmiddels gezet en onlangs verscheen een eerste kwantitatief onderzoek naar risicoselectie (NZa, 2016).

2) Leg prioriteit bij nieuwe zorgvormen in de Zvw

De afgelopen jaren is de Zvw steeds verder uitgebreid met nieuwe zorgvormen. In 2008 betrof dit de GGZ en in 2015 de wijkverpleging. Het is duidelijk dat voor deze twee zorgvormen de risicoverevening onvoldoende is en dat hier prioritering aan moet worden gegeven. De risicoverevening in de GGZ en de wijkverpleging is allesbehalve eenvoudig, waardoor de risico's op een ongelijk speelveld en risicoselectie groot zijn. Bij onvoldoende risicoverevening is de noodzaak groot om veel ex-post correcties toe te passen, waardoor doelmatigheidsprikkels uitblijven.

3) Evalueer de effectiviteit van beïnvloedbare risicofactoren.

Idealiter dient men risicofactoren op te nemen in het risicovereveningsmodel die niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars of zorgaanbieders. Dit geldt bijvoorbeeld voor risicofactoren als leeftijd, geslacht en de sociaal economische status van een verzekerde. Omdat deze risicofactoren echter onvoldoende verklaarkracht hebben, is er in de loop van de jaren voor gekozen om andere meer beïnvloedbare risicofactoren toe te voegen, zoals diagnosekostengroepen (dkg's), farmaceutische kostengroepen (fkg's) en meerjarige hoge zorguitgaven van verzekerden uit het verleden. Het probleem met beïnvloedbare risicofactoren is dat zij een doel op zichzelf kunnen worden en ook prikkels voor ondoelmatige zorg kunnen introduceren. We doelen hier bijvoorbeeld op mogelijk gedrag van verzekeraars om verzekerden langer in een risicocategorie te houden dan medisch nodig is om zodoende meer geld uit het vereveningsfonds te krijgen (men kan dit vergelijken met eerder onderzoek van het CPB waarbij zorgaanbieders hun behandeling aanpassen op tariefnormen, zie Douven, Remmerswaal en Mosca, 2015). Bij de risicoverevening kan men hierbij denken aan strategieën van verzekeraars om verzekerden langer of sneller in bepaalde dkg- of fkg-groepen te houden of te krijgen, om op die manier meer geld te ontvangen via de risicoverevening. In tegenstelling tot risicoselectieactiviteiten liggen deze prikkels meer in lijn met de belangen van de verzekerden en zorgaanbieders. Meer empirisch onderzoek naar beïnvloedbare risicofactoren en in hoeverre deze leiden tot ongewenst strategisch gedrag bij verzekeraars en aanbieders, is gewenst.

4) Onderzoek over- of ondercompensatie van (on)gezonde verzekerden?
Deze vraag kan tot op zekere hoogte empirisch worden getoetst. In de huidige risicoverevening is al sprake van overcompensatie van bepaalde (chronische) ziektes. Iedere diagnose kostengroep en farmaceutische kostengroep in de risicoverevening bevat verzekerden met verschillende aandoeningen en verwachte kosten. Omdat verzekeraars voor verzekerden in dezelfde dkg of fkg hetzelfde gemiddelde bedrag ontvangen, is er per definitie al sprake van over- en ondercompensatie bij bepaalde zorgvormen in een dkg en fkg. Via kwantitatief onderzoek kan worden nagegaan of verzekeraars meer werk maken van de zorgvormen die worden overgecompenseerd.

5) Probeer rekening te houden met gedragseffecten.
Er is een aantal nieuwe ontwikkelingen in de literatuur verschenen die nader onderzoek verdienen. In plaats van de traditionele lineaire regressiemodellen waarbij de verklaarkracht van het model wordt geoptimaliseerd, worden in de literatuur ook andere criteria gehanteerd voor de bepaling van de vereveningsbijdragen. Zoals hierboven reeds genoemd, wordt hierbij rekening gehouden met mogelijke gewenste en ongewenste gedragsreacties van actoren op zorgmarkten (Glazer en McGuire, 2000 , Bijlsma, Boone en Zwart, 2014, en Van Kleef, McGuire, Van Vliet, Van de Ven, 2015). Dit is in Nederland nog onontgonnen gebied en het verdient nader onderzoek of bij de verdere ontwikkeling van de risicovereveningsmodellen ook rekening kan worden gehouden met gedragseffecten van actoren in de zorg.

# Referenties


Commissie Don, 2012, Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet, Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, juni 2012.

Bijlsma, M., J. Boone and G. Zwart, 2014, Competition leverage: how the demand side affects optimal risk adjustment?, *RAND Journal of Economics*, Vol. 45(4), blz. 792-815.

Douven, R. en H. Mannaerts, 2008, Doelmatige zorg versus risicoselectie, *Economisch Statistische Berichten*, 7 maart, blz.132-135.

Douven, R., 2010, Ex-post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: Hoe nu verder?, CPB Document 212, Den Haag.

Douven, R., M. Remmerswaal, I. Mosca, 2015, Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care, *Journal of Health Economics* 42, blz. 139-150.

Glazer, J., and T. McGuire, 2000, Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care, *American Economic Review*, 90(4), blz. 1055-1071

Kleef, R. van, T. McGuire, R. van Vliet, W. van de Ven, 2015, Improving Risk Equalization with Constrained Regression, NBER Working Paper 21570.

NZa, 2015, Rapport kwantitatief onderzoek naar risicoselectie, 25 juni 2015, Utrecht.

NZa, 2016, Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt, 29 januari 2016, Utrecht.

Stam, P., J. Visser, R. Goudriaan, 2015, Risicoverevening is geen panacee, *Economisch Statistische Berichten*, 100 (4720), blz. 624-627.

Van de Ven, W van de, 2015, Afscheidsrede Wynand van de Ven, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2 oktober 2015.

Ven, W. van de, en R. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1a, Amsterdam, Elsevier, blz. 755-845.

VWS, 2016, Uitnodiging voor schrijven position paper.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Februari 2016