

Hoe problematisch is een onder- of overcompensatie?

Position paper: bijdrage aan de
fundamentele discussie over de
risicoverevening

Februari 2016

dr. R.C. van Kleef

dr. P. Bakx

dr. F. Eijkenaar

prof.dr. FT Schut

prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

dr. R.C.J.A. van Vliet

Hoe problematisch is een onder- of overcompensatie?

Position paper: bijdrage aan de
fundamentele discussie over de
risicoverevening

Opgesteld door dr. R.C. van Kleef (contactpersoon,
vankleef@bmg.eur.nl), dr. P. Bakx, dr. F. Eijkenaar,
prof. dr. F.T. Schut, prof. dr. W.P.M.M. van de Ven en
dr. R.C.J.A. van Vliet, allen verbonden aan het instituut
Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG),
Erasmus University Rotterdam

Colofon

Publicatiedatum

Februari 2016

Contact

Erasmus University Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl/onderzoek

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

www.panart.nl

Achtergrond

Zoals beargumenteerd in het position paper “Loont Kwaliteit?” is het doel van de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet “het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn”.¹ De ‘ruimte voor risicoselectie’ wordt bepaald door de mate van **onder- of overcompensatie** voor groepen van verzekerden. Er is sprake van een onder- of overcompensatie voor een groep wanneer het vereveningsmodel voor die groep te lage of te hoge kosten voorspelt.

Het huidige toetsingskader voor de risicoverevening (WOR760) biedt onvoldoende handvatten om te bepalen in hoeverre het bovenstaande doel wordt bereikt.² In de eerste plaats is de set van kwantitatieve maatstaven voor het in kaart brengen van onder/overcompensaties te beperkt. Daarnaast ontbreken handvatten om te beoordelen in welke mate onder/overcompensaties problematisch zijn. Hierdoor is niet eenduidig te bepalen of de ene vormgeving van de risicoverevening beter is dan de andere. Tegen deze achtergrond doen wij drie aanbevelingen voor nadere invulling van het toetsingskader: 1) breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit, 2) inventariseer welke selectieacties zich kunnen voordoen en 3) breng de effecten van die acties in kaart.

1 Van de Ven, W.P.M.M., P. Bakx, F. Eijkenaar, F.T. Schut, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Loont Kwaliteit? Position paper.

2 WOR 760. Actualisatie van het toetsingskader.

Aanbeveling 1:

breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit

De 'ruimte' voor risicoselectie hangt af van de mate waarin groepen van verzekerden worden onder- of overgecompenseerd. Het huidige toetsingskader bevat de volgende groepen: drie groepen op basis van het voormalig grotestedenbeleid (G4, G21 en de rest), twee groepen op basis van hoge of juist lage kosten in voorgaande jaren en een aantal groepen op basis van zorggebruik in voorgaande jaren (zoals wel/geen gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar). Deze set van groepen is te beperkt: risicoselectie hoeft niet uitsluitend op deze kenmerken plaats te vinden. Hoewel het ondoenlijk is om alle **denkbare** groepen in kaart te brengen zien wij goede mogelijkheden om de huidige set substantieel uit te breiden. Dat zou kunnen op basis van zowel administratieve gegevens (over bijvoorbeeld specifiek zorggebruik) als 'externe' gegevens (zoals de microdatabestanden die beschikbaar zijn via het Centraal Bureau voor de Statistiek).

Bij het interpreteren van onder/overcompensaties moet worden bedacht dat het aantal **denkbare** groepen nagenoeg oneindig is. Dat geldt niet voor het aantal groepen dat expliciet als vereveningskenmerk kan dienen. Gegeven de randvoorwaarden voor de risicoverevening (zie position paper "Loont Kwaliteit?") is slechts een fractie van het aantal denkbare groepen geschikt als vereveningskenmerk. Dit impliceert dat er waarschijnlijk altijd groepen kunnen worden gevonden die in zekere mate worden onder/overgecompenseerd. Niet elke onder/overcompensatie is echter even relevant. Zo kan het zijn dat een ondercompensatie van 200 euro op groep X niet problematisch is omdat selectie-acties tegen X onwaarschijnlijk worden geacht. Tegelijkertijd kan een ondercompensatie van 200 euro op groep Y een groot probleem vormen omdat selectie-acties tegen Y aannemelijk zijn en de mogelijke **effecten** van die acties als ongewenst worden beschouwd. Het is dus belangrijk dat onder/overcompensaties worden beoordeeld in het licht van mogelijke selectie-acties (zie aanbeveling 2) en de mate waarin de **effecten** van die acties maatschappelijk ongewenst zijn (zie aanbeveling 3).

Aanbeveling 2:

inventariseer welke selectieacties zich kunnen voordoen

Het toetsingskader voor de risicoverevening (WOR760) definieert risicoselectie als “acties door zowel verzekeraars als verzekerden met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd”, een definitie waar wij volledig achter staan. Het begrip ‘acties’ wordt in het toetsingskader echter niet nader gedefinieerd. Hieronder volgt een eerste aanzet voor nadere invulling van het toetsingskader op dit punt.

Aan de kant van verzekerden is ‘slechts’ één actie denkbaar die kan leiden tot risicoselectie, namelijk het ‘kiezen van een zorgverzekering’. Verzekerden zullen zich bij die keuze laten leiden door hun **voorkeuren** (bijvoorbeeld met betrekking tot het netwerk van gecontracteerde aanbieders). Wanneer zorgverzekeringen van elkaar verschillen (zie hieronder) en de **voorkeuren** van verzekerden uiteenlopen kunnen verschillende groepen systematisch ‘voorsorteren’ in verschillende verzekeringsproducten.³ Als die groepen worden onder/overgecompenseerd door de risicoverevening is sprake van risicoselectie.

Aan de kant van verzekeraars zijn vele acties denkbaar die kunnen leiden tot risicoselectie.⁴ **In beginsel kan risicoselectie plaatsvinden via elk aspect waarop verzekeringsproducten van elkaar verschillen.** Onderstaand tekstkader geeft daarvan een aantal voorbeelden.⁵ Wanneer een actie van de verzekeraar (op onderstaande aspecten) als **doel** en/of **gevolg** heeft dat groepen die worden onder/overgecompenseerd zich voorsorteren in specifieke verzekeringsproducten is sprake van risicoselectie.

Aspecten waarop verzekeringsproducten verschillen en risicoselectie kan plaatsvinden:

- Marketingstrategie
- Vrijwillig eigen risico
- Collectieve contracten
- Tussenpersonen/volmachten
- Aanvullende verzekering
- Zorgbemiddeling
- Informatievoorziening
- Declaratieafhandeling
- Zorginkoop / investeringsbeleid
- [...]

Bij ‘acties door verzekeraars’ kan het gaan om zowel ‘doelbewuste’ als ‘niet-doelbewuste’ acties. Laatstgenoemde categorie betreft acties die er weliswaar toe leiden dat groepen die worden onder/overgecompenseerd voorsorteren in specifieke verzekeringsproducten, maar niet bedoeld zijn om aan risicoselectie te doen. Bij ‘doelbewuste’ acties gaat het om acties die ook daadwerkelijk bedoeld zijn om aan risicoselectie te doen. De mate waarin doelbewuste acties zich voordoen hangt af van onder andere de verwachte kosten (d.w.z. de kosten voor het identificeren van groepen en kosten van reputatieschade), de verwachte opbrengsten (d.w.z. de onder/overcompensatie van groepen in combinatie met de bereidheid van verzekerden om over te stappen van zorgverzekeringsproduct) en eventuele gedragscodes van zorgverzekeraars.

3 NZa (2016). Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringmarkt.

4 W.P.M.M. van de Ven, R.C. van Kleef and R.C.J.A. van Vliet (2015). “Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringmarkt aantonen en meten?” TSG 4/2015.

5 Bij perfecte risicoverevening is per definitie geen sprake van risicoselectie, en kunnen deze acties dus niet als risicoselectie worden gekwalificeerd.

Aanbeveling 3:

breng de effecten van mogelijke selectie-acties in kaart

Voorts is het van belang de effecten van mogelijke selectieacties in kaart te brengen. Vanuit maatschappelijk oogpunt kunnen van risicoselectie drie nadelige effecten uitgaan:

- het **niet realiseren van de beoogde risicosolidariteit**, namelijk wanneer overgecompenseerde groepen voorsorteren in andere verzekeringsproducten (en daardoor een lagere premie betalen) dan ondergecompenseerde groepen; tevens is dan sprake van een **ongelijk speelveld** voor zorgverzekeraars.
- een **rem op doelmatigheidsverbetering**, namelijk wanneer risicoselectie voor verzekeraars een aantrekkelijker verdienmodel vormt dan doelmatigheidsverbetering;
- een **rem op kwaliteitsverbetering**, namelijk wanneer verzekeraars terughoudend zijn met investeringen in de kwaliteit van zorg als zij verwachten daarmee vooral groepen aan te trekken die worden ondergecompenseerd.

De mate waarin deze effecten optreden hangt af van de specifieke actie. Zo zal het voornaamste effect van selectieve marketing zijn dat de risicosolidariteit niet wordt gerealiseerd. Het doelbewust niet-investeren in de zorg voor bepaalde groepen van chronisch zieken daarentegen zal tevens een rem zetten op kwaliteitsverbetering.

Politieke keuze

Bij de beoordeling van de risicoverevening moet niet alleen rekening worden gehouden met de omvang van eventuele onder/overcompensaties maar ook met de mogelijke selectie-acties die daaruit kunnen voortvloeien en de mate waarin de effecten van die selectie-acties maatschappelijk ongewenst zijn. Onderstaande tabel geeft een illustratie van hoe deze exercitie eruit kan zien. Het inventariseren van de mogelijke selectie-acties en de effecten daarvan is een taak van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en de Zorgautoriteit en vraagt om samenwerking met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en onderzoekers. De uiteindelijke beoordeling van de mate waarin selectie-acties en de effecten daarvan 'maatschappelijk ongewenst' zijn is een politieke keuze. Gezien de complexiteit van dit onderwerp is het belangrijk dat bovengenoemde partijen daar **gezamenlijk** advies over uitbrengen aan de regering.

Groep	Mogelijke selectie-acties	Effecten van die acties	Beoordeling
Hoog-opgeleiden	Selectieve marketing en collectiviteiten	Niet realiseren van risicosolidariteit	??
Vrouwen met kinderwens	Vormgeving en informatievoorziening aanvullende verzekering	Niet realiseren van risicosolidariteit	??
Zeldzame aandoeningen	Zorginkoop en investeringsbeleid	Niet realiseren van risicosolidariteit en rem op kwaliteitsverbetering	??

Als niet elke onder/ overcompensatie even belangrijk is...

De hierboven beschreven beoordeling heeft belangrijke voordelen. Zo kan beter worden beargumenteerd of een groep wel/niet als vereveningskenmerk moet worden opgenomen. Groepen waarvoor risicoselectie naar verwachting niet optreedt of geen ongewenste effecten heeft kunnen dan aan de kant worden gezet, waardoor de transparantie en stabiliteit van het vereveningsmodel niet onnodig op de proef worden gesteld.

In de tweede plaats kan blijken dat de onder/overcompensatie niet voor elke groep op nul hoeft uit te komen, zelfs niet voor groepen waarvoor een expliciet vereveningskenmerk bestaat. Hierdoor wordt het mogelijk om de compensatie voor groepen waarvoor geen vereveningskenmerk bestaat (maar waarvoor risicoselectie wel problematisch wordt geacht) te verbeteren. Van Kleef et al. (2015) illustreren dit voor de groep verzekerden met gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Enerzijds is het opnemen van een vereveningskenmerk voor deze groep problematisch omdat daarmee de prikkels voor doelmatigheid worden gereduceerd. Anderzijds is het **niet** opnemen van dit verevenings-kenmerk problematisch omdat dan ruimte voor maatschappelijk ongewenste risicoselectie bestaat. Met een simpele maatregel kan de ondercompensatie op de betreffende groep worden weggenomen **zonder** een expliciet vereveningskenmerk op te nemen: schat de normbedragen onder de restrictie dat de ondercompensatie voor deze groep uitkomt op nul euro. De toepassingsmogelijkheden van deze methode zijn veelbelovend.^{6,7}

6 Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2015). "Risicoselectie tegengaan met behoud van doelmatigheid" ESB 100: 628-631.

7 Layton, T.J., T.G. McGuire and R.C. van Kleef. (2016) "Deriving Risk Adjustment Weights to Maximize Efficiency of Health Insurance Markets", work in progress.

Conclusie

Het doel van de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet is het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn. Om te kunnen beoordelen in hoeverre dit doel wordt bereikt doen wij de volgende aanbevelingen voor nadere invulling van het toetsingskader: 1) breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit, 2) inventariseer de selectie-acties die het gevolg kunnen zijn van specifieke onder/overcompensaties en 3) breng de effecten van die selectie-acties in kaart. De uiteindelijke beoordeling van de mate waarin selectie-acties en de effecten daarvan 'maatschappelijk ongewenst' zijn is een politieke keuze. Gezien de complexiteit en maatschappelijke relevantie van die politieke keuze is het belangrijk dat betrokken partijen daar **gezamenlijk** advies over uitbrengen aan de regering.

Erasmus University Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)

Marketing & Communicatie iBMG

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl/onderzoek