

DEFINITIEF RAPPORT

HET VOORKOMEN VAN INADEQUATE
COMPENSATIE IN DE RISICOVEREVENING

Drs. Johan Visser

Jan Sonneveld, MSc

Dr. Piet Stam

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 16 oktober 2014

Contactpersoon: Johan Visser
E-mail: johan.visser@sirm.nl
Telefoonnummer: 0641685221

INHOUDSOPGAVE

1	Managementsamenvatting.....	4
1.1	Welke subgroepen moeten worden gecompenseerd?.....	5
1.2	Hoe kan de keuze worden gemaakt of aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst is?.....	5
1.3	Welke mogelijkheden zijn er voor aanpassing van het risicovereveningsmodel?.....	6
2	Inleiding.....	8
3	Het vóórkomen van inadequate compensatie.....	10
3.1	Definitie van inadequate compensatie.....	10
3.2	De zoektocht naar inadequate compensatie.....	11
3.2.1	De statistische beoordeling op individueel niveau.....	11
3.2.2	De beoordeling van de compensaties op subgroepniveau.....	12
3.2.3	De beoordeling van het gelijke speelveld op verzekeraarsniveau.....	14
3.3	De schijnbare oneindigheid van de zoektocht.....	16
3.4	De eindigheid van de zoektocht.....	17
4	Het voorkómen van inadequate compensatie: aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst?.....	20
4.1	Is de omvang van de subgroep substantieel?.....	21
4.2	Is sprake van structurele of incidentele inadequate compensatie?.....	22
4.3	Is de subgroep identificeerbaar voor de verzekeraar?.....	22
4.4	Kan de inadequate compensatie worden opgelost door aanpassing van de kosten?.....	23
4.5	Leidt het opnemen van de subgroep tot gewenste of verkeerde prikkels voor de verzekeraars?.....	25
5	Het voorkómen van inadequate compensatie: hoe?.....	26
5.1	Toets op uitvoerbaarheid.....	28
5.2	Uitwerking van verschillende methoden.....	31
5.2.1	Subgroep opnemen in het risicovereveningsmodel: Basismethode.....	31
5.2.2	Alternatieve subgroep opnemen in het risicovereveningsmodel: Eerste alternatieve methode.....	33

5.2.3	Beperken risico verzekeraar voor vooraf geselecteerde verzekerden: tweede alternatieve methode	35
5.2.4	Opslag op bestaande risicovereveningsparameters: Laatste alternatieve methode	38
6	Praktijkvoorbeelden van toepassing beslisboom	41
6.1	Voorbeeld 1. Verzekerden die tot de 10% ongezondste groep behoren	41
6.2	Voorbeeld 2. Intramurale FKG's	43
6.3	Voorbeeld 3. AWBZ-gebruik	45
	Literatuurverwijzingen	48
	Bijlage 1: Maatstaven om de verevenende werking te bepalen	50
	Bijlage 2. Overzicht subgroepen met inadequate compensaties	53
	Bijlage 3. Juridische analyse	56

1 MANAGEMENTSAMENVATTING

In het dertigledendebat over risicoselectie van 17 april 2014 heeft de minister toegezegd onderzoek te laten doen naar overbetaling van ouderen en chronisch zieken in de risicoverevening. Overbetaling is een aanbeveling die als alternatieve verbetermogelijkheid is aangedragen in onderzoek waarin voorspelbare verliezen voor specifieke groepen van ouderen en chronisch zieken zijn gepresenteerd (Van Kleef e.a. 2014). Met overbetaling wordt bedoeld de opwaartse aanpassing van de compensaties van de vereveningskenmerken in het risicovereveningsmodel om ondercompensatie van groepen verzekerden die niet in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen weg te nemen. De onderhavige rapportage vormt de weerslag van het door de minister toegezegde onderzoek naar overbetaling als beleidsinstrument in de risicoverevening.

Uit ons onderzoek blijkt dat de scope van het vraagstuk breder is dan alleen overbetaling als oplossing voor subgroepen van verzekerden waarvoor een ondercompensatie is gevonden. Dit rapport biedt daarom handvatten hoe systematisch om te gaan met dergelijke subgroepen waarvoor bekend is dat het huidige risicovereveningsmodel nog niet goed werkt. Het beleidsinstrument van overbetalen vormt daarbij één van de mogelijke oplossingen.

Deze handvatten vormen een eerste aanzet tot een discussie over de wijze waarop met de beschikbare informatie over inadequaat gecompenseerde groepen moet worden omgegaan. In dit rapport spreken we van inadequate compensatie als het verwachte financieel resultaat voor specifieke groepen van verzekerden ongelijk is aan 0. In geval van inadequate compensatie kan zowel sprake zijn van overcompensatie als van ondercompensatie. Overbetaling is een beleidsinstrument om ondercompensaties bij specifieke subgroepen weg te nemen.

Dit rapport heeft de volgende drie resultaten opgeleverd:

1. Er is nog onvoldoende duidelijk welke subgroepen wel en welke subgroepen niet moeten worden gecompenseerd in de praktijk van de risicoverevening.
2. Door middel van de ontwikkelde beslisboom kan een afweging worden gemaakt of aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst is.
3. Er zijn naast overbetaling nog drie andere mogelijkheden om de compensatie in de risicoverevening voor specifieke groepen verzekerden te verbeteren, die de voorkeur verdienen.

1.1 WELKE SUBGROEPEN MOETEN WORDEN GECOMPENSEERD?

In het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 2005, 389, p. 23) is vastgelegd dat het risicovereveningsmodel compensatie moet bieden voor kostenverschillen die samenhangen met verschillen in de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. Ten aanzien van de kostenverschillen die door andere risicofactoren dan leeftijd, geslacht en gezondheid worden bepaald, wordt geen compensatie via het model van risicoverevening nagestreefd.

Een voorbeeld van een risicofactor waarvoor volgens dit beleidsdoel geen compensatie wordt nagestreefd is praktijkvariatie. Niettemin veroorzaakt het verbod op premiedifferentiatie ook bij dergelijke risicofactoren prikkels tot risicoselectie. Voor het wegnemen hiervan dient een ander beleidsinstrument dan de risicoverevening te worden gevonden, omdat risicoverevening niet voor meerdere doelen tegelijkertijd ingezet kan worden. Het beleidsinstrument van de risicoverevening is alleen geschikt om de prikkels tot risicoselectie bij de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid weg te nemen.

De uitdaging bij de ontwikkeling van de risicoverevening is dat het begrip gezondheid niet nader gedefinieerd is en op veel verschillende wijzen kan worden ingevuld in de praktijk. In de praktijk hanteert het ministerie van VWS een brede definitie van gezondheid. Hiervan is echter niet duidelijk waar het begrip gezondheid eindigt en bijvoorbeeld praktijkvariatie begint. Zo is van de subgroepen die van gezondheidsenquêtes worden afgeleid (nog) niet aangetoond dat de daarin getoonde ondercompensaties uitsluitend en alleen met gezondheidsverschillen samenhangen. De discussie hierover zal in de komende tijd over dit vraagstuk meer duidelijkheid moeten bieden.

1.2 HOE KAN DE KEUZE WORDEN GEMAAKT OF AANPASSING VAN HET RISICOVEREVENINGSMODEL GEWENST IS?

In de risicoverevening vindt compensatie plaats op basis van subgroepen die als vereveningskenmerk voor leeftijd, geslacht en gezondheid zijn opgenomen. Iedere subgroep – ook de subgroepen die (nog) niet in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen – kan worden opgesplitst in steeds kleinere subgroepen. De kleinste subgroep is de subgroep die bestaat uit twee verzekerden. Normaliter is voor de ene verzekerde in deze subgroep sprake van overcompensatie en van ondercompensatie voor de andere verzekerde. Het is echter ongewenst dat de in het risicovereveningsmodel opgenomen subgroepen steeds verder worden gesplitst in kleinere subgroepen. Dit betekent dat er keuzes moeten worden gemaakt: voor welke subgroepen het risicovereveningsmodel wel en voor welke subgroepen het risicovereveningsmodel niet moet worden aangepast?

Voor het maken van deze keuzes is een beslisboom opgesteld. De beslisboom bestaat uit vijf beslisregels. Op basis van de beslisregels kan worden vastgesteld wanneer aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst en noodzakelijk is. Eerst wordt vastgesteld of sprake is van een probleem (stap 1, 2 en 3), vervolgens of het probleem op een alternatieve manier kan worden opgelost (stap 4) en ten slotte of sprake is van ongewenste effecten van aanpassing van het risicovereveningsmodel (stap 5). De vijf beslisregels zijn:

1. Voor groepen verzekerden waarvoor geen sprake is van substantiële inadequate compensatie is aanpassing van het risicovereveningsmodel ongewenst.
2. Voor groepen verzekerden waarvoor niet is vastgesteld dat de inadequate compensatie structureel is, is aanpassing van het risicovereveningsmodel ongewenst.
3. Voor groepen van verzekerden die niet door de verzekeraars geïdentificeerd kunnen worden is aanpassing van het risicovereveningsmodel niet noodzakelijk.
4. Voor groepen verzekerden waarvoor geldt dat de inadequate compensatie kan worden opgelost door aanpassing van de kosten is aanpassing van de risicoverevening ongewenst.
5. Voor groepen verzekerden, waarvoor geldt dat bij opname in het risicovereveningsmodel sprake is van verkeerde prikkels is aanpassing van het risicovereveningsmodel ongewenst.

1.3 WELKE MOGELIJKHEDEN ZIJN ER VOOR AANPASSING VAN HET RISICOVEREVENINGSMODEL?

Op het moment dat is vastgesteld dat aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst is, zijn op basis van literatuuronderzoek vier mogelijkheden vastgesteld om het risicovereveningsmodel te verbeteren.

De vier oplossingsrichtingen zijn geordend van eerste naar laatste voorkeur op basis van de verwachte effecten op de prikkels tot risicoselectie, de zorginkoop door verzekeraars, de effecten op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars en de uitvoerbaarheid.

1. De subgroep als nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel opnemen.

2. Een alternatieve subgroep als proxy-vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel opnemen.
3. Beperken van het financieel risico van vooraf door verzekeraars geselecteerde individuele verzekerden.
4. Overbetaling van subgroepen die reeds als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen.

De basismethode betreft het opnemen van de subgroep als nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel, maar dit kan alleen als hiervoor landelijke gegevens beschikbaar zijn (mogelijkheid 1). Een alternatieve subgroep opnemen is een oplossing als informatie over de subgroep met inadequate compensatie niet landelijk beschikbaar is (of gemaakt kan worden), maar wel een relatie tussen deze subgroep en de op te nemen proxy-subgroep is aangetoond (mogelijkheid 2).

Als er geen mogelijkheid is om op basis van landelijk beschikbare gegevens op individueel niveau de compensatie te verbeteren, dan kan een systeem van ex ante hogerisicoverevening een oplossing bieden. Hierbij wordt aan verzekeraars de mogelijkheid geboden om op voorhand en onder nader te formuleren voorwaarden verzekerden aan te wijzen waarvoor de compensatie wordt verbeterd (mogelijkheid 3). Een opslag op de compensatie van bestaande vereveningskenmerken, anders gezegd overbetaling, biedt een oplossing als de relatie tussen deze bestaande vereveningskenmerken en de subgroep op verzekeraarsniveau is aangetoond (mogelijkheid 4).

De eerste twee methoden zijn reeds toegepast in het bestaande risicovereveningsmodel. Het opnemen van de subgroep als nieuw vereveningskenmerk verdient daarbij de voorkeur boven het opnemen van een alternatieve subgroep als proxy voor het vereveningskenmerk.

De derde en vierde methode moeten in vervolgonderzoek nader worden uitgewerkt en getoetst op uitvoerbaarheid. De vierde methode levert een verbetering van het gelijke speelveld tussen verzekeraars, maar leidt niet tot een verbetering van de prikkels tot risicoselectie en niet noodzakelijk tot een verbetering van de mogelijkheden voor zorginkoop voor de beoogde groep ouderen en chronisch zieken. Deze methode kan daarom alleen als tijdelijke oplossing dienen in het geval de eerste drie opties niet haalbaar blijken voor de groep ouderen en chronisch zieken. Tot slot is de vierde methode mogelijk gevoelig voor bezwaar, omdat er arbitraire keuzes voor de uitvoering moeten worden gemaakt. Een nadere juridische analyse van deze methode is daarom gewenst.

2 INLEIDING

In het dertigledende debat over risicoselectie van 17 april 2014 heeft de minister toegezegd onderzoek te laten doen naar overbetaling van ouderen en chronisch zieken in de risicoverevening.

Door deze overbetaling zouden de prikkels tot risicoselectie worden tegengaan en verzekeraars meer geprikkeld moeten worden om goede zorg voor deze groepen in te kopen. De overbetaling voor deze groepen zou er toe bijdragen dat deze groepen verzekerd aantrekkelijk zijn om te verzekeren. Op die manier zijn de ouderen en chronisch zieken niet meer volledig afhankelijk van de acceptatieplicht van verzekeraars.

Een betere compensatie maakt het ook mogelijk voor verzekeraars om betere zorg in te kopen. Onafhankelijk van de risicoverevening bestaat altijd een prikkel om de noodzakelijke zorg zo efficiënt mogelijk in te kopen. Een besparing op de kosten leidt immers tot een verbetering van het resultaat. Desondanks kan een betere compensatie wel tot meer mogelijkheden om betere zorg in te kopen.

In 2015 zijn er vier verschillende risicovereveningsmodellen, op basis waarvan zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor kosten binnen de Zorgverzekeringswet. De compensatie vindt plaats op basis van de verwachte kosten van verzekerden, die zijn ingedeeld op basis van specifieke kenmerken (gezondheidsverschillen). Voor verschillende sectoren zijn verschillende risicovereveningsmodellen (Variabele zorgkosten, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, Verpleging & Verzorging en Eigen Risico).

De verschillen in de risicovereveningsmodellen worden gehanteerd omdat de omvang en de aard van de voorspellers van toekomstig zorggebruik voor de drie sectoren en voor het Eigen Risico verschillen. Jaarlijks wordt onderzoek gedaan naar verbetering van de risicovereveningsmodellen. Daarbij worden – waar mogelijk en zinvol – nieuwe kenmerken aan de risicovereveningsmodellen toegevoegd.

In dit rapport gaan we in op de mogelijkheden voor een betere compensatie voor specifieke groepen verzekerden, waarvoor is vastgesteld dat er sprake is van inadequate compensatie. Voor het verbeteren van de compensatie voor ouderen en chronisch zieken zijn verschillende mogelijkheden die hier nader worden onderzocht. Om dat te doen gaan we in eerste instantie na wat inadequate compensatie is en op welke wijze kan worden vastgesteld dat sprake is van inadequate compensatie. (Hoofdstuk 3).

In Hoofdstuk 4 gaan we vervolgens in op de vraag of aanpassing van het risicovereveningssysteem voor de opgespoorde inadequate compensatie gewenst is.

Hiervoor hanteren we een beslisboom, waarin op basis van enkele vragen nagegaan wordt of aanpassing gewenst of noodzakelijk is.

Vervolgens gaan we in hoofdstuk 5 in op de mogelijkheden om de compensatie voor de inadequaat gecompenseerde groepen te verbeteren. Dus als voor een subgroep uit de beslisboom in hoofdstuk 4 blijkt dat compensatie gewenst of noodzakelijk is, geeft de beslisboom in hoofdstuk 5 duidelijkheid over de wijze waarop.

Tot slot geven we in hoofdstuk 6 een aantal voorbeelden voor de wijze waarop de beslisboom doorlopen kan worden. Deze voorbeelden zijn gebaseerd op een aantal subgroepen waarvoor bekend is dat hiervoor sprake is van inadequate compensatie.

3 HET VÓÓRKOMEN VAN INADEQUATE COMPENSATIE

In dit hoofdstuk gaan we na wanneer sprake is van inadequate compensatie en op welke wijze dit geconstateerd kan worden. Daarvoor geven we in paragraaf 3.1 een definitie van inadequate compensatie. In paragraaf 3.2 gaan we in op de beoordeling van inadequate compensatie. Tot slotte plaatsen we de zoektocht naar inadequate compensatie in paragraaf 3.3 in perspectief.

3.1 DEFINITIE VAN INADEQUATE COMPENSATIE

Met inadequate compensatie wordt bedoeld dat verzekeraars voor specifieke groepen van verzekerden een positief of negatief resultaat voor deze verzekerden ontvangen. Daarbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen het verwachte resultaat en het werkelijke resultaat. Het verwachte resultaat kan reeds vastgesteld worden op het moment dat het risicovereveningsmodel is vastgesteld in het jaar voorafgaand aan het jaar waarin het model toegepast wordt.

Het verwachte resultaat voor de subgroepen die als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen is per definitie gelijk aan 0. Voor de subgroepen die niet als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen is over het algemeen sprake van inadequate compensatie. Daarmee is het altijd mogelijk om subgroepen te vinden waarvoor inadequate compensatie plaatsvindt.

Het werkelijke resultaat kan slechts na definitieve declaratie van de behandelingen worden vastgesteld. Dat betekent dat dit pas na twee tot vijf jaar bekend is, afhankelijk van de declaratieregels en de contractafspraken van verzekeraars met zorgaanbieders. Dit werkelijke resultaat verschilt van het verwachte resultaat, omdat de werkelijke kosten voor de subgroepen over het algemeen afwijken van de geschatte kosten. Dit geldt niet alleen voor de subgroepen die ontbreken in het risicovereveningsmodel, maar ook voor de subgroepen die daarin wel opgenomen zijn. In dit rapport spreken we van *inadequate compensatie* indien het *verwachte* resultaat ongelijk is aan 0.

In het algemeen kan sprake zijn van *negatieve* inadequate compensatie en van *positieve* inadequate compensatie. In het eerste geval zijn de verwachte kosten van een groep verzekerden groter dan de compensatie vanuit de risicoverevening. De compensatie uit de risicoverevening schiet in dat geval tekort en daarmee wordt er voor deze groep een verlies verwacht. In het tweede geval is sprake van het omgekeerde en wordt een winst verwacht. In beide gevallen is sprake van inadequate compensatie.

In geval van inadequate compensatie kan dus zowel sprake zijn van overcompensatie als van ondercompensatie. Indien sprake is van overcompensatie voor een groep verzekerden dan ontstaat een meer dan evenredige prikkel om deze groep te verzekeren en actief in te spelen op hun zorgbehoefte en persoonlijke voorkeuren. Indien sprake is van ondercompensatie ontstaat een prikkel om deze subgroep niet te verzekeren of om minder goed in te spelen op hun zorgbehoefte en persoonlijke voorkeuren. Deze prikkels ten aanzien van de desbetreffende subgroepen worden gereduceerd naarmate de over- en ondercompensatie worden beperkt door de werking van het systeem van risicoverevening.¹

3.2 DE ZOEKTOCHT NAAR INADEQUATE COMPENSATIE

Bij de beoordeling van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel worden drie beoordelingsniveaus onderscheiden: individueel, subgroep en verzekeraarsniveau. Het doel van de beoordeling verschilt in zekere mate tussen de drie beoordelingsniveaus.

3.2.1 DE STATISTISCHE BEOORDELING OP INDIVIDUEEL NIVEAU

De beoordeling op individueel niveau sluit aan bij de klassieke aanpak van de statistische toetsen die op individueel niveau worden uitgevoerd. De meest voor de hand liggende daarbij is de correlatiemaat genaamd R-kwadraat (R^2), waarbij de correlatie tussen de kosten en voorspelde kosten op individueel niveau centraal staat. Een variant hierop is de correlatiemaat CPM waarin niet – zoals bij de berekening van de R^2 – met kwadraten van de voorspelfouten van het model maar met de absolute waarden daarvan wordt gerekend. Dit verschil met de R^2 geldt in het bijzonder voor extreme voorspelfouten, de zgn. uitbijters. De CPM is minder gevoelig voor uitbijters omdat deze evenredig wegen bij deze correlatiemaat.

Een alternatieve maatstaf is de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) waarbij een met de inschrijfduur gewogen optelsom van de absolute afwijkingen van de kosten en voorspelde kosten wordt berekend. Het voordeel van deze maatstaf ten opzichte van eerder genoemde correlatiematen is dat de interpretatie eenvoudiger is. Immers, de GGAA wordt berekend in termen van Euro's en kan daarmee vergeleken worden met de hoogte van de nominale premie om het relatieve belang van de modelfouten te bepalen.

¹ Genoemde prikkels door over- en ondercompensaties bestaan onafhankelijk van de vraag of de premies zijn gereguleerd of niet. Bij een verbod op premiedifferentiatie worden genoemde prikkels veroorzaakt door dat verbod – en wordt gesproken over prikkels tot risicoselectie – en betekent het bestaan van over- en ondercompensaties dat deze prikkels niet geheel worden weggenomen. In de situatie waarin geen sprake is van premierestricties zijn de over- en ondercompensaties de oorzaak van het bestaan van genoemde prikkels die de risicosolidariteit tussen verzekerden c.q. de betaalbaarheid van de premies verstoren.

Het gemeenschappelijke van elk van deze maatstaven is dat ze een optelsom vormen van op individueel niveau berekende modeluitkomsten. Hoewel het berekenen van deze beoordelingsmaten een gangbare manier is om de kwaliteit van regressiemodellen te bepalen in de statistische en econometrische wereld, is deze wijze van beoordeling voor het doel van de risicoverevening minder geschikt. Immers, de consequentie hiervan is dat het model waarin alle mogelijk denkbare subgroepen als vereveningskenmerk zijn opgenomen het optimale model zou zijn. Dat is echter niet in lijn met de beperkingen die in het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 2005, 389, p. 23) aan dit streven zijn gesteld. Hierop wordt in paragraaf 2.4 verder ingegaan.

3.2.2 DE BEOORDELING VAN DE COMPENSATIES OP SUBGROEPNIVEAU

Naast de klassieke beoordeling van de voorspelkracht van het risicovereveningsmodel op individueel niveau wordt in de literatuur de voorspelkracht op het niveau van subgroepen van verzekerden berekend. Het gaat hierbij om subgroepen van verzekerden die selectief zijn samengesteld (“non-random”) en van wezenlijke omvang zijn. De reden die in de literatuur wordt gegeven om een dergelijke toetsprocedure te volgen is:

“Gegeven dat één van de meest belangrijke criteria bij de selectie van risicovereveningsmodellen is dat zij prikkels creëren voor het selecteren of dumpen van specifieke typen van verzekerden, is het vergelijken van de werkelijke kosten met de voorspelde kosten van geselecteerde groepen die niet op toeval berusten één van de meest bruikbare toetsen die kan worden uitgevoerd” (Van de Ven en Ellis, 2000, p. 810).

De beoordeling van risicovereveningsmodellen op het niveau van subgroepen van verzekerden wordt in Nederland toegepast zowel binnen het reguliere traject van VWS bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel als in de publicaties die iBMG uitvoert voor de NPCF (Stam en Van de Ven, 2006; Stam en Van de Ven, 2007; Van Kleef, Van Vliet en Van de Ven, 2012).

In het reguliere traject van VWS worden de subgroepen gevormd door uitsplitsing van de vereveningsresultaten naar combinaties van vereveningskenmerken, naar de 4 grote steden, naar de 15% verzekerden met de hoogste kosten en naar grote en kleine verzekeraars. Ook wordt de GGAA berekend op basis van de vereveningsresultaten van alle subgroepen die op basis van de kenmerken in het risicovereveningsmodel kunnen worden onderscheiden.

In de publicaties van iBMG in opdracht van de NPCF worden de subgroepen samengesteld op basis van de antwoorden op vragen die in de POLS gezondheidsenquêtes van het CBS (en in het verleden de gezondheidsenquêtes van Agis Zorgverzekeringen en Zorg en Zekerheid) zijn gesteld. Het idee hierachter is dat deze enquêtes meer specifieke

informatie opleveren over de (on)gezondheid van verzekerden dan van de administratieve gegevens waarop het landelijke risicovereveningsmodel is gebaseerd kan worden afgeleid. Op basis van diverse publicaties is de werking van het risicovereveningsmodel in diverse jaren getoetst en is geconstateerd dat er nog ruimte is voor verbetering van de compensaties voor specifieke subgroepen. Tevens zijn suggesties voor verbeteringen gedaan, wat onder meer heeft geresulteerd in de invoering van Meerjarige Hoge Kosten (MHK) als gezondheidskenmerk in het landelijke risicovereveningsmodel.

Als uit de methode van toetsing op het niveau van subgroepen blijkt dat er sprake is van adequate compensatie dan betekent dit dat de gemiddelde kosten van de verzekerden in deze subgroep niet afwijken van de uniforme compensatie die voor deze verzekerden is vastgesteld. In deze zin kan de compensatie als adequaat worden bestempeld voor de verzekerden die tot deze subgroep behoren. Dit betekent echter niet noodzakelijkerwijs dat de uniforme compensatie op de werkelijke kosten van iedere individuele verzekerde binnen deze subgroep aansluit.

Dekkende compensaties van de gemiddelde kosten op het niveau van subgroepen impliceren tevens dat het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars onaangetast blijft als een dergelijke subgroep in zijn geheel – of een niet selectief deel van deze subgroep – overstapt naar een andere verzekeraar. In deze zin kan worden gesteld dat als de compensaties voor deze subgroep adequaat zijn dit op langere termijn een waarborg biedt tegen verzekerdenmutaties tussen verzekeraars die afbreuk doen aan de risicosolidariteit. In deze zin houdt de toets van het risicovereveningsmodel op subgroep niveau rekening met de dynamiek van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt.

De keerzijde hiervan is dat de toets van het risicovereveningsmodel op subgroep niveau geen rekening houdt met de dynamiek van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt in het geval een selectief deel van de beoordeelde subgroep wisselt van zorgverzekeraar. Ook al blijkt uit de analyse op subgroep niveau dat de compensatie adequaat is, dan betekent dat nog niet dat deze adequaat is voor zover het een selectief deel van de beoordeelde subgroep betreft dat (niet) overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Met andere woorden, voor een juiste beoordeling van het al dan niet bestaan van adequate compensatie ten aanzien van een subgroep moet zowel een beoordeling van de compensatie plaats vinden als nagegaan worden of sprake kan zijn van overstappen van een selectief deel van de verzekerden in deze subgroep.

De oorzaak van een verschil in overstapgedrag binnen een subgroep waarvoor de compensatie adequaat werkt kan mogelijk worden verklaard doordat de compensatie niet voor een ieder binnen de subgroep even adequaat blijkt te zijn. Er zijn aanwijzingen dat dit verschil in mate van adequaatheid van de compensaties tussen verzekerden binnen een subgroep ook het geval is voor de subgroepen die in de conventionele subgroepenanalyse van de publicaties of onderzoeken in opdracht van de NPCF centraal staan. Zo hebben Stam en

Van de Ven (2007) geconstateerd dat inadequate compensatie van 8% van de verzekerden in het model 2007 in meerdere van de gepresenteerde subgroepen tot uitdrukking kwam. Deze zgn. “harde kern” van de verzekerden was gedefinieerd op basis van hun vijfjarige hoge kostenhistorie en bleek veelal een meervoud aan gezondheidsproblemen te hebben die in meerdere van de gepresenteerde subgroepen tot uitdrukking kwam. Deze “harde kern” vormde daarmee steeds een selectief deel van de gepresenteerde subgroepen waarvoor de compensatie inadequaat bleek te zijn. Voor het resterende deel van de gepresenteerde subgroepen bleken de compensaties veelal adequater te zijn.

De ééndimensionaliteit van de subgroepenanalyses van het risicovereveningsmodel betekent ook dat het aantal subgroepen waarvoor inadequate compensatie met deze onderzoeksmethode kan worden aangetoond, niet noodzakelijkerwijs indicatief is voor de omvang van het probleem van de inadequate compensaties. Immers, het kan niet uitgesloten kan worden dat de inadequate compensaties van de gepresenteerde subgroepen veroorzaakt wordt door een selectieve groep van verzekerden die in meerdere subgroepen tegelijk voorkomen. De subgroepenanalyse laat dan weliswaar veel subgroepen zien waarbij voor het totaal van deze subgroepen sprake is van inadequate compensatie, maar deze werkwijze geeft nog geen antwoord op de vraag voor welke subgroep(en) de compensatie vanuit het risicovereveningsmodel aangepast moet(en) worden. Uit het eerdere voorbeeld blijkt immers dat het zo kan zijn dat deze subgroep(en) geen onderdeel is (zijn) van de subgroepen waarvoor de compensaties in beeld zijn gebracht. Het kan om een veel beperkter aantal subgroepen voor opname in het risicovereveningsmodel gaan dan die bij de toetsing in beeld zijn gebracht. De vraag die bij de onderzoeksmethode van de subgroepenanalyses onbeantwoord blijft, is voor welke subgroepen de compensaties adequaat behoren te zijn.²

3.2.3 DE BEOORDELING VAN HET GELIJKE SPEELVELD OP VERZEKERAARSNIVEAU

Vanaf het begin van de ontwikkeling van het landelijke risicovereveningsmodel ten behoeve van de Ziekenfondswet in 1992, is het gebruikelijk om de impact van de vormgeving tevens op het niveau van de bestaande zorgverzekeraars te bepalen. Dit in aanvulling op de beoordeling op individueel en subgroep niveau zoals hierboven beschreven. Het speelveld tussen zorgverzekeraars is gelijkter naarmate het risicovereveningsmodel op het niveau van zorgverzekeraars beter werkt. De zoektocht

² In Stam (2007) en Stam, Van Vliet en Van de Ven (2010) wordt een meerdimensionale onderzoeksmethode voorgesteld voor het toetsen van de adequaatheid van de compensaties en voor het vinden van de relevante subgroepen om in het risicovereveningsmodel op te nemen. Bij de toepassing van deze onderzoeksmethode wordt uitgegaan van een expliciete keuze van de subgroepen waarvoor de regulator adequate compensatie nastreeft.

naar een risicovereveningsmodel dat goed werkt op het niveau van zorgverzekeraars is een zoektocht naar een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

De beoordeling op het niveau van zorgverzekeraars vindt plaats gegeven de bestaande opbouw van de verzekeraarsportefeuilles en daarmee gegeven de verschillen in die opbouw tussen de zorgverzekeraars. Dat betekent dat deze beoordelingsmaatstaven tot andere resultaten leiden bij selectieve wijziging van de verzekerdenportefeuilles. De enige uitzonderingen hierop zijn als verzekerden niet overstappen tussen zorgverzekeraars en als de groepen in- en uitstromers representatief zijn voor de verzekeraarsportefeuilles waar de verzekerden instromen respectievelijk waarnaar ze uitstromen.

De beoordeling op het niveau van de bestaande verzekeraarsportefeuilles vertoont een analogie met de beoordeling op subgroepniveau zoals hierboven beschreven. Immers, de beoordeling op verzekeraarsniveau kan als een beoordeling op subgroepniveau worden geïnterpreteerd als de verzekeraarsportefeuilles van alle verzekeraars als de subgroepen van verzekerden worden gedefinieerd waarvan de compensaties worden getoetst. De beoordeling van het gelijke speelveld op het niveau van zorgverzekeraars is daarmee niets anders dan een zoektocht naar inadequate compensatie gebaseerd op subgroepen die gelijk zijn gesteld aan de bestaande verzekeraarsportefeuilles. Het ontbreken van een gelijk speelveld betekent dus hetzelfde als dat er sprake is van inadequate compensatie van de verzekeraarsportefeuilles.

Deze analogie betekent tegelijkertijd dat als sprake is van adequate compensaties op verzekeraarsniveau, niettemin een probleem van inadequate compensatie ontstaat als een selectief deel van deze subgroepen van verzekeraar(s) wisselt. Vanwege de grote omvang van sommige verzekeraarsportefeuilles is dit potentiële probleem van selectieve in- en uitstroom bij de beoordeling op verzekeraarsniveau naar alle waarschijnlijkheid groter dan bij de traditionele beoordeling op subgroepniveau zoals in de onderzoeken die in opdracht van de NPCF worden uitgevoerd. Het aandeel overstappers was volgens de NZa in 2013 gelijk aan 8,3% (NZa, 2013). Daarbij constateert de NZa dat vooral verzekerden met lage kosten overstappen. Het is dus goed mogelijk dat hiermee een verschuiving van de inadequate compensatie naar andere verzekeraars plaatsvindt.

Net zoals bij de traditionele beoordeling op subgroepniveau zijn de verzekeraarsportefeuilles onderhevig aan de dynamiek op de markt voor zorgverzekeringen. Dat betekent dat de beoordelingen op het niveau van subgroepen en verzekeraarsportefeuilles dezelfde aandachtspunten hebben en dat binnen de gekozen subgroepen steeds moet worden nagegaan in hoeverre de inadequate compensatie niet binnen een selectief deel van de gepresenteerde subgroepen is geconcentreerd. Alleen het verhelpen van inadequate compensatie bij dit selectieve deel van een subgroep creëert een gelijk speelveld ten aanzien van dit selecte gezelschap van verzekerden. De vraag die – net als bij de subgroepanalyses – bij de beoordeling van het gelijke speelveld op

verzekeraarsniveau onbeantwoord blijft, is of de compensaties voor subgroepen adequaat behoren te zijn. Verschillen kunnen immers veroorzaakt worden door imperfecties van het risicovereveningsmodel als door ondoelmatigheid. In het algemeen zal het geen doel op zich zijn om jaarlijks te streven naar adequate compensaties op het niveau van de verzekeraarsportefeuilles.

3.3 DE SCHIJNBARE ONEINDIGHEID VAN DE ZOEKTOCHT

In de voorgaande paragraaf is geconstateerd dat de zoektocht naar inadequate compensatie op het niveau van zorgverzekeraars een analyse is die is gebaseerd op subgroepen die in omvang het grootst zijn. Deze grote subgroepen zijn opgebouwd uit kleinere subgroepen die juist in de traditionele analyses op subgroepniveau centraal staan. Daarmee vormen deze subgroepanalyses een verfijndere beoordeling van inadequate compensaties ofwel het gelijke speelveld dat er voor zorgverzekeraars ten aanzien van deze subgroepen bestaat. Echter, in de vorige paragraaf is uiteengezet dat deze veelal kleinere subgroepen zelf ook heterogeen opgebouwd kunnen zijn. De multidimensionaliteit van het onderzoeksprobleem vereist dat het steeds nader inzoomen op de samenstellende (selectieve) delen van elk van de subgroepen daarom aangewezen is. In deze zin kan de zoektocht binnen de subgroepen schijnbaar oneindig lang doorgaan.

In het algemeen geldt dat er binnen iedere subgroep altijd weer subgroepen gevonden kunnen worden waarvoor geen adequate compensatie plaats vindt. De kleinste subgroep van verzekerden die gevonden kan worden is de subgroep die bestaat uit twee verzekerden, waarbij de compensatie van de ene verzekerde ten algemene boven het gemiddelde kostenniveau ligt en dat van de compensatie van de andere verzekerde ten algemene juist tekort schiet. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het enige risicovereveningsmodel waaruit adequate compensaties volgen, het model is waarbij voor iedere verzekerde de compensaties op individueel niveau aansluiten op de (in jaar $t+1$ verwachte) kosten van deze verzekerden. In dat geval hebben de beoordelingsmaten op individueel niveau hun maximale waarde: $R^2 = 1$, $GGAA=0$ en $CPM=1$. Dat betekent dat de zoektocht naar subgroepen met inadequate compensatie pas ophoudt op het moment dat voor iedere individuele verzekerde een compensatie vanuit de risicoverevening wordt ontvangen die exact gelijk is aan de (in jaar $t+1$ verwachte) zorgkosten van die individuele verzekerde.

Het is echter ongewenst om voor iedere individuele verzekerde een volledige compensatie van de (in jaar $t+1$ verwachte) zorgkosten te bieden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het deel van deze zorgkosten dat door praktijkvariatie tussen zorgaanbieders wordt bepaald. Afgaande op het Besluit Zorgverzekeringen is het niet de bedoeling dat voor dit deel van de kostenvariatie naar een adequate compensatie vanuit de risicoverevening wordt gestreefd.

Er zijn goede redenen waarom geen compensatie wordt nagestreefd voor kostenverschillen die door praktijkvariatie worden veroorzaakt. Deze praktijkvariatie kan bijvoorbeeld historisch zijn gegroeid als gevolg van verschillen tussen aanbieders in de behandelwijze. In die gevallen leidt een volledige compensatie van de gerealiseerde zorgkosten vanuit het systeem van risicoverevening ertoe dat deze verschillen in stand worden gehouden. Hierdoor vermindert de doelmatigheid zoals dat met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt beoogd. Een andere mogelijkheid is juist dat de praktijkvariatie kan worden verklaard door verschillen in zorginkoop. Een verzekeraar die goedkopere zorg inkoopt, kent lagere kosten. Door de verschillen in praktijkvariatie in deze gevallen te compenseren, wordt de verzekeraar, die goedkopere zorg heeft ingekocht gestraft in plaats van beloond.

De conclusie is dat er een halt aan de schijnbaar oneindige zoektocht naar subgroepen waarvoor sprake is van inadequate compensatie moet worden gesteld. Vooralsnog blijft echter de vraag onbeantwoord waar de grens van de zoektocht precies getrokken moet worden. De vraag die voorligt, is met andere woorden voor welk deel de ondercompensaties van de door iBMG gepresenteerde subgroepen vanuit de overheid weggenomen dienen te worden en voor welk deel de zorgverzekeraars verantwoordelijk gesteld dienen te worden en adequate compensatie juist niet nagestreefd moet worden.

3.4 DE EINDIGHEID VAN DE ZOEKTOCHT

In de Nederlandse private markt met risicodragende zorgverzekeraars is het niet de bedoeling om alle bestaande ondercompensaties via de risicoverevening weg te nemen. In deze studie gaan we ervan uit dat risicoverevening wordt ingezet om de risicosolidariteit tussen groepen verzekerden te garanderen voor zover deze verschillen naar leeftijd, geslacht en gezondheid. Met dit uitgangspunt sluiten we aan op de doelstelling zoals geformuleerd in het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 2005, 389, p. 23). Deze door de risicoverevening geïnduceerde risicosolidariteit komt tot uitdrukking in de premies van deze groepen verzekerden: een adequaat werkend systeem van risicoverevening neemt de premieverschillen tussen groepen verzekerden weg voor zover deze verschillen naar leeftijd, geslacht en gezondheid.

In verschillende landen, waaronder Nederland, wordt de risicoverevening echter voor nog een tweede doel ingezet. Dit doel betreft het wegnemen van prikkels tot risicoselectie die ontstaan doordat in die landen een algeheel verbod op premiedifferentiatie is ingevoerd. Een algeheel verbod op premiedifferentiatie leidt tot prikkels tot risicoselectie ten aanzien van alle risicofactoren die de kostenvariatie bepalen, inclusief bijvoorbeeld praktijkvariatie. Risicoverevening wordt ingezet voor de verevening van de totale kostenvariatie zodat de door het verbod veroorzaakte prikkels tot risicoselectie worden

weggenomen. Het gevolg hiervan is een oneindige zoektocht naar allerhande subgroepen van verzekerden die in het model van risicoverevening opgenomen kunnen worden, om dit verbod op premiedifferentiatie te waarborgen (zie de vorige paragraaf). Bij deze zoektocht wordt niet de vraag gesteld of de compensatie van de kostenvariatie voor deze subgroepen wel wenselijk is, bijvoorbeeld als de kostenvariatie door praktijkvariatie wordt veroorzaakt.

In de literatuur worden er twee werkwijzen voorgesteld om het onderscheid tussen gewenste en ongewenste compensatie te operationaliseren. De ene manier is om per individu handmatig vast te stellen welk deel van de gerealiseerde kosten gecompenseerd dient te worden en welk deel niet, bijvoorbeeld door uit te gaan van best practices bij zorgaanbieders. Een selectie van best practice zorgaanbieders bepaalt in dat geval tot op welke hoogte de compensaties gewenst zijn. Het kostenniveau van de gewenste compensaties wordt in de wetenschappelijke literatuur 'acceptable costs' genoemd.

Deze werkwijze blijkt in de praktijk echter niet of nauwelijks haalbaar. Daarom is er in alle ingevoerde systemen van risicoverevening voor gekozen om de 'acceptable costs' te berekenen als zijnde de gemiddelde (verwachte) werkelijke kosten per subgroep van verzekerden. In het Nederlandse systeem van risicoverevening wordt dit bereikt via de regressiemethode. Het bereiken van individuele aansluiting van de werkelijke kosten op de 'acceptable costs' voor alle verzekerden binnen een subgroep is dan ook niet het beoogde doel van de risicoverevening. Bij het constateren van over- en/of ondercompensaties vanuit de risicoverevening moet steeds de vraag worden beantwoord welk deel hiervan gerechtvaardigd is en welk deel niet. Merk hierbij op dat in de internationale wetenschappelijke literatuur de vraag wat precies de 'acceptable costs' moeten zijn – ofwel welke subgroepen de basis voor de berekening daarvan moeten zijn – nochtans onbeantwoord is gebleven.

Dit betekent dat voorafgaand aan de opbouw van een systeem van risicoverevening de vraag moet worden beantwoord welke compensaties worden nagestreefd en welke niet. In deze rapportage gaan we ervan uit dat het systeem van risicoverevening is bedoeld voor het bereiken van het eerste doel.³ Daarmee volgen we de doelstelling zoals die is geformuleerd in het Besluit Zorgverzekeringen.⁴

³ We maken hier een keuze tussen de twee geformuleerde doelen. Volgens de zogenoemde Regel van Tinbergen is het noodzakelijk dat er minstens evenveel instrumenten zijn als doelstellingen. Dat betekent in deze context dat het instrument van risicoverevening niet èn voor het verevenen van de kostenvariatie van specifieke selectie van subgroepen kan worden ingezet (bij het streven naar risicosolidariteit c.q. betaalbaarheid van de premies) èn voor het verevenen van de kostenvariatie van alle subgroepen (bij een algeheel verbod op premiedifferentiatie).

⁴ Voor het tweede doel moet een ander instrument worden gezocht, of moet de regulering worden aangepast. Een voorstel voor aanpassing van deze regulering zodat deze in lijn is met het Besluit Zorgverzekeringen is om het verbod op premiedifferentiatie te beperken tot de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid.

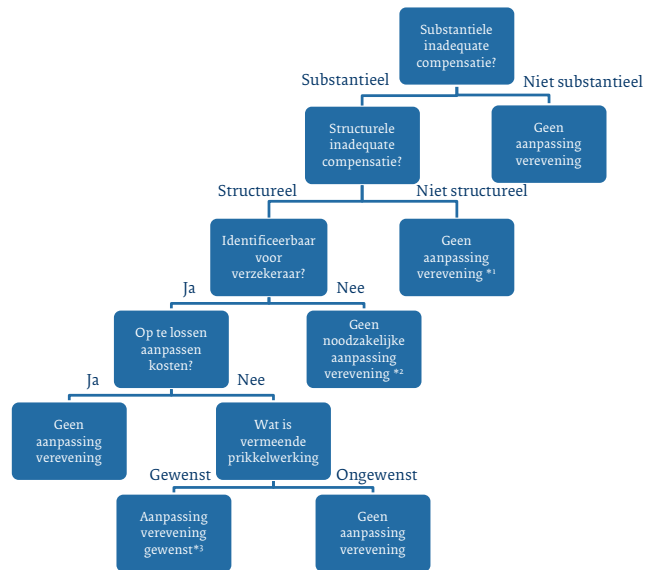
In het algemeen gelden er beperkingen aan zowel aan de wenselijkheid als aan de mogelijkheden om geconstateerde inadequate compensaties op te lossen via het systeem van risicoverevening. In de volgende hoofdstukken wordt een beslisboom gepresenteerd waarin deze wenselijkheden en mogelijkheden systematisch zijn geordend. Deze beslisboom biedt een handvat bij het vinden van antwoord op de vraag voor welke subgroepen het gewenst (hoofdstuk 3) en mogelijk (hoofdstuk 4) is om geconstateerde inadequate compensaties weg te nemen en voor welke subgroepen dat niet het geval is. Op deze manier stellen wenselijkheden en mogelijke oplossingen voor de inadequate compensaties paal en perk aan de zoektocht naar subgroepen waarvoor de risicoverevening adequate compensatie moet bieden.

4 HET VOORKÓMEN VAN INADEQUATE COMPENSATIE: AANPASSING VAN HET RISICOVEREVENINGSMODEL GEWENST?

In dit hoofdstuk onderzoeken we of het gewenst is om voor een subgroep een betere compensatie te bieden. Dit doen we aan de hand van onderstaande beslisboom. Voor deze beslisboom is het uitgangspunt dat er hieraan voorafgaand geconstateerd is dat er sprake is van een inadequate compensatie voor een bepaalde subgroep van verzekerden. Bij de beoordeling van deze inadequate compensatie gaan we uit van vijf stappen. In deze vijf stappen stellen we eerst vast of sprake is van een probleem (1 en 2 en 3). Vervolgens bepalen we of het probleem op een alternatieve manier kan worden opgelost (4). In een laatste stap onderzoeken we of sprake is van ongewenste effecten, waardoor aanpassing van het risicovereveningsmodel ongewenst is (5).

1. Is de omvang van de subgroep substantieel?
2. Is sprake van structurele of incidentele compensatie?
3. Is de subgroep voor de verzekeraar identificeerbaar?
4. Kan de inadequate compensatie worden verbeterd door aanpassing van de kosten?
5. Leidt het opnemen van de subgroep tot gewenste of ongewenste prikkels voor de verzekeraars?

Figuur 1. Beslisboom is aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst?



*1 Mogelijk wel vervolgonderzoek naar de vraag of ook sprake is van structurele inadequate compensatie, bijvoorbeeld omdat dit het eerste jaar is dat de inadequate compensatie is geconstateerd
 *2 Aanpassing risicoverevening is niet noodzakelijk. Als invoering van een kenmerk tegen lage kosten (geen verkeerde prikkels, geen aanvullende gegevensverzameling, kenmerk kan in ex-ante verevening worden opgenomen) kan worden ingevoerd dan verdient dat de voorkeur

4.1 IS DE OMVANG VAN DE SUBGROEP SUBSTANTIEEL?

Op het moment dat het om een kleine subgroep gaat met weinig verzekerden dan is het niet gewenst om het risicovereveningsmodel aan te passen. Enerzijds leiden kleine subgroepen tot resultaten die minder statistisch betrouwbaar zijn. Het gevonden resultaat kan dan veroorzaakt worden door toeval.

Tegelijkertijd is het niet waarschijnlijk dat een verzekeraar zijn zorginkoop voor kleine groepen verzekerden zal aanpassen. Ook het risico dat verzekeraars deze verzekerden zullen selecteren zal relatief beperkt zijn.

Deze risico's worden groter naarmate de omvang van de inadequate compensatie toeneemt en ook naarmate de groep homogener wordt. Voor het beoordelen of de subgroep substantieel is zal daarom niet alleen naar de aantallen verzekerden, maar ook naar de omvang van de inadequate compensatie en de homogeniteit van de inadequate compensatie moeten worden gekeken. Een geëigend instrument hiervoor is de power toets.

4.2 IS SPRAKE VAN STRUCTURELE OF INCIDENTELE INADEQUATE COMPENSATIE?

De eerste vraag die beantwoord moet worden is of er sprake is van *structurele* inadequate compensatie of dat sprake is van *incidentele* inadequate compensatie.

Hierbij definiëren we structurele inadequate compensatie als:

Er is sprake van structurele inadequate compensatie indien voor twee opeenvolgende jaren kan worden vastgesteld dat er sprake is van inadequate compensatie. De richting en de omvang van de inadequate compensatie moet daarbij vergelijkbaar zijn. Dit kan aan de hand van een statistische toets worden onderzocht. Er is sprake van incidentele inadequate compensatie indien wel is aangetoond dat sprake is van inadequate compensatie, maar dat niet is aangetoond dat dit effect structureel is.

Bij incidentele inadequate compensatie leidt opnemen in het risicovereveningsmodel niet tot een betere aansluiting van de kosten met de verwachte kosten. Het is daarmee ongewenst om een subgroep waarvoor slechts is vastgesteld dat er sprake is van incidentele inadequate compensatie te compenseren in de risicoverevening.

In het geval sprake is van incidentele inadequate compensatie zal derhalve geen aanpassing van het risicovereveningsmodel gewenst zijn. In het geval er sprake is van inadequate compensatie, maar nog niet is aangetoond dat deze ook structureel is, is het wel wenselijk om na te gaan of de gevonden inadequate compensatie structureel is.

Bij structurele inadequate compensatie is het op basis van dit criterium gewenst om het risicovereveningsmodel aan te passen. Voor de subgroepen waarvoor sprake is van structurele inadequate compensatie onderzoeken we vervolgens in de volgende stap of de betreffende subgroep door de verzekeraars geïdentificeerd kan worden.

4.3 IS DE SUBGROEP IDENTIFICEERBAAR VOOR DE VERZEKERAAR?

In stap 3 gaan we na of de subgroep door de verzekeraar geïdentificeerd kan worden. Een verzekeraar kan een subgroep identificeren op het moment dat de verzekeraar over de informatie beschikt om de verzekerden in de subgroep in te delen.

In beginsel heeft een verzekeraar hiervoor de beschikking over verschillende informatiebronnen:

- De informatie uit de declaraties en de risicoverevening voor deze verzekerden

- Informatie vanuit de markt voor collectiviteiten
- Informatie uit de polisregistratie voor de basisverzekering

Verzekeraars beschikken mogelijk nog over meer informatie, maar deze mag niet gebruikt worden bij de keuzes rondom de basisverzekering. Dit is geborgd in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP).

Indien een verzekeraar op basis van de beschikbare informatie de subgroep niet kan identificeren dan is het voor een verzekeraar niet mogelijk specifieke acties voor deze subgroep uit te voeren. Daarmee is het bijvoorbeeld ook niet mogelijk voor een verzekeraar om risicoselectie toe te passen. Daarmee is de noodzaak om het risicovereveningsmodel aan te passen beperkt. De negatieve gevolgen van inadequate compensatie zijn beperkt.

Desondanks kan het wel gewenst zijn om het systeem van risicoverevening aan te passen. Indien een verzekeraar in een toekomstige situatie wel over deze informatie zou beschikken, kunnen de negatieve gevolgen voor inadequate compensatie kunnen worden voorkomen. Het is echter niet noodzakelijk om per direct het risicovereveningsmodel aan te passen.

Indien de subgroep voor de verzekeraar identificeerbaar is dan is het gewenst om in de volgende stap te onderzoeken of de inadequate compensatie kan worden opgelost door aanpassing van de kosten. In beginsel is aanpassing van het risicovereveningsmodel op basis van het criterium identificeerbaarheid gewenst.

4.4 KAN DE INADEQUATE COMPENSATIE WORDEN OPGELOST DOOR AANPASSING VAN DE KOSTEN?

Op het moment dat verzekeraars in staat zijn om de subgroep te identificeren, is het mogelijk om specifieke maatregelen voor deze subgroep te nemen, zodat de kosten beperkt worden. Daarvoor zijn er ten aanzien van ondercompensaties grofweg twee mogelijkheden:

1. Voorkomen dat de zorg voor de verzekerde noodzakelijk wordt
2. De kosten van de geleverde zorg beperken

Mogelijk kan een zorgverzekeraar door preventie voorkomen dat de zorg voor de verzekerde noodzakelijk wordt. Ook kan een zorgverzekeraar door specifieke zorginkoop proberen de kosten voor de subgroep te beperken. Beide mogelijke oplossingen kunnen worden onderzocht door middel van een studie naar praktijkvariatie. In het eerste geval

betreft het een studie naar praktijkvariatie in de aantallen verzekerden die een behandeling ondergaan. In het tweede geval betreft het een studie naar praktijkvariatie in de kosten van de behandeling.

Als uit de studie blijkt dat de omvang van de praktijkvariatie groter is dan de omvang van de ondercompensatie dan kan de oplossing van de ondercompensatie worden gezocht in het verlagen van de kosten. Het risicovereveningsmodel hoeft dan niet te worden aangepast. Per saldo betekent dit dat de kosten gemiddeld genomen lager moeten worden.

Voorbeeld 1

Voor een subgroep is vastgesteld dat er sprake is van inadequate compensatie. De gemiddelde kosten van deze subgroep zijn €1.000 en de subgroep wordt gemiddeld genomen voor €50 ondergecompenseerd. Als vervolgens blijkt dat de variatie in de kosten tussen aanbieders gelijk is aan €100, dan zal een belangrijk deel van de ondercompensatie opgelost kunnen worden door de zorg goedkoper in te kopen. Het is daarmee de vraag of voor deze subgroep het risicovereveningsmodel moet worden aangepast. De noodzakelijke besparing door middel van zorginkoop is 5% terwijl de variatie in kosten gelijk is aan 10%

Indien voor deze zelfde subgroep echter geldt dat de gemiddelde ondercompensatie €500 is, dan is het niet waarschijnlijk dat dit resultaat in voldoende mate kan worden verbeterd door de zorg goedkoper in te kopen. Er zou immers een besparing van 50% moeten worden gerealiseerd.

Bovenstaande redentatie geldt in het geval er sprake is van vrij onderhandelbare tarieven. Een vergelijkbare redentatie kan echter worden gehouden in het geval van gereguleerde tarieven⁵. In dat geval is het echter niet de zorgverzekeraar die hierop actie moet ondernemen, maar is het de overheid die hierop door middel van tarief- en/of prestatieregulering actie moet ondernemen. Door aanpassing van de tarieven en/of prestaties verandert ook het verwachte resultaat voor de verzekeraars⁶. Na aanpassing van de tarieven en of prestaties zal opnieuw moeten worden nagegaan of sprake is van inadequate compensaties. Aanpassing van de prestaties is mogelijk gewenst indien er geen relatie is tussen de kosten van de prestaties en de gezondheid van de patiënt op wie de prestaties betrekking hebben.

⁵ In het geval van maximumtarieven kan de verzekeraar ook een tarief onder het maximum afspreken.

⁶ In het verleden zijn in de risicoverevening bijvoorbeeld de kosten herschaald om rekening te houden met de invoering van de DBC's en later voor de invoering van DOT.

Indien geen informatie beschikbaar is vanuit een studie naar praktijkvariatie dan biedt de omvang van de inadequate compensatie, de grootte van de subgroep en de gemiddelde kosten voor een verzekerde in de subgroep informatie over de vraag of de inadequate compensatie kan worden opgelost door verlagen van de kosten. Naarmate de subgroep groter is en naarmate het aandeel van de ondercompensatie in de gemiddelde kosten lager is zal de inadequate compensatie beter door middel van zorginkoop kunnen worden opgelost. In dat geval is aanpassing van het risicovereveningsmodel ongewenst. De oplossing moet dan gezocht worden in de zorginkoop of in de tarief- en prestatieregulering.

In een volgende stap wordt onderzocht wat de prikkelwerking is van het opnemen van een subgroep in het risicovereveningsmodel.

4.5 LEIDT HET OPNEMEN VAN DE SUBGROEP TOT GEWENSTE OF VERKEERDE PRIKKELS VOOR DE VERZEKERAARS?

In deze stap onderzoeken we of het opnemen van een subgroep in de vorm van een vereveningskenmerk in het model tot gewenste of verkeerde prikkels leidt. Gewenste prikkels zijn de prikkels die er voor zorgen dat noodzakelijke zorg geboden kan worden zonder dat dit het financiële resultaat negatief beïnvloedt. Verkeerde prikkels zijn bijvoorbeeld prikkels om zorg te leveren die niet noodzakelijk (overbehandeling) is of prikkels om zorg niet te leveren die wel noodzakelijk is (onderbehandeling). Andere voorbeelden van verkeerde prikkels zijn verschillende vormen van 'upcoding'. De prikkelwerking speelt daarbij vooral een rol indien de subgroep (mede) gebaseerd is op het zorggebruik in het verleden.

Op het moment dat een subgroep in het risicovereveningsmodel wordt opgenomen dan veranderen de prikkels voor de zorgverzekeraars. Voor een subgroep die na opname in het model zorgt dat de financiële prikkels beter komen te liggen is het gewenst om het risicovereveningsmodel aan te passen met deze subgroep. Indien de financiële prikkels juist verslechteren is het ongewenst om het risicovereveningsmodel aan te passen.

5 HET VOORKÓMEN VAN INADEQUATE COMPENSATIE: HOE?

In het vorige hoofdstuk hebben we vastgesteld of het wenselijk is om aanvullend te corrigeren voor de subgroep met inadequate compensatie. Voor deze subgroep gaan we vervolgens na op welke wijze het mogelijk is om de compensatie voor deze subgroep te verbeteren.

In Nederland is onderzoek verricht naar het voorkómen van inadequate compensatie. De meest voor de hand liggende aanpak is het opnemen van de subgroep als vereveningskenmerk in het landelijk risicovereveningsmodel. Een voorbeeld hiervan is de invoering van de HKG als gezondheidskenmerk in het landelijke risicovereveningsmodel (Van Kleef et al, 2009).

Daarnaast kan ook een alternatief vereveningskenmerk worden ingevoerd waarbij een relatie bestaat met een subgroep met inadequate compensatie, zoals bijvoorbeeld de invoering van het vereveningskenmerk MHK (Stam en Van de Ven, 2007). Een derde alternatief is de hogerisicoverevening (Van Barneveld et al, 1996; Van Barneveld et al, 2001). Hierbij is het niet de overheid die aangeeft voor welke verzekerden compensatie plaatsvindt, maar zijn het de verzekeraars.

Van Kleef et al (2014) beschrijven een vierde en laatste mogelijkheid om inadequate compensatie te compenseren door een opslag op specifieke bestaande risicovereveningskenmerken. Hierbij wordt de compensatie bij het vereveningskenmerk met bovengemiddelde voorspelde kosten verhoogd en ondergemiddelde voorspelde kosten verlaagd.

Mochten hierboven genoemde oplossingsrichtingen niet haalbaar blijken dan kan worden gedacht aan het toestaan van premiedifferentiatie en/of het herinvoeren van ex-post compensaties. Premiedifferentiatie houdt in dat verzekeraars aan subgroepen die worden over- of ondergecompenseerd een hogere/lagere premie kunnen vragen. Zonder het verbod tot differentiatie van de premies is niet langer sprake van een prikkel tot risicoselectie voor deze subgroepen en hoeft er om deze reden niet langer naar gestreefd te worden om deze subgroepen in het systeem van risicoverevening op te nemen. Belangrijk nadeel is echter dat de risicosolidariteit wordt gereduceerd en daarmee de betaalbaarheid van de premies. Ex-post compensaties houden in dat verzekeraars (deels) worden gecompenseerd op basis van werkelijke zorgkosten waardoor voorspelbare verliezen worden gereduceerd en de prikkel voor risicoselectie vermindert. Nadeel van de inzet van ex-post compensaties is dat het tegelijkertijd de prikkel tot doelmatigheid vermindert.

Vanwege bovenstaande nadelen zijn premiedifferentiatie en ex-post risicoverevening niet verder uitgewerkt in dit onderzoek.

Op basis van bovenstaande literatuur komen we in totaal tot vier mogelijkheden om inadequate compensatie te voorkomen:

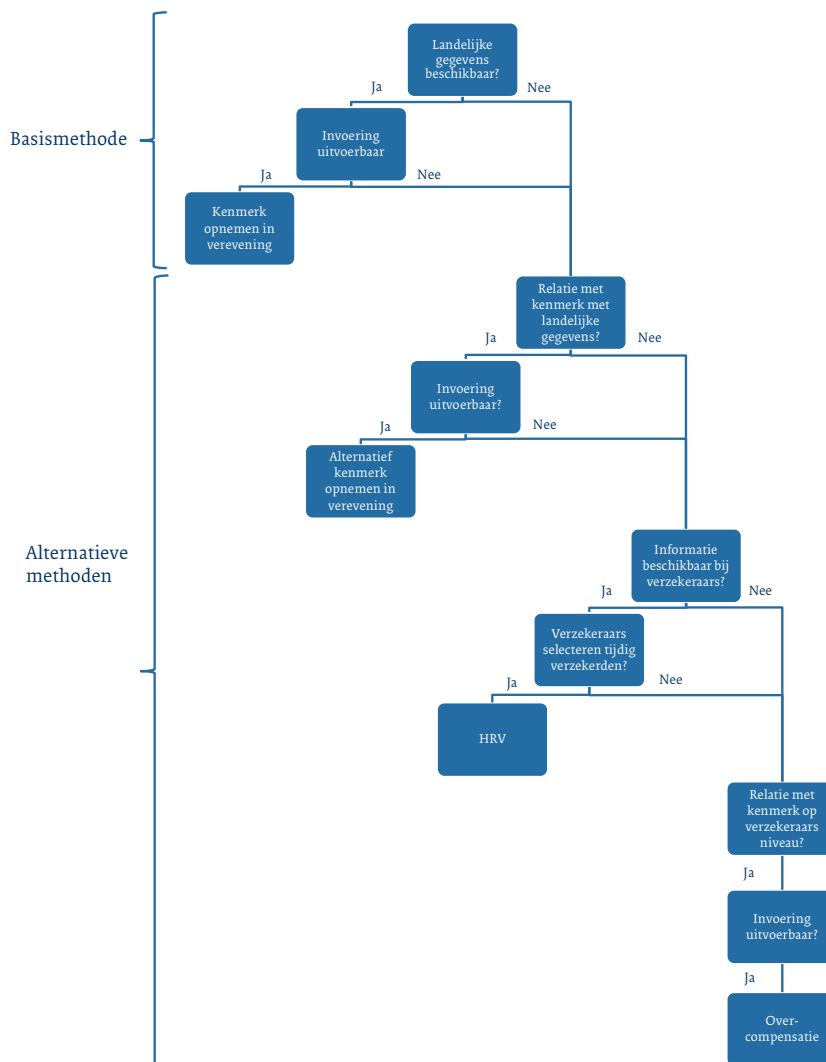
1. De subgroep in het risicovereveningsmodel op te nemen: landelijke gegevens zijn hiervoor beschikbaar.
2. Een alternatieve subgroep (“proxy”) als vereveningskenmerk opnemen in het risicovereveningsmodel: de relatie tussen de op te nemen subgroep en de subgroep met inadequate compensatie is op individueel niveau aangetoond.
3. Beperken van het risico voor vooraf door verzekeraar geselecteerde verzekerden: er is geen mogelijkheid om op basis van landelijk beschikbare gegevens op individueel niveau de compensatie te verbeteren.
4. Een opslag op (een) bestaande risicovereveningsparameter(s) ter compensatie voor de subgroep, zoals beschreven door iBMG (Van Kleef et al, 2014): de relatie tussen de subgroep en de bestaande risicovereveningsparameter(s) is op verzekeraarsniveau aangetoond.

Voor elk van de opties moet een toets op uitvoerbaarheid worden uitgevoerd. De vier geselecteerde mogelijkheden voor compensatie en de toets op uitvoerbaarheid worden in Figuur 2 grafisch weergegeven. In paragraaf 4.1 wordt eerst ingegaan op de toets op uitvoerbaarheid. Vervolgens worden de vier methoden in paragraaf 4.2 nader toegelicht. In paragraaf 4.2 geven we daarbij ook aan wat de effecten zijn van de voorgestelde methode op:

- De prikkels tot risicoselectie
- De mogelijkheden om de zorginkoop te verbeteren
- Het level playing field tussen verzekeraars

Voor de juridische haalbaarheid is in bijlage 3 een eerste analyse gemaakt. In deze analyse is gefocust op de haalbaarheid van de mogelijkheden in het kader van de Europeesrechtelijke regelingen voor staatssteun en in het kader van de zorgverzekeringswet. De eerste twee methoden (Basismethode en eerste alternatieve methode) zijn reeds toegepast. De laatste twee alternatieve methoden kennen wel enkele juridische aandachtspunten.

Figuur 2. Beslisboom wijze van aanpassing van het risicovereveningsmodel



5.1 TOETS OP UITVOERBAARHEID

Voordat tot invoering van het kenmerk over kan worden gegaan moet eerst nog wel de uitvoerbaarheid en verevenende werking worden getoetst:

1. De gehanteerde gegevens voor het definiëren van de subgroep zijn betrouwbaar, volledig en valide.

De gehanteerde gegevens om de subgroep te definiëren dienen valide te zijn. De gehanteerde gegevens kennen een landelijke dekking. Dit criterium is bedoeld om te borgen dat de gehanteerde gegevens goed geregistreerd zijn en dat er zo min mogelijk meetfouten optreden. Door een scherpe definitie van de subgroep,

registratie door de primaire gebruiker van de gegevens en door de mogelijkheid van controle op de juistheid van de gegevens achteraf neemt de validiteit van de gegevens toe. Als de gegevens niet voldoende valide zijn, dan is de gevonden relatie in het model mogelijk ook niet valide. In dat geval is het beter om de subgroep niet op te nemen in het risicovereveningsmodel.

2. De verevenende werking van het risicovereveningsmodel verbetert door het opnemen van de subgroep

In stap 1 van hoofdstuk 3 is reeds vastgesteld dat er sprake is van inadequate compensatie voor de specifieke subgroep. Zoals in hoofdstuk 2 reeds aangegeven is dit een eendimensionale benadering, terwijl een multidimensionale benadering gewenst is. Om te bepalen of de verevenende werking van het model toeneemt door het toevoegen van de subgroep toetsen we de resultaten van het risicovereveningsmodel met de nieuw opgenomen subgroepen op drie niveaus:

- Individueel niveau (inclusief kenmerken die niet in het uiteindelijke risicovereveningsmodel opgenomen moeten worden)
- Subgroep niveau
- Verzekeraars niveau

We vergelijken de resultaten op deze drie niveaus met dezelfde resultaten van het zogenoemde uitgangsmodel. Het uitgangsmodel vormt het basismodel, waartegen mogelijke aanpassingen van het risicovereveningsmodel beoordeeld worden.

Op de drie niveaus hanteren we drie verschillende maten voor de beoordeling. In Tabel 1 staat een overzicht van de gehanteerde maten.

Tabel 1. Gehanteerde maten voor verevenende werking⁷

	Individueel niveau	Subgroep- niveau	Verzekeraars- niveau
R-kwadraat	X		X
CPM	X		X
GGAA	X	X	X

Naast deze maten bekijken we ook de resultaten van twee scheefheidsmaten (de Ginicoëfficiënt en de Teilcoëfficiënt)⁸.

Als de verevenende werking door het toevoegen van de subgroep niet toeneemt dan is het vanuit statistisch oogpunt ongewenst om de subgroep in het risicovereveningsmodel op te nemen.

3. Het opnemen van de subgroep in het model moet eenvoudig en transparant zijn.

De laatste toets voor de uitvoerbaarheid is of het opnemen van de subgroep in het model eenvoudig en transparant is. In deze laatste toets wordt nagegaan of de opgenomen subgroepen een logisch geheel vormen. Dat betekent dat de subgroepen gezamenlijk een logisch opgebouwd vereveningskenmerk vormen en dat er geen verwarring bij de interpretatie van de resultaten ontstaat. Het aanpassen van het risicovereveningsmodel dient altijd goed cijfermatig onderbouwd te gebeuren. Daarbij moeten de effecten van de wijziging inzichtelijk kunnen worden gemaakt.

Indien voor het meten van vereveningscriteria gebruik gemaakt wordt van externe databronnen, zoals het geval is bij aard van het inkomen en het SES-criterium, is het voor verzekeraars niet mogelijk hun vereveningsbijdrage of verwacht resultaat te bepalen, hetgeen tot knelpunten leidt bij de premiecalculaties. Het verdient daarom de voorkeur om gegevens van verzekeraars te gebruiken (waarvoor de verzekeraars de juistheid en volledigheid kunnen waarborgen) of tenminste gegevens die ook voor verzekeraars (op individueel niveau) toegankelijk zijn.

⁷ Zie voor de berekeningswijze bijlage 1.

⁸ Voor de berekeningswijzen van de beoordelingscriteria zie bijlage 2.

5.2 UITWERKING VAN VERSCHILLENDE METHODEN

In deze paragraaf werken we de verschillende methoden voor compensatie verder uit. Achtereenvolgens gaan we in op:

1. De subgroep zelf opnemen in het risicovereveningsmodel (Paragraaf 4.2.1).
2. Een alternatieve subgroep opnemen in de risicoverevening (Paragraaf 4.2.2).
3. Beperken van het risico voor vooraf door verzekeraar geselecteerde verzekerden (Paragraaf 4.2.3).
4. Een opslag op (een) bestaande risicovereveningsparameter(s) ter compensatie van de subgroep (Paragraaf 4.2.4).

5.2.1 SUBGROEP OPNEMEN IN HET RISICOVEREVENINGSMODEL: BASISMETHODE

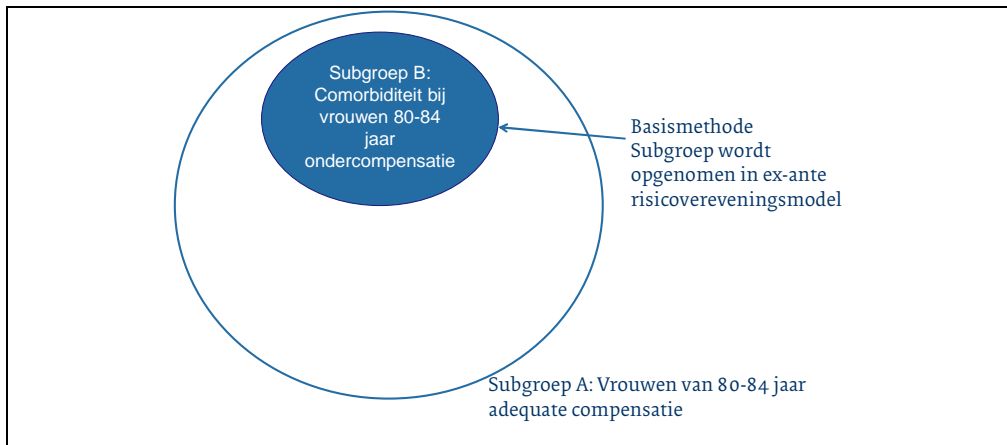
In de basismethode wordt de subgroep op individueel niveau opgenomen in het risicovereveningsmodel. Hiervoor is het noodzakelijk dat de subgroep geoperationaliseerd kan worden. Dit betekent dat de subgroep op basis van betrouwbare landelijke gegevens kan worden vastgesteld. Deze landelijke gegevens moeten op individueel niveau gekoppeld kunnen worden aan de declaratiegegevens die in het risicovereveningsmodel worden gebruikt.

De basismethode betreft de huidige werkwijze. De huidige procedure voor het vaststellen van het risicovereveningsmodel hoeft daarmee niet aangepast te worden.

Voorbeeld 1. Basismethode op individueel niveau

De subgroep A betreft de klasse verzekerden vrouwen tussen de 80 en 84 jaar. Voor deze groep is sprake van adequate compensatie, omdat deze in het risicovereveningsmodel is opgenomen. Binnen deze groep is een subgroep B vastgesteld waarvoor sprake is van de ondercompensatie.

Deze subgroep B betreft in dit voorbeeld de vrouwen tussen de 80 en 84 jaar met comorbiditeit. In de basismethode nemen we vervolgens een subgroep B van relatief ongezonde verzekerden op in het risicovereveningsmodel. Hierdoor zal de compensatie voor verzekerden in subgroep B toenemen. Voor de verzekerden in subgroep A die niet in subgroep B zitten zal de compensatie afnemen. De totale compensatie voor de verzekerden in subgroep A zal gelijk blijven.



Beoordelingscriterium	Score	Toelichting
Prikkels tot risicoselectie	++	Voor de subgroepen in het model die opgenomen zijn is de compensatie adequaat. Er zijn geen prikkels om de (positief of negatief) te selecteren op de subgroep als geheel. Mogelijk blijft wel een prikkel bestaan binnen voor een subset van de subgroep.
Zorginkoop	++	De verzekeraars krijgen een adequate compensatie, waardoor de mogelijkheden om doelmatigere zorg in te kopen verbeteren. De compensatie sluit voor de subgroep beter aan op de werkelijke (huidige) kosten.
Level playing field	++	Als de subgroep scheef verdeeld was over de verzekeraars verbeterd de compensatie ook op verzekeraarsniveau. Als gevolg van mogelijke toekomstige verschuivingen in de verzekerdenpopulatie is het sowieso een verbetering voor het level playing field op de langere termijn.
Uitvoerbaarheid	++	Dit is reeds gangbare praktijk. Hier is al veel ervaring mee opgedaan.

5.2.2 ALTERNATIEVE SUBGROEP OPNEMEN IN HET RISICOVEREVENINGSMODEL: EERSTE ALTERNATIEVE METHODE

Indien de gegevens van de subgroep niet op landelijk niveau beschikbaar zijn of indien het niet uitvoerbaar is om de subgroep in het risicovereveningsmodel op te nemen, onderzoeken we of een alternatieve methode op subgroepniveau kan worden ingevoerd. Bij deze alternatieve methode wordt onderzocht of een kenmerk dat gerelateerd is aan de subgroep kan worden opgenomen in het risicovereveningsmodel. Met deze alternatieve methode wordt getracht om het resultaat op subgroepniveau zo adequaat mogelijk te maken.

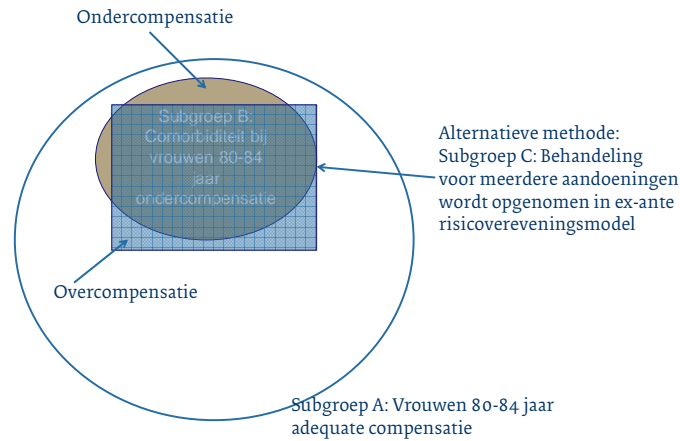
Ook de alternatieve methode sluit aan bij de huidige werkwijze. Bij het opnemen van de meerjarige hoge kosten is deze alternatieve methode reeds uitgevoerd. Hierbij is dus het kenmerk MHK in het risicovereveningsmodel opgenomen. Aangezien dit kenmerk de subgroepen met inadequate compensatie vanuit de uitgevoerde gezondheidsenquête goed kon benaderen (Stam en Van de Ven, 2007). Om deze methode toe te kunnen passen is wel noodzakelijk dat eerst onderzoek gedaan wordt naar de relatie tussen de subgroep waarvoor ondercompensatie is vastgesteld en de subgroep die opgenomen wordt in het model. Dit onderzoek gaat vooraf aan de reguliere onderzoeken om het risicovereveningsmodel vast te stellen.

Voorbeeld 2. Alternatieve methode op subgroepniveau

De subgroep A betreft de klasse verzekerden vrouwen tussen de 80 en 84 jaar. Voor deze groep is sprake van adequate compensatie, omdat deze in het risicovereveningsmodel is opgenomen. Binnen deze groep is een subgroep B vastgesteld waarvoor sprake is van de ondercompensatie. Deze subgroep B betreft in dit voorbeeld de vrouwen tussen de 80 en 84 jaar met comorbiditeit.

Omdat we geen informatie over comorbiditeit hebben, onderzoeken we of een alternatief kenmerk – verzekerden met behandelingen voor meerdere aandoeningen – in het risicovereveningsmodel kan worden opgenomen. In dit voorbeeld gaan we er van uit dat de relatie tussen deze twee subgroepen is aangetoond. In plaats van subgroep B: comorbiditeit nemen we derhalve de subgroep C: behandelingen voor meerdere aandoeningen op in het risicovereveningsmodel. Door het opnemen van dit kenmerk verbetert de compensatie voor de subgroep C, maar ook voor subgroep B. Binnen de subgroep B houden we echter een groep over die ondergecompenseerd wordt. Dit zijn de verzekerden waarvoor wel sprake is van comorbiditeit, maar die geen behandeling voor meerdere aandoeningen hebben gehad. Daarnaast ontstaat een groep verzekerden met overcompensatie (de groep met behandelingen voor meerdere aandoeningen, waarbij geen sprake is van comorbiditeit (bijvoorbeeld als gevolg van onjuiste registratie)).

Merk overigens op dat de totale compensatie voor de subgroep A: vrouwen van 80-84 jaar weer gelijk blijft.



Bij het toepassen van deze alternatieve methode blijven er groepen verzekerden binnen de subgroep waarvoor sprake is van inadequate compensatie. Dit leidt er mogelijk toe dat voor deze verzekerden geconstateerd wordt dat sprake is van inadequate compensatie. Naarmate de overlap tussen de “proxy”subgroep en de subgroep op basis van gezondheid kleiner is, zal de groep waarvoor sprake is van inadequate compensatie groter zijn. Bij een te kleine overlap is het ongewenst om deze methode toe te passen.

Beoordelingscriterium	Score	Toelichting
Prikkels risicoselectie	tot +	De prikkel tot risicoselectie wordt door bij deze alternatieve methode verminderd. Alleen voor de groepen verzekerden die wel tot de oorspronkelijke subgroep behoren en niet tot de alternatieve subgroep of vice versa blijft de prikkel tot risicoselectie bestaan of wordt zelfs geïntroduceerd. Deze methode biedt daarmee alleen uitkomst indien de overlap tussen de kenmerken voldoende groot is.
Zorginkoop	+	Door de verbeterde compensatie ontstaan meer mogelijkheden voor verbetering van de zorginkoop voor de alternatieve subgroep. Bij voldoende overlap met de oorspronkelijke subgroep verbeteren ook de mogelijkheden voor zorginkoop voor die groep.
Level playing field	+	Het level playing field voor de verzekeraars verbetert door opname van het alternatieve kenmerk. De

		compensatie voor deze subgroep verbetert. Bij een scheve verdeling van deze subgroep over de verzekeraars leidt dit tot een betere verdeling van de middelen.
Uitvoerbaarheid	+	Deze methode is bij de Meerjarige Hoge Kosten (MHK) reeds toegepast. Daaraan voorafgaand is in onderzoek aangetoond dat er een relatie is tussen MHK en gezondheidskenmerken. De uitvoerbaarheid van deze methode is daarmee reeds getoetst.

5.2.3 BEPERKEN RISICO VERZEKERAAR VOOR VOORAF GESELECTEERDE VERZEKERDEN: TWEEDE ALTERNATIEVE METHODE

Op het moment dat er geen landelijke gegevens beschikbaar zijn om de verzekerden in de subgroep in te delen of om te benaderen welke verzekerden in het alternatief voor de subgroep kunnen worden ingedeeld, kan het indelen van verzekerden ook bij de zorgverzekeraars worden neergelegd. Hierbij wijst een verzekeraar ex-ante een groep verzekerden aan, waarvoor de verzekeraar compensatie ontvangt voor de zorgkosten. Hierdoor wordt het risico voor de verzekeraar beperkt. In deze methode is het daarmee niet de overheid die aangeeft voor welke verzekerden compensatie plaatsvindt, maar zijn het de verzekeraars. De verzekeraars zouden verzekerden aan kunnen wijzen op basis van de gegevens die zij wel beschikbaar hebben. De prikkel tot risicoselectie voor deze verzekerden zal daardoor sterk verminderen. Daartegenover staat ook een verminderde prikkel tot verbetering van de efficiency in de behandeling. In 2000 is reeds aangetoond dat de methode van hogerisicoverevening tot betere efficiencyprikkel leidt dan een systeem met hoge kostenverevening (Van Barneveld, et al, 2001). Door het opnemen van voorwaarden voor het aanmelden van de verzekerden kunnen de belemmeringen in de efficiencyprikkel worden beperkt.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een dergelijk systeem in te voeren. De standaard methode is om een gedeelte van het verschil tussen de werkelijke kosten en de compensaties ex post na te calculeren. Dit betekent dat een verzekeraar een groep verzekerden voor de start van een boekjaar aanwijst en aan het einde van het jaar gecompenseerd wordt voor het negatieve resultaat van die groep verzekerden. Een verzekeraar met een positief resultaat voor haar van tevoren aangewezen groep verzekerden moet aan het einde van het jaar afdragen. Deze vormgeving is daarmee een invulling van de methode in de vorm van een ex-postcompensatie.

Aangezien de ex-post compensaties verder worden afgebouwd⁹ ¹⁰ stellen we voor om deze methode niet als ex-postcompensatie in te vullen. Er zijn verschillende alternatieve opties om dit te doen. Twee varianten hiervan zijn:

1. Het normeren van de kosten van de door verzekeraars aangewezen groep op basis van historische kosten;
2. Het opnemen van een aanvullend kenmerk voor de door verzekeraars aangewezen groep verzekerden bij het schatten van het risicovereveningsmodel.

Beide varianten moeten nog nader worden uitgewerkt en vervolgens worden getoetst op uitvoerbaarheid en prikkelwerking.

Bij beide methoden wordt niet ex post nagecalculeerd, maar worden de compensaties ex ante bepaald op basis van historische kostenpatronen van de groep verzekerden die door de verzekeraars zijn aangewezen. Op die manier ontstaat een systeem waarin het risico beperkt wordt, zonder dat ex post compensatie noodzakelijk is.

Voorbeeld 3. Alternatieve methode op verzekeraarsniveau

De subgroep A betreft de klasse verzekerden vrouwen tussen de 80 en 84 jaar. Voor deze groep is sprake van adequate compensatie, omdat deze in het risicovereveningsmodel is opgenomen. Binnen deze groep is een subgroep B vastgesteld waarvoor sprake is van de ondercompensatie. Deze subgroep B betreft in dit voorbeeld de vrouwen tussen de 80 en 84 jaar met comorbiditeit.

Het is niet mogelijk gebleken om op basis van landelijke informatie een subgroep of een alternatieve subgroep op te nemen. Ook is geen relatie aangetoond op verzekeraarsniveau met een bestaand kenmerk in het risicovereveningsmodel. Daarmee zijn er geen mogelijkheden meer om het risicovereveningsmodel aan te passen, terwijl wel is vastgesteld dat het opnemen van de subgroep in het risicovereveningsmodel gewenst is.

In dat geval is het mogelijk om verzekeraars de mogelijkheid te bieden om voorafgaand aan het jaar verzekerden aan te wijzen waarop zij beperkt risico lopen. Voor deze verzekerden kan worden afgesproken dat het verschil tussen de werkelijke kosten en de verwachte kosten gedeeltelijk wordt gecompenseerd.

⁹ De Europese Commissie is vanwege de verminderde prikkels tot doelmatige zorginkoop kritisch op systemen van ex-postcompensatiemechanismen.

¹⁰ In het regeerakkoord VVD, PVDA (2012) is afgesproken dat de ex-post compensatiemechanismen worden afgebouwd.



Afhankelijk van de methode van invoering zullen verzekeraars verschillende groepen verzekerden voor dit systeem selecteren. Om te borgen dat de groep verzekerden zo goed mogelijk aansluit bij de subgroepen waarvoor is vastgesteld dat sprake is van inadequate compensatie zal moeten worden nagegaan welke wijze van compensatie gewenst is. Het is overigens waarschijnlijk dat niet alle verzekerden in de vastgestelde subgroep met inadequate compensatie door de verzekeraar zullen worden geselecteerd. Ook binnen de subgroep zitten daarmee verzekerden die ondergecompenseerd blijven. De prikkel tot risicoselectie wordt echter sterk verminderd.

Voor toepassing van deze methode zou empirisch moeten worden nagegaan wat het effect is van invoering van een dergelijke methode op de bestaande risicovereveningsparameters. Ook zou de methode verder technisch moeten worden uitgewerkt. Bijvoorbeeld zou moeten worden nagegaan hoe wordt omgegaan met overlijden en welk deel van de verzekerden in de HRV kan worden ingedeeld.

Beoordelingscriterium	Score	Toelichting
prikkels tot risicoselectie	+	Door verzekerden met een slecht resultaat aan te wijzen krijgt een verzekeraar een betere compensatie voor deze verzekerden. De prikkel om voor deze verzekerden risicoselectie toe te passen neemt hierbij af.
Zorginkoop	+	Door verzekerden aan te wijzen verbetert het resultaat voor de verzekeraars. De verzekeraar houdt hierdoor mogelijk meer ruimte om betere zorg in te kopen. Doordat de vergoeding ex-ante wordt vastgesteld, blijft echter de efficiëncyprikkel bestaan. Een verzekeraar

		blijft baat houden bij doelmatige zorginkoop.
Level playing field	+	Afhankelijk van de specifieke vormgeving verbetert het level playing field voor de verzekeraars. Dit is vooral het geval indien verzekeraars wel een qua omvang vergelijkbare groep van verzekerden met extreme resultaten hebben, maar waarvoor het resultaat wel verschilt.
Uitvoerbaarheid	o	De uitvoerbaarheid van deze methode zal verder moeten worden nagegaan. Om deze methode toe te kunnen passen zullen verzekeraars de verzekerden moeten aanwijzen die in de HRV worden ingedeeld. Dit aanwijzen zal in de periode moeten plaatsvinden, waarin de berekeningen plaatsvinden, zodat bij de schattingen ten tijde van de Overall toets met deze groepen rekening kan worden gehouden. Daarbij ligt het voor de hand dat deze methode ook kan bijdragen aan de verbetering van het ex-ante model door de informatie op basis waarvan de verzekerden geselecteerd worden op te vragen.

5.2.4 OPSLAG OP BESTAANDE RISICOVEREVENINGSPARAMETERS: LAATSTE ALTERNATIEVE METHODE

Als geen relatie op individueel niveau kon worden gelegd met een kenmerk waarvoor wel landelijke gegevens beschikbaar zijn, kan de laatste alternatieve methode uitkomst bieden.

Indien op verzekeraarsniveau een relatie tussen de subgroep en een bestaandvereveningskenmerk is aangetoond kan het risicovereveningsmodel worden aangepast door een op- en/of afslag op het normbedrag van dit vereveningskenmerk. Om de totale compensatie voor alle verzekerden gelijk te houden zal dan ook een tegengestelde compensatie moeten worden vastgesteld voor de andere risicovereveningsparameters. Door de handmatige aanpassing verslechtert de aansluiting tussen de normbedragen voor de groepen waarvoor het normbedrag wordt aangepast. Hierdoor wordt de compensatie voor deze groepen minder adequaat.

Door uitvoering van deze methode kan de mate van inadequate compensatie op verzekeraarsniveau worden verbeterd. Deze wijze van compenseren leidt er toe dat de prikkels op subgroepniveau niet worden weggenomen, maar dat de verzekeraar wel beter

gecompenseerd wordt. Op het moment dat er verschuivingen in de verzekerdenportefeuilles van de verzekeraars plaatsvinden zal deze wijze van compensatie mogelijk juist tot grotere over- en ondercompensaties kunnen leiden. Deze methode is daarmee wel geschikt om op korte termijn de compensaties op verzekeraars niveau te verbeteren, maar niet om dit ook op lange termijn goed te doen. Daarmee kan deze methode slechts als tijdelijke maatregel worden genomen, als opmaat naar een compensatie via de basismethode of de alternatieve methode.

Aanvullende toets op uitvoerbaarheid

Om dit alternatief uit te kunnen voeren is het noodzakelijk dat op verzekeraarsniveau de relatie is aangetoond tussen de subgroep en het bestaande kenmerk. Een verzekeraar met veel verzekerden in de subgroep moet ook veel verzekerden met het bestaande kenmerk hebben. Dat betekent dat voor de subgroep met inadequate compensatie ook bekend moet zijn bij welke verzekeraar de verzekerden in de subgroep verzekerd zijn.

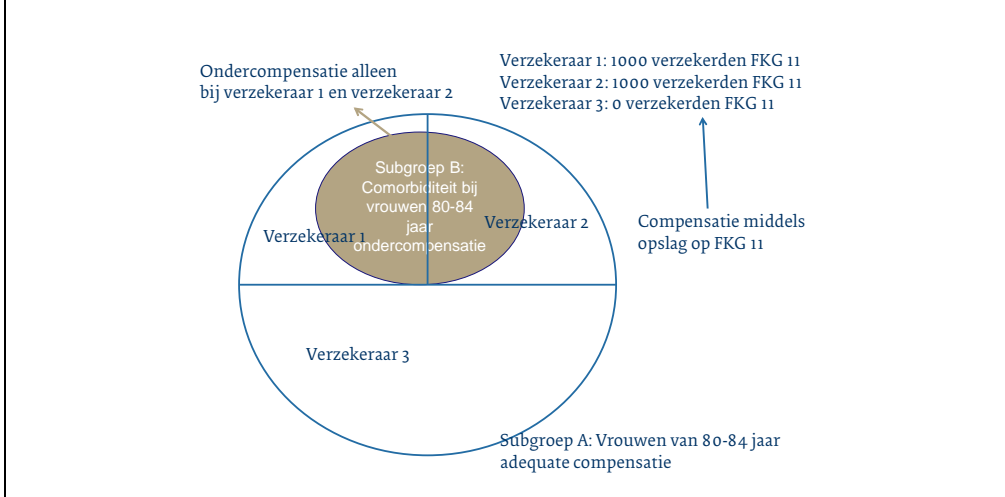
Daarnaast moet voor het toepassen van deze methode na de reguliere werkzaamheden voor het vaststellen van het risicovereveningsmodel nog een aanvullende stap gezet worden. Op basis van onderzoek naar de relatie tussen de subgroep met inadequate compensatie en de subgroep die is opgenomen in het risicovereveningsmodel de hoogte van de opslag op het vastgestelde normbedrag worden vastgesteld. Om deze methode budgetneutraal uit te kunnen voeren moet de opslag worden gecompenseerd met een afslag op andere kenmerken.. De meest logische variant hierbij is om de correctie toe te passen op de afslagklasse van van het vereveningskenmerk dat voor de overbetaling wordt gebruikt. De totale opslag voor alle verzekerden gezamenlijk moet gelijk zijn aan de totale afslag op de andere kenmerken.

Voorbeeld 4. Alternatieve methode op verzekeraarsniveau

De subgroep A betreft de klasse verzekerden vrouwen tussen de 80 en 84 jaar. Voor deze groep is sprake van adequate compensatie, omdat deze in het risicovereveningsmodel is opgenomen. Binnen deze groep is een subgroep B vastgesteld waarvoor sprake is van de ondercompensatie. Deze subgroep B betreft in dit voorbeeld de vrouwen tussen de 80 en 84 jaar met comorbiditeit.

Uit een analyse blijkt daarbij dat de verzekeraars met veel vrouwen van 80 tot 84 jaar met comorbiditeit ook relatief veel verzekerden hebben met het kenmerk FKG 11. De compensatie voor de comorbiditeit bij oudere vrouwen kan dan plaatsvinden door een opslag op de normbedragen voor FKG 11. Op die manier verbetert de compensatie voor de verzekeraar. Deze wordt gecompenseerd voor de comorbiditeit door middel van de opslag. Dit leidt er toe dat de subgroepen met FKG 11 overgecompenseerd worden en de subgroepen met comorbiditeit bij vrouwen tussen 80 en 84 jaar ondergecompenseerd

blijven. Ook in dit voorbeeld kan de totale compensatie gelijk blijven. Daarvoor zal echter een aanvullende correctie moeten worden toegepast op andere vereveningskenmerken, bijvoorbeeld op de verzekerden zonder FKG



Beoordelingscriterium	Score	Toelichting
Prikkels risicoselectie	tot -	De compensatie voor een inadequaat gecompenseerde subgroep gebeurt immers op basis van een ander kenmerk (waarvoor de compensatie al adequaat was). Hierdoor neemt de over- of ondercompensatie voor deze groep juist toe, terwijl de inadequaat gecompenseerde groep niet beter gecompenseerd wordt. De prikkel tot risicoselectie neemt hierdoor toe.
Zorginkoop	0	In dit systeem worden verzekeraars wel beter gecompenseerd. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor betere zorginkoop. Tegelijkertijd is het niet effectief om deze ruimte voor deze groep in te zetten. Daarbij is het bovendien de vraag of verzekeraars de betere compensatie in zullen zetten voor de subgroep met de geconstateerde inadequate compensatie. De betere compensatie geldt voor andere verzekerden dan de inadequaat gecompenseerde verzekerden.
Level playing field	+	Het level playing field voor de verzekeraars neemt door deze betere compensatie op verzekeraarsniveau voor de korte termijn toe. Op lange termijn is het echter de vraag of dit ook het geval is. Met name door

		overstappers kan het level playing field ook weer afnemen.
Uitvoerbaarheid	-	Deze methode is complex in de uitvoering. Allereerst moeten specifieke gegevens over de omvang van de niet adequaat gecompenseerde subgroepen per verzekeraar beschikbaar zijn. Vervolgens moet de omvang van de handmatige correcties worden bepaald. Hierbij zullen (gedeeltelijk) arbitraire keuzes moeten worden gemaakt, die mogelijk gevoelig zijn voor bezwaar.

6 PRAKTIJKVOORBEELDEN VAN TOEPASSING BESLISBOOM

In dit hoofdstuk werken we enkele voorbeelden uit van subgroepen waarvan bekend is dat er sprake is van inadequate compensatie. Voor elk van deze groepen gaan we op basis van de beslisbomen in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 na welke stappen gezet zouden kunnen worden. In Bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de subgroepen waarvoor uit onderzoek is gebleken dat sprake is van inadequate compensatie.

6.1 VOORBEELD 1. VERZEKERDEN DIE TOT DE 10% ONGEZONDSTE GROEP BEHOREN

Aanleiding: iBMG heeft met behulp van de POLS-enquête onderzoek gedaan naar specifiek voorspelbare verliezen. Hierbij wordt geconstateerd dat verzekerden met de 10% laagste zelfgerapporteerde fysieke gezondheid worden ondergecompenseerd. In 2014 bedraagt de gemiddelde ondercompensatie na risicoverevening € 832. Dit geeft mogelijk aanleiding tot vervolgstappen. Voor het uitwerken van dit voorbeeld gebruiken we beslisboom 1 en 2.

Beslisboom 1: Is aanpassing van het risicovereveningsmodel vereist of gewenst?

1. Is sprake van structurele of incidentele compensatie?

De ondercompensatie van verzekerden die tot de 10% ongezondste groep behoren is structureel. Ondercompensatie is aangetoond voor zowel 2007, 2011 als 2014 (Stam et al, Van Kleef et al). Daarbij moet wel worden aangetekend dat de

risicovereveningsmodellen in de tussenliggende periode zijn aangepast. Ook zijn andere categorieën van ongezonde verzekerden geselecteerd.

2. Is de subgroep voor de verzekeraar identificeerbaar?

De zelfgerapporteerde gezondheid wordt verzameld met behulp van een gezondheidsenquête. De resultaten van deze enquête zijn niet op verzekerdeniveau publiek en voor de verzekeraar beschikbaar. De subgroep is derhalve niet voor de verzekeraar identificeerbaar. Dit betekent dat aanpassing van het risicovereveningsmodel niet vereist is, aangezien de verzekeraar hier niet op verzekerdeniveau vervolgacties op kan uitvoeren.

Uit de eerste beslisboom wordt duidelijk dat verzekeraars niet in staat zijn om de subgroep te identificeren. Dat betekent dat aanpassing van het risicovereveningsmodel niet noodzakelijk is. Desondanks onderzoeken we of het risicovereveningsmodel kan worden aangepast. Indien dit eenvoudig uit te voeren is, kan het wenselijk zijn om het risicovereveningsmodel wel aan te passen.

Beslisboom 2: Hoe kan het risicovereveningsmodel worden aangepast?

1. Zijn landelijke gegevens van het kenmerk zelf landelijk beschikbaar?

De resultaten zijn alleen bekend voor deelnemers aan de enquête. Dit is een steekproef van de Nederlandse bevolking en daarom niet op landelijk niveau beschikbaar.

2. Is er een alternatief kenmerk op te nemen in de risicoverevening waarvoor is vastgesteld dat er een relatie is met de subgroep?

Er is geen onderzoek in Nederland beschikbaar waarbij de relatie van de zelfgerapporteerde gezondheid met alternatieve landelijk beschikbare kenmerken is aangetoond. De verwachting is dat er mogelijk landelijk beschikbare kenmerken zijn die correleren met de zelfgerapporteerde gezondheid, zoals bijv. huisarts- of ziekenhuisbezoek. Verder onderzoek naar de correlatie tussen de zelfgerapporteerde gezondheid en mogelijke alternatieve kenmerken kan dit aantonen.

3. Is er een relatie met een kenmerk in het huidige risicovereveningsmodel?

In Nederland is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de relatie van de zelfgerapporteerde gezondheid en de huidige risicovereveningskenmerken. Mogelijk bestaat er een relatie met bijv. FKG's, DKG's, HKG's en/of MHK. Indien de zelfgerapporteerde gezondheid op verzekeraarsniveau ongelijk is verdeeld, is het mogelijk om een opslag op FKG's, DKG's, HKG's en/of MHK toe te voegen om

voor deze ongelijke verdeling te corrigeren. Hiervoor zal in vervolgonderzoek moeten worden aangetoond dat een relatie tussen deze kenmerken bestaat.

4. Bied verzekeraars de mogelijkheid om vooraf verzekerden te selecteren waarop het risico beperkt wordt.

Indien de onderzochte alternatieve kenmerken en de huidige vereveningskenmerken niet of nauwelijks correleren met de zelfgerapporteerde gezondheid kan een alternatieve aanpak worden overwogen. Verzekeraars kunnen dan zelf een deel van hun verzekerdenpopulatie selecteren waarop het risico beperkt wordt. Door hierbij de voorwaarde te stellen dat de selectiemethode openbaar wordt gemaakt, kan het ministerie de methode van de verzekeraars gebruiken voor verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel.

Dus als de beslisboom voor deze subgroep wordt doorlopen kan worden vastgesteld dat geen landelijke gegevens beschikbaar zijn, maar dat de alternatieve methoden zouden kunnen worden toegepast mits in onderzoek de juiste relaties zijn aangetoond.

6.2 VOORBEELD 2. INTRAMURALE FKG'S

Aanleiding: De FKG's in het risicovereveningsmodel hebben momenteel alleen betrekking op de extramurale farmacie. Intramuraal gebruik is geen onderdeel van het risicovereveningsmodel omdat de informatie in de ziekenhuisregistratie niet beschikbaar is. Het intramurale farmaciegebruik binnen een ziekenhuis wordt geregistreerd op basis van verrichtingen. Door deze informatie ook beschikbaar te maken voor het risicovereveningsmodel kan het intramurale farmaciegebruik als gezondheidskenmerk worden toegevoegd aan het risicovereveningsmodel.

Beslisboom 1: Is aanpassing van het risicovereveningsmodel vereist of gewenst?

1. Is sprake van structurele of incidentele inadequate compensatie?

Ondercompensatie bij intramuraal farmaciegebruik is niet onderzocht in Nederland. De algemene verwachting is echter dat de groep verzekerden met chronisch intramuraal farmaciegebruik structureel wordt ondergecompenseerd. Voor bijvoorbeeld de TNF-alfa-remmers geldt dat deze in 2012 zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. De kosten voor TNF-alfa-remmers zijn daarbij in het vaste segment ingedeeld, waardoor verzekeraars hier geen risico over lopen. Deze overheveling heeft gezorgd voor een wijziging in de registratie, waardoor het niet meer mogelijk is om de gebruikers van TNF-alfa-remmers te identificeren ten behoeve van het risicovereveningssysteem. De FKG Reuma TNF-alfa-remmers is daarom met ingang van 2012 komen te vervallen. Verzekerden die gebruik maken

van TNF-alfa-remmers hebben per 2012 een voorspelbaar negatief resultaat, en worden dus ondergecompenseerd voor de prestaties ziekenhuiszorg variabel en B-DBC's (Stam, Boonen en Van Loenhout, 2012). In 2014 zijn de TNF-alfa-remmers opgenomen in het risicovereveningsmodel. Het ligt echter in de verwachting dat ook bij de andere geneesmiddelen die overgeheveld worden uit het ziekenhuisbudget sprake is van inadequate compensatie.

2. Is de subgroep voor de verzekeraar identificeerbaar?

Het intramurale farmaciegebruik wordt geregistreerd op verrichtingenniveau. Deze informatie is alleen beschikbaar voor ziekenhuizen.¹¹ Zorgverzekeraars ontvangen de declaraties op DBC-niveau. De subgroep is derhalve niet identificeerbaar door de verzekeraar. Voor de geneesmiddelen die geregistreerd worden met zogenaamde add-ons, is dit niet het geval. Deze kunnen wel door de verzekeraars geïdentificeerd worden op basis van de declaratie.

3. Is de inadequate compensatie op te lossen door aanpassing van de kosten

Het is niet waarschijnlijk dat de inadequate compensatie alleen is op te lossen door aanpassing van de kosten.

4. Wat is de vermeende prikkelwerking

Door het opnemen van de TNF-alfa-remmers in het risicovereveningsmodel kan een prikkel tot overbehandeling ontstaan. Aangezien eerder al een FKG TNF-alfa-remmers was opgenomen in het risicovereveningsmodel kan worden afgeleid dat het niet tot ongewenste prikkels leidt om een FKG voor TNF-alfa-remmers op te nemen in het risicovereveningsmodel.

Beslisboom 2: Hoe kan het risicovereveningsmodel worden aangepast?

1. Zijn landelijke gegevens van het kenmerk zelf landelijk beschikbaar?

Ziekenhuizen declareren de add-ons bij de verzekeraars. Hierdoor bestaat derhalve een landelijke registratie. Wel is bij de geneesmiddelen die overgeheveld zijn sprake van een tijdelijk probleem. De gegevens die noodzakelijk zijn, betreffen gegevens uit t-3. Hierdoor zijn gegevens tijdelijk niet beschikbaar.

2. Is er een alternatief kenmerk op te nemen in de risicoverevening waarvoor is vastgesteld dat er een relatie is met de subgroep?

¹¹ Voor dure geneesmiddelen wordt gebruik gemaakt van add-ons. Deze add-ons worden gedeclareerd bij de verzekeraar.

Er is geen onderzoek in Nederland beschikbaar waarbij de relatie van het intramurale farmaciegebruik met alternatieve landelijk beschikbare kenmerken is aangetoond. De verwachting is dat er mogelijk landelijk beschikbare kenmerken zijn die correleren met het intramurale farmaciegebruik, zoals bijv. specifieke DBC-declaraties. Verder onderzoek naar de correlatie tussen het intramurale FKG-gebruik en mogelijke alternatieve kenmerken kan dit aantonen.

3. Is er een relatie met een kenmerk in het huidige risicovereveningsmodel?

In Nederland is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de relatie van de intramurale FKG's en de huidige risicovereveningskenmerken. Mogelijk bestaat er een relatie met bijv. bestaande FKG's en/of DKG's. Indien het intramurale farmaciegebruik op verzekeraarsniveau ongelijk is verdeeld, is het wellicht mogelijk om een opslag op FKG's en/of DKG's toe te voegen om voor deze ongelijke verdeling te corrigeren. Hiervoor zal in vervolgonderzoek moeten worden aangetoond dat een relatie tussen deze kenmerken bestaat.

4. Bied verzekeraars de mogelijkheid om vooraf verzekerden te selecteren waarvoor het risico beperkt wordt.

Indien de onderzochte alternatieve kenmerken en de huidige vereveningskenmerken niet of nauwelijks correleren met het intramurale farmaciegebruik kan een alternatieve aanpak worden overwogen. Verzekeraars kunnen dan zelf een deel van hun verzekerdenpopulatie selecteren waarop het risico beperkt wordt.

Dus als de beslisboom voor deze subgroep wordt doorlopen kan worden vastgesteld dat geen landelijke gegevens beschikbaar zijn, maar dat de alternatieve methoden kunnen worden toegepast mits in nieuw onderzoek de juiste relaties worden aangetoond.

6.3 VOORBEELD 3. AWBZ-GEBRUIK

Aanleiding: APE heeft in 2012 onderzoek gedaan naar de vereveningsresultaten van AWBZ-gebruikers (Thiel et al, 2012). Hierbij werd geconcludeerd dat AWBZ-gebruikers structureel worden ondergecompenseerd. Vervolgens hebben SiRM en APE (Stam et al, 2012) onderzoek gedaan naar het AWBZ-criterium als vereveningskenmerk. Hieruit bleek onder andere dat AWBZ-indicatie als vereveningskenmerk een beperkte verevenende werking heeft op individuniveau.

Beslisboom 1: Is aanpassing van het risicovereveningsmodel vereist of gewenst?

1. Is sprake van structurele of incidentele ondercompensatie?

De ondercompensatie van verzekerden met AWBZ-gebruik is structureel. Het onderzoek van APE is gebaseerd op kostengegevens van 2009. Hierbij wordt ondercompensatie aangetoond voor verpleging en verzorging, langdurige GGZ en gehandicaptenzorg.

2. Is de subgroep voor de verzekeraar identificeerbaar?

De AWBZ-registratie (AZR 3.0 en AW319) vindt plaats bij de zorgkantoren. De kostengegevens uit de somatische zorg worden geregistreerd bij de zorgverzekeraar. Deze informatie wordt gescheiden door een zogeheten 'Chinese Wall' en kan daarom niet worden gekoppeld. De verzekeraar kan ten behoeve van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet dus niet op individueel niveau zijn eigen verzekerden identificeren op basis van AWBZ-gebruik.

Beslisboom 2: Hoe kan het risicovereveningsmodel worden aangepast?

1. Zijn landelijke gegevens van het kenmerk zelf landelijk beschikbaar?

De zorgkantoren beheren gezamenlijk de volledige AWBZ-registratie. De registratie is dus volledig landelijk beschikbaar.

2. Is er een alternatief kenmerk op te nemen in de risicoverevening waarvoor is vastgesteld dat er een relatie is met de subgroep?

Er is in Nederland onderzoek beschikbaar waarin de relatie van AWBZ-gebruik met andere kenmerken is aangetoond. De Meijer et al (2009, 2011) laten zien dat lichamelijke beperkingen een grote rol spelen in de vraag naar langdurige zorg. Het SCP concludeert in 2010 dat er een verband is tussen de mate van kwetsbaarheid en de kans tot een opname binnen de AWBZ. Kwetsbaarheid wordt hierbij benaderd met de Tilburg Frailty Index, een vragenlijst over lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid. De kenmerken die een aangetoonde relatie hebben met het AWBZ-gebruik zijn afkomstig uit vragenlijsten en daarom niet landelijk beschikbaar. Kenmerken uit vragenlijsten kunnen overigens wel in een kleinschaliger onderzoek gebruikt worden om de correlaties met alternatieve kenmerken uit de administratie van verzekeraars te bepalen. Deze laatste zijn dan wel landelijk beschikbaar.

3. Is er een relatie met een kenmerk in het huidige risicovereveningsmodel?

Kautter et al (2005) concludeert dat indicatoren gerelateerd aan chronische beperkingen, mobiliteitsproblemen en disfunctioneren (Activities of Daily Living (ADL) en Instrumental Activities of Daily Living (IADL)) betere voorspellers zijn voor de toekomstig AWBZ-gebruik dan demografische factoren en DKG's. Er is dus een relatie met de DKG's, maar deze is minder sterk dan met andere kenmerken. Vervolgonderzoek moet aantonen of het toepassen van een opslag op bestaande

vereveningskenmerken ondercompensatie bij AWBZ-gebruikers kan verminderen.

4. Biedt verzekeraars de mogelijkheid om vooraf verzekerden te selecteren waarop het risico beperkt wordt.

Dit is geen reële mogelijkheid zolang verzekeraars informatie uit de AWBZ niet bij de uitvoering van de ZVW mogen gebruiken. Verzekeraars hebben de informatie van AWBZ-gebruikers al via de zorgkantoren 'in huis'. Een dergelijke aanpak lokt het overtreden van de informatiescheiding tussen ZVW- en AWBZ-gegevens uit. Het voorspellen van AWBZ-gebruikers op basis van de ZVW-gegevens is daarom geen logische route.

Dus als de beslisboom voor deze subgroep wordt doorlopen kan worden vastgesteld dat de verzekeraar AWBZ-gebruikers niet kan identificeren, en de kans op risicoselectie beperkt is. Op basis hiervan is invoering van AWBZ gebruik als vereveningskenmerk niet noodzakelijk. Voor de verbetering van de compensaties vanuit het risicovereveningsmodel kan toevoeging van deze informatie overigens wel nuttig zijn, maar dan moet de overheid deze informatie uit de AWBZ met die in de ZVW kunnen koppelen.

LITERATUURVERWIJZINGEN

Kautter, J. en G.C. Pope (2005), "CMS Frailty Adjustment Model", Health care financing review; 26(2): 1-19.

De Meijer, C.A.M., M.A. Koopmanschap, X.H.E. Koolman, E.K.A. van Doorslaer (2009), "The Role of Disability in Explaining Long-Term Care Utilization", Medical Care 2009; 47: 1156-1163.

Meijer, de C.A.M., M.A. Koopmanschap, T. Bago D'Uva, E.K.A. Van Doorslaer (2011), "Determinants of long term care spending: Age, time to death or disability?", Journal of Health Economics 2011; 30: 425-438

NZa (2013), "Marktscan en beleidsbrief zorgverzekeringsmarkt 2013", Weergave van de markt 2009-2013.

Staatsblad (2005), "Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering)", Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 389.

Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006), "Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering", Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007), "Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het risicovereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering", Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Stam, P.J.A. (2007), "Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance", Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.

P.J.A. Stam, R.C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2010), "A limited-sample benchmark approach to assess and improve the performance of risk equalization models", Journal of Health Economics 29, 3, 426-437.

Stam, P.J.A., L.H.H.M. Boonen en J. Van Loenhout (2012), "Groot onderhoud FKG's 2011: Eindrapport", SiRM, Den Haag. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (WOR 552).

Stam, P.J.A., J.P. Heida, R. Goudriaan en M.M. Van Asselt (2012), "Vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties: een kwalitatieve verkenning", APE/SiRM, Den Haag. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Thiel, J.H., M.M. Van Asselt en R. Goudriaan (2012), "Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet." In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Van Barneveld, E.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (1996), "Hogerisicoverevening als aanvulling op normuitkeringen", Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 74, 58-64.

Van Barneveld, E.M., L.M. Lamers, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2001), "Risicodeling als aanvulling op imperfecte normuitkeringen: een afruil tussen selectie en doelmatigheid", Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 79, 110-117.

Van Kleef, R. C. en R.C.J.A. Van Vliet (2009), "Ontwikkeling Hulpmiddelen Kosten Groepen", Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (WOR 408)

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. Van De Ven (2012), "Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau", Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van de NPCF/CG-Raad.

Van Kleef, R. C., R.C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. Van De Ven (2014), "Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: Analyse van uitkomsten op subgroepniveau", Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van AmCham.

Van de Ven, W.P.M.M. en R. P. Ellis (2000), "Risk adjustment in competitive health plan markets", Handbook of Health Economics 17, 1A: 755-846.

VVD, PVDA (2012). Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PVDA, 29 oktober 2012.

BIJLAGE 1: MAATSTAVEN OM DE VEREVENENDE WERKING TE BEPALEN

Vanuit de literatuur en vanuit de WOR wordt richting gegeven hoe de verevenende werking van het geschatte model beoordeeld dient te worden. In deze bijlage wordt de berekeningswijze van de volgende maatstaven nader toegelicht: R^2 , GGAA, CPM, Ginicoëfficiënt en de Theilcoëfficiënt.

R^2

De verklaarde variantie ($R^2 * 100$) geeft aan welk deel van de verschillen in feitelijke kosten door het vereveningsmodel wordt gereproduceerd. In de risicoverevening betreft de R^2 de gekwadrateerde correlatie tussen de feitelijke kosten en de normatieve kosten.

De formule van de R^2 is als volgt:

$$R^2 = \left(\frac{\text{Cov}(x,y)}{\sigma_x \sigma_y} \right)^2,$$

waar x staat voor de feitelijke kosten en y staat voor de normatieve kosten. Deze manier van berekenen zorgt ervoor dat de R^2 ongevoelig is voor nonlineariteiten en afwezigheid van een constante term in regressies.

GGAA

De GGAA staat voor het gewogen gemiddelde van de absolute afwijkingen van de normatieve kosten ten opzichte van de werkelijke kosten. De formule van de GGAA is als volgt:

$$GGAA = \frac{\sum |w_i \hat{y}_i - w_i y|}{\sum w_i}$$

Waar w_i staat voor het gewicht, \hat{y}_i staat voor de normatieve kosten en y voor de werkelijke kosten. Indien we de GGAA op subgroepniveau berekenen, kiezen we de combinatie van de vereveningskenmerken van het uitgangsmodel.

CPM

Een alternatief voor de R^2 is de CPM (Cummings Performance Measure). Het nadeel van de R^2 als maatstaf is dat extremen zwaar meetellen. Bij de CPM tellen de verschillen tussen normatieve en werkelijke kosten lineair en niet kwadratisch mee. Hierdoor is de CPM minder gevoelig voor uitbijters. De CPM wordt als volgt berekend:

$$CPM = 1 - (GGAA(\text{model}) / GGAA(\text{geen model})).$$

Bij GGAA geen model zijn bij iedere verzekerde de normatieve kosten gelijk aan de gemiddelde kosten van de populatie.

Ginicoëfficiënt

De Ginicoëfficiënt beoordeelt de scheefheid van de kosten. De Ginicoëfficiënt is een getal tussen de 0 en 1, waar waarde 0 een situatie van perfecte gelijkheid betreft (In dit geval heeft ieder individu gelijke zorgkosten) de waarde 1 staat voor perfecte ongelijkheid (in deze situatie maakt één persoon alle zorgkosten en hebben alle overige personen geen zorgkosten).

De Ginicoëfficiënt wordt berekend als :

$$G = \frac{\Delta}{2\mu}$$

Waarbij Δ gelijk is aan $\Delta = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |X_i - X_j| W_i W_j$. Waar n staat voor de steekproefomvang, X_i de kosten van persoon i , W_i het gewicht van persoon i ($\sum_i W_i = 1$) en μ de gewogen gemiddelde kosten ($\sum_{i=1}^n W_i X_i$).

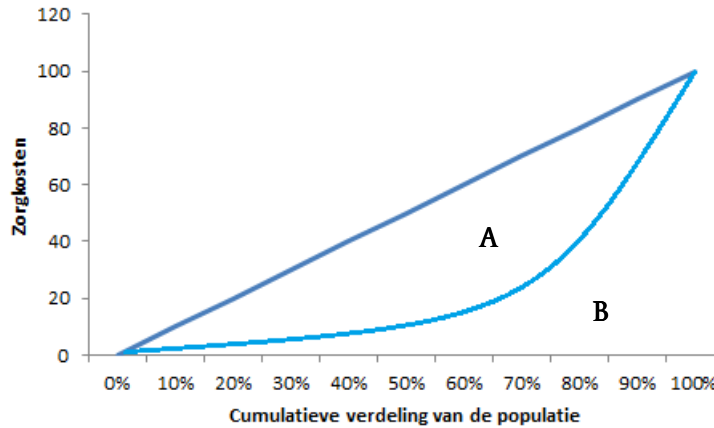
In de teller berekenen we de som van de absolute waarden van de kostenverschillen van elke persoon met alle andere personen. Omdat we de inkomensverschillen tussen de personen tweemaal bepalen, delen we deze tweemaal door het gemiddelde μ .

Met de Lorenz curve kan de Ginicoëfficiënt op een eenvoudige manier worden geïnterpreteerd. De Ginicoëfficiënt is gelijk aan de oppervlakte 'A' gedeeld door de oppervlakte onder 45 graden lijn ($(A/(A+B))$), zie figuur 1. In de Lorenz-curve wordt de proportie van de totale zorgkosten van de populatie (y-as) afgezet tegen de cumulatieve zorgkosten van de populatie in de volgorde van laag naar hoog (x-as).

Een situatie met een gelijke Ginicoëfficiënt betekent niet automatisch dat er in deze situatie een gelijke kostenverdeling is. Een extreem voorbeeld betreft een kostenverdeling waarbij de helft van de personen geen kosten maakt, en dat bij de andere helft de totale kosten gelijkwaardig verdeeld zijn. Een kostenverdeling waar een persoon de helft van de kosten maakt en de overige helft van de populatie gelijkwaardige kosten maakt. In beide situaties wordt een Ginicoëfficiënt van 0.5 berekend.

Het nadeel van de Ginicoëfficiënt is dat deze vooral gevoelig is voor veranderingen rondom het gemiddelde van de kostenverdeling en minder voor veranderingen in de uiteinden van de verdeling.

Figuur 1 Voorbeeld: Lorenz curve met de distributie van zorgkosten



Theilcoëfficiënt

Net als de Ginicoëfficiënt is de Theilcoëfficiënt een mate om de ongelijkheid van groepen te meten. Het voordeel van de Theilcoëfficiënt ten opzichte van de Ginicoëfficiënt is dat het resultaat kan worden ontbonden in verschillen tussen en binnen subgroepen. De resultaten van de Theil kunnen niet zonder meer grafisch worden geïnterpreteerd. De formule van de Theilcoëfficiënt is als volgt:

$$T = \sum_{i=1}^n \frac{X_i W_i}{\mu} \ln \left(\frac{X_i}{\mu} \right) = \frac{1}{\mu} \left(\sum_{i=1}^n W_i X_i \ln(X_i) \right) - \ln(\mu)$$

Met n de populatieomvang, X_i de kosten van een persoon i , W_i het gewicht van persoon i ($\sum_i W_i = 1$) en μ de (gewogen) gemiddelde kosten.

De Theilcoëfficiënt is dus gelijk aan het gemiddelde van de logaritme van alle relatieve kostenaandelen, gewogen met de kostenaandelen. Bij een gelijke inkomensverdeling is T gelijk aan 0. De Theilcoëfficiënt kent geen maximale waarde, maar is gelijk aan $\ln(n)$, waar n de steekproef omvang betreft. Indien de kostenongelijkheid van twee populaties wordt vergeleken, dan dient de Theilcoëfficiënt door de maximale waarde gedeeld te worden, om zo op een waarde tussen 0 en 1 te komen. Dit is de gestandaardiseerde Theilcoëfficiënt.

De Theilcoëfficiënt reageert sterk op veranderingen in de uiteinden van de kostenverdeling dan de Ginicoëfficiënt.

Voor meer informatie over het meten van ongelijkheid verwijzen we u naar de publicatie van het CBS: Marion van den Brakel-Hofmans (2007), *Metten van inkomensongelijkheid. Methoden en definities inkomen en bestedingen*, CBS.

BIJLAGE 2. OVERZICHT SUBGROEPEN MET INADEQUATE COMPENSATIES

Tabel 1a: Gemiddelde ondercompensatie (-) en overcompensatie (+) per persoon per subgroep na toepassing van het risicovereveningsmodel. Gesorteerd van onder- naar overcompensatie.

Verveningskenmerk	Per verzekerde	% totale populatie
Overleden*	-€ 3,913	0.8%
AWBZ-indicatie in schadejaar*	-€ 3,593	1.9%
Beperkt in het praten**	-€ 1,578	0.3%
Thuisverzorging afgelopen 12 maanden**	-€ 1,346	1.4%
Beperkt in het horen**	-€ 1,226	2.9%
Thuisverpleging afgelopen 12 maanden**	-€ 1,041	0.8%
10% slechtste score fysieke gezondheid**/****	-€ 832	9.4%
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden**	-€ 744	3.4%
Beperkt in het zien**	-€ 708	6.1%
20% slechtste score fysieke gezondheid**	-€ 670	18.9%
Tenminste 1 keer slechtste score ADL**	-€ 648	3.5%
Hoorapparaat of geluidsversterker**	-€ 633	3.3%
Beperkt in het kauwen**	-€ 629	3.9%
Hartinfarct**	-€ 591	3.1%
Ziekenhuisopname afgelopen 12 maanden**	-€ 571	6.5%
Thuisbegeleiding afgelopen 12 maanden**	-€ 549	1.5%
AWBZ-indicatie in voorafgaande jaar en schadejaar*/****	-€ 537	3.1%
Beperkt in beweeglijkheid**	-€ 535	7.4%
Hulpmiddelen**	-€ 531	7.0%
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)**	-€ 463	5.7%
Andere langdurige ziekte of aandoening**	-€ 436	11.5%
AWBZ-indicatie in voorafgaande jaar*	-€ 380	4.0%
Slechtste score algemene gezondheid**	-€ 376	18.9%

Kanker**	-€ 371	7.2%
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)**	-€ 368	10.6%
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen**	-€ 367	2.0%
3 of meer zelfgerapporteerde aandoeningen**	-€ 333	17.5%
Tenminste 1 langdurige aandoening**	-€ 331	31.5%
Fysiotherapeut afgelopen 12 maanden**	-€ 328	21.8%
Specialist afgelopen 12 maanden**	-€ 326	37.8%
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols, hand**	-€ 307	6.3%
10 % slechtste score psychische gezondheid**	-€ 274	9.5%
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder**	-€ 253	10.5%
Ernstig overgewicht**	-€ 234	8.7%
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA**	-€ 202	8.1%
Hoge bloeddruk**	-€ 194	17.0%
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)**	-€ 189	5.5%
Medicijn op recept afgelopen 14 dagen**	-€ 186	35.7%
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën**	-€ 184	14.8%
Volledig kunstgebit**	-€ 179	10.4%
Psoriasis**	-€ 166	2.9%
Duizeligheid met vallen**	-€ 150	3.2%
Sport meer dan 1 uur per week (65 jr of ouder)***	-€ 128	6.0%
20% slechtste score psychische gezondheid**	-€ 110	19.1%
Wandelt regelmatig voor plezier (65 jr of ouder)***	-€ 108	10.0%
Huisarts afgelopen 12 maanden**	-€ 82	71.9%
Laag, opleiding behaald***	-€ 60	27.1%
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn**	-€ 11	15.4%
Fietst regelmatig voor plezier (65 jr of ouder)***	€ 2	8.0%
2 zelfgerapporteerde aandoeningen**	€ 7	14.4%
Fietst regelmatig voor plezier (12 jr of ouder)***	€ 31	42.0%
Hoog, opleiding behaald***	€ 49	16.4%

Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct**	€ 50	2.5%
Wandelt regelmatig voor plezier (12 jr of ouder)***	€ 57	49.0%
Bril of contactlenzen**	€ 62	37.1%
Sport meer dan 1 uur per week (4 jr of ouder)***	€ 92	57.0%
Chronisch eczeem**	€ 108	4.5%
Bezoekt museum (65 jr of ouder)***	€ 111	6.0%
Bezoekt museum (4 jr of ouder)***	€ 157	38.0%
Studenten***	€ 169	3.2%
Suikerziekte**	€ 412	5.5%

Bron: *APE (2012), Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet, **Van Kleef et al. (2014), POLS enquête, ***SEO (2012), POLS enquête.

**** Beschreven als voorbeeld in hoofdstuk 5.

Tabel 2b: Overzicht aanbevelingen risicovereveningsmodel somatische zorg.

Onderwerp	Bron
TNF-alfa-remmers	APE (2011)
Meerjarig lage kosten	Van Kleef et al (2014)
AWBZ-indicatie voorgaand jaar	Van Kleef et al (2014)
wel/geen vrijwillig eigen risico	Van Kleef et al (2014)
verlagen DDD-drempels FKG	Van Kleef et al (2014)
meer dan 1 DKG mogelijk te maken	Van Kleef et al (2014)
HKG's uitbreiden	Van Kleef et al (2014)
Meerjarige DKG's	Van Kleef et al (2014)
Meerjarige FKG's	Van Kleef et al (2014)
Genormeerde achteraf vergoeding bij zwangerschap/geboorte, overlijden of AWBZ-indicatie	Van Kleef et al (2014)
Combineren van vereveningskenmerken	Van Kleef et al (2014)
Overbetaling op basis van voorspelde kosten	Van Kleef et al (2014)
Ex-post compensaties	Van Kleef et al (2014)
Hoge risicoverevening	Van Barneveld et al (1996)

BIJLAGE 3. JURIDISCHE ANALYSE



Vertrouwelijk & geprivilegieerd

Aan: SiRM
T.a.v.: De heren P. Stam en J. Visser
Van: mr. P.A.M. Broers en mr. Y.A. Maasdam
Betreft: quick scan staatssteunrechtelijke analyse alternatieven voor compensatie van
ouderen met een chronische aandoening in de risicoverevening
Datum: 15 september 2014

- Concept 2 -

1. Inleiding

1. In het navolgende wordt een beknopte staatssteunrechtelijke beoordeling (“quick scan”) gegeven naar aanleiding van de door SiRM opgestelde mogelijke oplossingsrichtingen voor het overcompenseren van ouderen met een chronische aandoening in de risicoverevening.

2. Juridisch kader

2. In de artikelen 107, 108 en 109 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (hierna: VWEU) zijn de algemene regels met betrekking tot het verlenen van staatssteun vastgelegd.
3. Steunmaatregelen die met overheidsmiddelen zijn bekostigd en die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties kunnen vervalsen zijn op grond van artikel 107 VWEU verboden, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen lidstaten ongunstig beïnvloedt.
4. Er is dus sprake van staatssteun indien aan de volgende cumulatieve criteria wordt voldaan:
 - (a) de steun wordt door de staat verleend of met staatsmiddelen bekostigd;
 - (b) de steun komt ten goede aan bepaalde ondernemingen;
 - (c) en levert deze een voordeel op van niet-marktconforme aard;
 - (d) waardoor de mededinging wordt vervalst of dreigt te worden vervalst en de intracommunautaire handel ongunstig wordt beïnvloed.
5. Steunmaatregelen die vallen onder de bepalingen van artikel 107, lid 2 en 107, lid 3 dienen ter beoordeling aan de Europese Commissie door de Lidstaten worden aangemeld. Voor een

dergelijke aanmelding geldt een *stand still* bepaling inhoudende dat eerst een goedkeurende beslissing moet worden verkregen van de Europese Commissie alvorens een steunmaatregel mag worden vastgesteld of verleend.

6. Het begrip "staatssteun" dient volgens het Hof van Justitie EU ruim te worden uitgelegd en omvat elke overheidsmaatregel, ongeacht de vorm, die ertoe strekt of ertoe leidt dat één of meer specifieke (groepen van) ondernemingen selectief een lastenverlichting dan wel anderszins een bevoordeling verkrijgen ten opzichte van andere (groepen van) ondernemingen.¹

3. De goedkeurende beschikkingen van de Europese Commissie inzake het Nederlandse risicovereveningssysteem

7. Met haar beschikkingen N541/2004 en N542/2004 (hierna: de Beschikkingen) heeft de Europese Commissie goedkeuring verleend aan onder meer (de financieringsmethodiek van) het Nederlandse risicovereveningssysteem.² Voor zover bekend zijn er geen wijzigingen van deze steunmaatregel aangemeld bij de Europese Commissie.
8. In deze zaak ging het allereerst om de vraag of de genormeerde bijdrage door de overheid van de te verwachten kosten een voordeel verschaft aan de betrokken zorgverzekeraar (zie hiervoor, randnummer 4 voorwaarde c). Daarnaast moest de vraag worden beantwoord of de zorgverzekeraars belast zijn met een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB).
9. Het begrip DAEB is afkomstig uit artikel 106, lid 2 VWEU. Daarin is bepaald dat de Europese regels voor vrij verkeer, mededinging en staatssteun voor ondernemingen die door de overheid zijn belast met een DAEB slechts van toepassing zijn, voor zover daardoor de vervulling van hun bijzondere taak niet wordt verhinderd. De staatssteunregels, zijn dus beperkt toepasbaar op DAEB-ondernemingen.
10. Kern van de Europese basisprincipes is dat enerzijds ondernemingen daadwerkelijk verplichtingen worden opgelegd om bepaalde diensten te leveren die - zonder overheidsingrijpen - niet door de markt zouden worden geleverd en dat anderzijds alle gebruikers toegang moeten hebben tot die diensten. Deze basisprincipes houden verband met de noodzakelijkheids- en proportionaliteitstoets die in artikel 106, lid 2 VWEU is opgenomen.
11. De Commissie vat de kern van het systeem van risicoverevening in Nederland als volgt samen:

“... voor dit systeem [is] kenmerkend dat niet de verschillen in kosten van de individuele verzekeraars worden gecompenseerd, maar dat de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die met de gezondheidstoestand van de verzekerde samenhangen, voor de compensatie bepalend zijn. De vereveningsbijdrage wordt gebaseerd op het risicoprofiel van de zorgverzekeraar. Omdat de vereveningsbijdrage nauw verbonden is met de gezondheidsrisico's, zijn alléén deze risico's bepalend als de vereveningsbijdrage wordt

¹ Zie onder meer HvJ EU 15 maart 1994, C-387/92, (*Banco Exterior de España*)

² Besluit van de Commissie van 3 mei 2005 met betrekking tot staatssteun N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - risicovereveningssysteem en behoud van reserves.

vastgesteld. Hierdoor wordt het doel van een risicovereveningssysteem duidelijk: het systeem probeert van te voren (ex ante) de verwachte kosten van de prestaties per individu in te schatten. Naderhand wordt een beperkte correctie doorgevoerd op basis van de echte kosten, echter deze mechanismen hebben slechts een tijdelijk karakter.”

12. Dat betekent dus dat als uitgangspunt geldt dat niet wordt verevend op basis van werkelijke kosten (ex-post) van de verzekeraar maar op basis van de risico's (ex-ante) die samenhangen met de specifieke samenstelling van de verzekerdenpopulatie van de individuele verzekeraar.
13. De Commissie was - anders dan de Nederlandse regering - van oordeel dat het risicovereveningssysteem een niet-marktconform voordeel verschaft aan de Nederlandse zorgverzekeraars en aldus kwalificeert als staatssteun.
14. De Commissie kwam tevens tot de conclusie dat de Nederlandse zorgverzekeraars belast zijn met een openbare dienstverplichting.³ Deze openbare dienstverplichting kon worden afgeleid uit het conglomeraat van voorwaarden en beperkingen die de overheid aan de verzekeraars oplegt. Het gaat daarbij om de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de verplichting om landelijk te werken, de verplichting tot het opnemen van bepaalde risico's in het verzekeringspakket en het onderworpen zijn van zorgverzekeraars aan specifiek toezicht.
15. De Commissie kwam tot de conclusie dat het Nederlandse risicovereveningssysteem noodzakelijk was voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en dat ook aan de voorwaarde van evenredigheid was voldaan. Daarom keurde de Commissie het systeem op grond van artikel 106, lid 2 VWEU goed.⁴
16. De Beschikkingen zijn in lijn met het BUPA arrest van het Gerecht van de Europese Unie.⁵ BUPA, een ziektekostenverzekeraar in onder meer Ierland, had beroep ingesteld tegen het besluit van de Commissie om geen bezwaar te maken tegen de invoering van het risicovereveningssysteem.⁶ Het Gerecht boog zich over de vraag of betaling aan zorgverzekeraars in het kader van het Ierse risicovereveningssysteem moest worden aangemerkt als steunmaatregel. Volgens het Gerecht was dat - net als bij het Nederlandse risicovereveningssysteem - het geval en tevens kwam zij tot de conclusie dat de verzekeraars belast waren met een DAEB.

³ Openbare dienstverplichting moet gelezen worden als: DAEB. Overigens kwam het HvJ in het arrest AOK, zaak C-264/01, tot de conclusie dat de Duitse ziekenfondsen niet kwalificeerden als ondernemingen in de zin van de mededingingsregels. Het hangt dus af van de inrichting van het socialeziektekostenstelsel of verzekeraars kwalificeren als ondernemingen.

⁴ Besluit van de Commissie van 3 mei 2005 met betrekking tot staatssteun N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - risicovereveningssysteem en behoud van reserves.

⁵ GvEA 12 februari 2008, zaak T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA) e.a. /Commissie (BUPA), Jur. 2008, p.II-81.

⁶ Besluit van de Commissie van 13 mei 2003, N 46/2003, Ierland.

4. Beknopte staatssteunrechtelijke analyse (“quick scan”) methoden voor compensatie.

Uitgangspunten en kernvraag

17. Onderzocht moet worden of de voorgestelde wijziging in de risicovereveningssystematiek en de aangedragen alternatieven daarvoor mogelijk passen binnen de Beschikkingen dan wel - indien dat niet het geval is - of deze na aanmelding bij de Europese Commissie een gerede kans maken op goedkeuring.
18. De door de Minister beoogde overcompensatie van ouderen met een chronische aandoening en de door SiRM daarvoor voorgestelde alternatieven zien uitsluitend op een aanpassing van de wijze van bepalen en de hoogte van compensatie van zorgverzekeraars voor bepaalde subgroepen van verzekerden. Omdat er verder geen aanpassingen in het stelsel van de vereveningssystematiek worden doorgevoerd kan de staatssteunrechtelijke beoordeling zich beperken tot een beoordeling van deze gewijzigde compensatie.
19. Daarbij wordt allereerst opgemerkt dat het staatssteunrecht het bevoordelen van ondernemingen (voorwaarde b) hiervoor genoemd in randnummer 4) verbiedt. In de Beschikkingen worden de Nederlandse zorgverzekeraars dan ook als begunstigden van de steunmaatregel aangemerkt. Voor de staatssteunrechtelijke beoordeling is daarom de kernvraag wat de consequenties van de verschillende alternatieven zijn voor de hoogte van de compensatie op het niveau van de individuele verzekeraar.
20. Voorts wordt opgemerkt dat het van belang is dat daadwerkelijk sprake is van inadequate compensatie in lijn met de Beschikkingen. Het vergt nader staatssteunrechtelijk onderzoek om na te gaan in hoeverre de constatering dat sprake is van inadequate compensatie op juiste gronden is vastgesteld. Daarbij zal onder meer moeten worden nagegaan of de inadequate compensatie uitsluitend het gevolg is van het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie en dat daarbij niet - direct of indirect - de werkelijke (ex-post) kosten van de individuele verzekeraar zijn betrokken. In het navolgende wordt ervan uitgegaan dat daadwerkelijk sprake is van inadequate compensatie.

Basismethode

21. Deze methode lijkt geheel te passen binnen de huidige systematiek van risicoverevening. In de Beschikkingen worden bij de beoordeling van de vraag of sprake is van overcompensatie van de verzekeraar de verschillende risicokenmerken niet afzonderlijk besproken en beoordeeld. Ervan uitgaande dat het toe te voegen kenmerk een correcte statistische onderbouwing kent en niet kan leiden tot overcompensatie, is het aannemelijk dat dit kenmerk kan worden ingevoerd in het systeem van risicoverevening zonder dat daarvoor een separate melding hoeft te worden gedaan bij de Europese Commissie.
22. In het verleden zijn wijzigingen in het risicovereveningsstelsel doorgevoerd die op de staatssteunrechtelijke gevolgen zijn getoetst door de Nederlandse rechter. Zo hebben diverse zorgverzekeraars zich verzet tegen het vervallen van de macro-calculatie van de no-

claimteruggave. De Raad van State was in die procedure van oordeel dat de Commissie bij de beoordeling van de steunmaatregel heeft betrokken dat de ex-post toe te passen correctiemechanismen een tijdelijk karakter hebben. De Raad van State kwam in deze zaak tot de conclusie dat het vervallen verklaren van deze nacalculatie paste binnen de Beschikkingen en daarom kwalificeerde als bestaande steun en derhalve niet behoefde te worden aangemeld bij de Commissie.

Alternatieve methode: alternatieve subgroep opnemen in het risicovereveningsmodel

23. Dit alternatief wijkt (beperkt) af van de bij de Europese Commissie gemelde systematiek van risicoverevening door middel van kenmerken. Indien met statistische data kan worden aangetoond dat dit alternatief leidt tot een verfijning van de huidige systematiek van risicoverevening in die zin dat de compensatie op het niveau van de verzekeraar meer overeenstemt met het risicoprofiel van de verzekerden en dat daardoor de kans op overcompensatie en risicoselectie aantoonbaar wordt beperkt, is het naar ons oordeel wellicht mogelijk te betogen dat dit alternatief past binnen de Beschikkingen. Wij begrijpen echter dat deze methode in de praktijk reeds wordt toegepast en voorafgaand aan de invoering op de staatssteunrechtelijke merites is beoordeeld.

Alternatieve methode: op verzekeraarsniveau bij relatie met huidig kenmerk

24. Dit alternatief wijkt af van de huidige systematiek van risicoverevening door middel van kenmerken. Indien met statistische data kan worden aangetoond dat deze alternatieven leiden tot een verfijning van de huidige systematiek van risicoverevening in die zin dat de compensatie op het niveau van de verzekeraar meer overeenstemt met het risicoprofiel van de verzekerden en dat daardoor de kans op overcompensatie en risicoselectie aantoonbaar wordt beperkt, is het wellicht mogelijk te betogen dat dit alternatief past binnen de Beschikkingen. Gelet op de grote financiële belangen die gemoeid zijn met de risicoverevening en de daarmee samenhangende procesbereid van de zorgverzekeraars lijkt het raadzaam zekerheidshalve de wijziging desalniettemin aan te melden bij de Europese Commissie.
25. Er kan van worden uitgegaan dat er een gerede kans is dat de wijziging wordt goedgekeurd door de Europese Commissie. Een belangrijk aspect daarbij is dat met invoering van deze alternatieven indirecte risicoselectie door de verzekeraar wordt tegengegaan hetgeen volgens de Commissie een van de redenen is geweest om het Nederlandse risicovereveningssysteem goed te keuren.
26. In dit verband is van belang dat voor het wijzigen van een bestaande steunmaatregel, zoals hier dan aan de orde zou zijn, een verkorte meldingsprocedure bestaat.

Alternatieve methode: op verzekeraarsniveau bij afwezigheid relatie met huidig kenmerk

27. De beoordeling van dit alternatief lijkt op grond van de Beschikkingen ingewikkelder te liggen. Ten aanzien van de ex-ante verevening geldt hetgeen hiervoor uiteen is gezet ten aanzien van het voorgaande alternatief (randnummers 24 e.v.) maar ten aanzien van de ex-post verevening is de Europese Commissie kritisch. Bij wijze van overgangsmaatregel heeft de Europese Commissie destijds een zekere mate van ex-post verevening goedgekeurd maar de Commissie geeft aan dat ex-post verevening de efficiency van de verzekeraars negatief beïnvloedt. In de woorden van de Commissie:

“ten slotte hebben de Nederlandse autoriteiten ook voorzien in een mechanisme dat rekening houdt met de verschillen tussen de geraamde en de reële kosten (en zodoende overcompensatie vermijdt), maar dat voor de verzekeraars toch weer niet de prikkel wegneemt om de concurrentie te blijven aangaan.”

28. De staatssteunrechtelijke beoordeling van een nieuwe ex-post verevening zal naar huidige inschatting nader onderzoek vergen. Een aparte aanmelding bij de Europese Commissie is naar verwachting noodzakelijk.

5. Zorgverzekeringswet

29. Onderzocht zal moeten worden of het overcompenseren van ouderen met een chronische aandoening - en de aangedragen alternatieven - past binnen de gestelde kaders van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

30. In artikel 32 tot en met 37 van de Zvw zijn de kaders opgenomen op welke wijze de vereveningsbijdrage zal worden toegekend. In artikel 32, lid 3, Zvw is bepaald dat bij het bepalen van de hoogte van de vereveningsbijdrage ten minste voor alle verzekeraars gelijke criteria moeten worden gehanteerd, waaronder in ieder geval het aantal verzekerden en een aantal verzekerdenkenmerken.

31. In het Besluit Zorgverzekering is nader invulling gegeven aan de voornoemde criteria die het Zorginstituut in acht moet nemen bij de toekenning van de vereveningsbijdrage. Zo is in artikel 3.4 van het besluit bepaald dat het Zorginstituut bij de ex ante bepaling van het vereveningsbedrag het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg over de zorgverzekeraars verdeelt aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's⁷, DKG's⁸, aard van het inkomen, SES⁹, meerjarig hoge kosten en regio. De Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe, die jaarlijks bij ministeriële regeling worden bepaald. In artikel 3.11 e.v. van het besluit is aangegeven hoe de ex post berekening van de vereveningsbijdrage

⁷ FKG's is gedefinieerd als farmaceutische kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden

⁸ DKG's is gedefinieerd als diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties

⁹ SES is gedefinieerd als sociaaleconomische status, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het aantal personen op een adres, hun leeftijd en het gemiddelde inkomen per adres.

moet worden vastgesteld, waarbij de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar als uitgangspunt worden genomen.

32. Vooral nog lijkt de huidige regelgeving voldoende ruimte te bieden om op basis van leeftijd en chronische aandoening een hoger compensatiebedrag vast te stellen door middel van de basismethode en voorgestelde alternatieven 1 en 2 binnen het vereveningsstelsel. Echter, de uitkomsten van het onderzoek zullen nog nader getoetst moeten worden met name aan de berekeningssystematiek die is neergelegd in het Besluit Zorgverzekering.
33. In dit verband is in elk van belang dat de basismethode en/of de alternatieven statistisch goed zijn onderbouwd. De Raad van State oordeelde hierover in een zaak die was aangespannen door een tweetal zorgverzekeraars tegen een besluit van het College zorgverzekeringen inzake het vaststellen van de vereveningsbijdrage als volgt¹⁰:

“Bovendien heeft het College in zijn verweerschrift, mede gezien de daarin gestelde alternatieve berekeningsresultaten, de omstandigheid dat er tussen deze drie groepen verzekerden kostenverschillen bestaan op zichzelf niet bestreden. Met het betoog in verweer dat kostenverschillen geen criterium voor risicoverevening kunnen zijn, miskent het College dat uit de risicovereveningssystematiek voortvloeit dat bij de berekening van de ex ante vereveningsbijdrage voor een zorgverzekeraar de gemiddeld te verwachten kosten van die zorgverzekeraar voor de bij hem in portefeuille zijnde verzekerden bepalend zijn en dat die kosten gebaseerd zijn op het gezondheidsrisicoprofiel van die verzekerden, bestaande uit onder meer het kenmerk regio en voormalig verzekeringsregime. Uit het vorenoverwogene volgt dat de in de besluiten op bezwaar gehanteerde criteria onvoldoende statistisch zijn onderbouwd, zoals ingevolge artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zvw wordt vereist. De besluiten zijn aldus niet deugdelijk gemotiveerd.”

34. De mogelijkheden om het laats genoemde alternatief (randnummers 27 e.v.), waarbij gedeeltelijk ex-post wordt gecompenseerd, binnen het kader van de Zorgverzekeringwet in te passen ligt mogelijk lastiger omdat er bij de invoering van de Zorgverzekeringwet van werd uitgegaan dat ex-post compensaties een tijdelijk karakter zouden hebben en op termijn zouden worden afgeschaft.

* * * * *

¹⁰ Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van state, 21 oktober 2009, ECLI:NI:RVS:2009:BK0849.