

Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening

Nederlands systeem internationaal als geavanceerd
beschouwd

15 november 2010



Inhoudsopgave

1	Ter introductie	3
1.1	De vraagstelling.....	3
1.2	De reikwijdte van de evaluatie	4
1.3	Het onderzoek	4
1.4	Leeswijzer	5
2	Solidariteit, gelijk speelveld en doelmatigheid cruciale kenmerken voor vormgeving risicovereveningssysteem	6
2.1	De cruciale kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel.....	6
2.1.1	Solidariteit basiskenmerk van het Nederlandse zorgstelsel	7
2.1.2	Gelijk speelveld en doelmatigheidsprikkels bepalend voor vormgeving risicoverevening	9
2.2	Vooraf Duitsland en Zwitserland vergelijkbaar met Nederland	12
2.3	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 1	15
3	Risicoselectie geen grote bedreiging geacht	16
3.1	Mogelijkheden voor risicoselectie in theorie aanwezig	17
3.2	Experts achten toepassing risicoselectie weinig waarschijnlijk	18
3.2.1	Risicoselectie voor verzekeraars complex en kostbaar	18
3.2.2	Hoge kwaliteit Nederlandse systeem voorkomt risicoselectie.....	20
3.2.3	Reputatieschade weerhoudt verzekeraars van actieve risicoselectie	20
3.3	Risicoselectie moeilijk aantoonbaar	21
3.4	Vanuit de literatuur en interviews iets genuanceerder beeld geschetst.....	22
3.5	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3.....	23
4	Kwaliteit vereveningscriteria als hoog beoordeeld	25
4.1	Vergelijking kenmerken risicoverevening Nederland en andere landen.....	25
4.2	Experts erkennen hoge voorspellende waarde Nederlandse criteria	28
4.3	Juistheid vereveningscriteria door experts grotendeels onderschreven	28
4.4	Nut van toevoegen criteria door experts genuanceerd	29
4.5	Verevenende werking moeilijk toetsbaar door lange doorlooptijd	29
4.6	In literatuur enkele opmerkingen over juistheid en volledigheid gegevens gemaakt	31
4.7	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 4	31
5	Verbeteringen in ex ante model beperkt mogelijk.....	33
5.1	Stabiliseren basisgegevens belangrijkste uitdaging vereveningsmodel	33
5.2	Meerwaarde toevoegen vereveningscriteria moet niet worden overschat.....	34
5.3	Toevoegen correctiewaarden moeilijk realiseerbaar	34
5.4	Literatuur en interviews onderschrijven voorbeeldrol voor Nederlandse systeem ...	35

5.5	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 5	35
6	Complexe relatie risicoverevening en doelmatigheids-prikkels	36
6.1	Experts waarschuwen voor te snelle conclusies, maar kunnen tekortschietende prikkel voor doelmatigheid niet uitsluiten	36
6.2	In literatuur en interviews gewaarschuwd voor demping doelmatigheidsprikkel	38
6.3	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 6	38
7	Gelijk speelveld moeilijk te meten en waarderen	40
7.1	Experts betwijfelen bruikbaarheid meetmethodes	40
7.2	Uit literatuur en interviews geen eenduidige meetmethode af te leiden	42
7.3	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 7	42
8	Inbedding risicoverevening adequaat	43
8.1	Experts achten inbedding in overeenstemming met Nederlandse zorgstelsel	44
8.2	Experts constateren op onderdelen aandachtspunten	45
8.3	Literatuur en interviews leveren geen aanvullende suggesties op	46
8.4	Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 8	46
9	Nederlands systeem als geavanceerd beschouwd	48
9.1	Evaluatie risicoverevening	48
9.2	Onderzoeksvragen evaluatie	48
9.3	Centrale onderzoeksvraag	51
A	Deelnemers expert meeting en interviews	53
B	Literatuurlijst	54

1 Ter introductie

- 01 Dit rapport bevat de uitkomsten van de internationale kwalitatieve evaluatie van de risicoverevening. Dat deze evaluatie zou worden gehouden, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegezegd aan de Tweede Kamer in zijn brief van 23 april 2008. Afgesproken is dat de evaluatie door een onafhankelijk bureau wordt uitgevoerd en dat zowel nationale als internationale experts bij het onderzoek worden betrokken.

1.1 De vraagstelling

- 02 De centrale vraagstelling die het ministerie heeft geformuleerd, luidt:

In hoeverre is het Nederlandse risicovereveningssysteem zodanig vormgegeven dat de beoogde doelstellingen kunnen worden bereikt?

- 03 De 'beoogde doelstellingen' van de risicoverevening zijn enerzijds een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars, ongeacht gezondheidsverschillen tussen hun verzekerden, en anderzijds het stimuleren tot doelmatige zorginkoop door verzekeraars. Maakt het systeem van risicoverevening het realiseren van die twee doelen mogelijk?
- 04 De centrale vraagstelling is in de onderzoeksaanvraag gesplitst in acht deelvragen:
- Wat zijn de cruciale kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel voor de vormgeving van het risicovereveningssysteem?
 - Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om gunstige risicoselectie toe te passen?
 - Hoe waarschijnlijk is het dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik gaan maken?
 - Wat is de kwaliteit, in termen van hoeveelheid en juistheid van gekozen vereveningscriteria, van het ex ante risicovereveningsmodel in vergelijking met in het buitenland gehanteerde ex ante vereveningsmodellen?
 - Welke mogelijkheden zijn er om het ex ante risicovereveningsmodel te verbeteren?
 - Gaan van het risicovereveningssysteem in voldoende mate prikkels uit om verzekeraars te stimuleren doelmatig te werken?
 - Hoe wordt gemeten en gewaardeerd of er sprake is van een gelijk speelveld?
 - Wat kan Nederland van de andere landen leren als het gaat om de wijze waarop de ontwikkeling en uitvoering van de risicoverevening in Nederland is ingebed in het zorgstelsel?

1.2 De reikwijdte van de evaluatie

- 05 Het gaat om een kwalitatieve evaluatie, dus niet bijvoorbeeld om een oordeel over de hoogte van de bedragen die met de risicoverevening zijn gemoeid. De evaluatie vindt plaats binnen de context van het huidige Nederlandse zorgstelsel en de mogelijkheden daarbinnen. Het is niet de bedoeling om via de evaluatie van de risicoverevening wijzigingen in het zorgstelsel aan te kaarten.
- 06 Het accent van de evaluatie ligt op de ex ante risicoverevening. De afbouw van de ex post compensaties in de risicoverevening, waarover inmiddels besluiten zijn gevallen, is geen onderwerp van de evaluatie. Wel hebben wij als dat nodig was voor de beantwoording van de onderzoeksvragen, een enkele opmerking over de ex post compensaties en de motieven voor de afbouw gemaakt.
- 07 Verder blijven de volgende aspecten buiten beschouwing:
- het al of niet vóórkomen van risicoselectie door verzekeraars in de praktijk (is onderwerp van afzonderlijk onderzoek)¹;
 - de toegankelijkheid van de zorg voor de consument (is een gevolg van het eerste punt);
 - de risicoverevening ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg (de ervaringen zijn nog te recent om al te kunnen worden geëvalueerd).

1.3 Het onderzoek

- 08 Wij hebben het onderzoek uitgevoerd door middel van een literatuurstudie, interviews met Nederlandse en buitenlandse experts en een expert meeting van anderhalve dag met deskundigen uit Nederland en twee andere landen: Duitsland en Zwitserland. Dat laatste, twee andere landen, is op het oog een beperkte selectie maar dat heeft te maken met het feit dat de bijeenkomst was bedoeld om diepgaand op de onderzoeksvragen in te gaan, en dit alleen zinvol is als de deelnemers ervaring hebben met een systeem van risicoverevening dat voldoende vergelijkbaar is met het Nederlandse systeem qua kenmerken en ontwikkelingsstadium. Er zijn in de wereld niet veel landen waar risicoverevening wordt toegepast, en zeker niet op een vergelijkbare manier. Verderop in dit rapport gaan wij daar nader op in.
- 09 PwC heeft in het onderzoek de rol van procesbegeleider vervuld. Het onderzoek is begeleid door een commissie vanuit het ministerie van VWS, bestaand uit mevrouw M. van de Berg, de heer W. de Haart en mevrouw L. Lamers.

¹ De evaluatie richt zich wel op de mogelijkheden voor risicoselectie en de waarschijnlijkheid van toepassing, maar het vóórkomen van risicoselectie in de praktijk is al onderzocht door het Instituut voor Beleid en Management van de gezondheidszorg (*Risicoverevening in de zorgverzekering, een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering, december 2006*). Bovendien is risicoselectie een onderwerp van monitoring door de Nederlandse Zorgautoriteit.

- 10 Wij spreken onze dank uit voor de zeer betrokken wijze waarop de geïnterviewden en deelnemers aan de expert meeting evenals de leden van de begeleidingscommissie hun inbreng hebben geleverd. Wij hebben met veel plezier aan de evaluatie gewerkt.

1.4 Leeswijzer

- 11 In de eerste hoofdstukken die op deze inleiding volgen, wordt steeds één onderzoeksvraag beantwoord. Daarbij volgen wij zoveel mogelijk een vast stramien: eerst wordt de vraag waar nodig toegelicht, vervolgens geven wij de mening van de experts weer (de geïnterviewde experts en de expert die hebben deelgenomen aan de meeting), daarna voegen wij waar relevant een illustratie of kanttekening vanuit de literatuur toe, en tot slot vatten wij het antwoord op de onderzoeksvraag samen. Gelet op onze rol als procesbegeleider hebben wij in het rapport geen grote plaats ingeruimd voor een visie van onze kant. Alleen als wij er behoefte aan hadden om bij de conclusies van de experts en vanuit de literatuur een kanttekening te plaatsen, hebben wij dit gedaan. Voor het overige sluiten wij ons aan bij de conclusies, met de opmerking dat wij geen aanvullend onderzoek hebben uitgevoerd.
- 12 In het laatste hoofdstuk komen wij vanuit de beantwoording van de acht deelvragen tot de beantwoording van de hoofdvraag, of het Nederlandse systeem van risicoverevening zo is ingericht dat de beoogde doelstellingen kunnen worden bereikt.
- 13 Het rapport telt twee bijlagen: een lijst met de namen van de deelnemers aan de expert meeting en van de geïnterviewde personen, en een literatuurlijst.

Het rapport is geschreven voor een lezersgroep die – in grote lijnen - op de hoogte is met de werking van het risicovereveningssysteem.

2 Solidariteit, gelijk speelveld en doelmatigheid cruciale kenmerken voor vormgeving risicovereveningssysteem

14 Dit hoofdstuk beantwoordt de eerste onderzoeksvraag:

Wat zijn de cruciale kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel voor de vormgeving van het risicovereveningssysteem?

15 Omdat het onderzoek een internationale evaluatie betreft, hebben wij in overleg met het ministerie de vraag toegevoegd:

Wat zijn in andere landen de cruciale kenmerken van het zorgstelsel en het risicovereveningssysteem?

16 We hebben die vraag beantwoord voor landen waar sprake leek van een zekere vergelijkbaarheid met het Nederlandse stelsel.

2.1 De cruciale kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel

17 Het gaat om de kenmerken voor zover die relevant zijn voor het systeem van risicoverevening. We hebben een onderscheid gemaakt naar kenmerken die betrekking hebben op het *bestaansrecht* van het risicovereveningssysteem en kenmerken die verband houden met de *uitvoering* van het systeem. De kenmerken zijn gepositioneerd in het speelveld met de belangrijkste spelers in het zorgstelsel:

Figuur 2-1: Spelers in het zorgstelsel

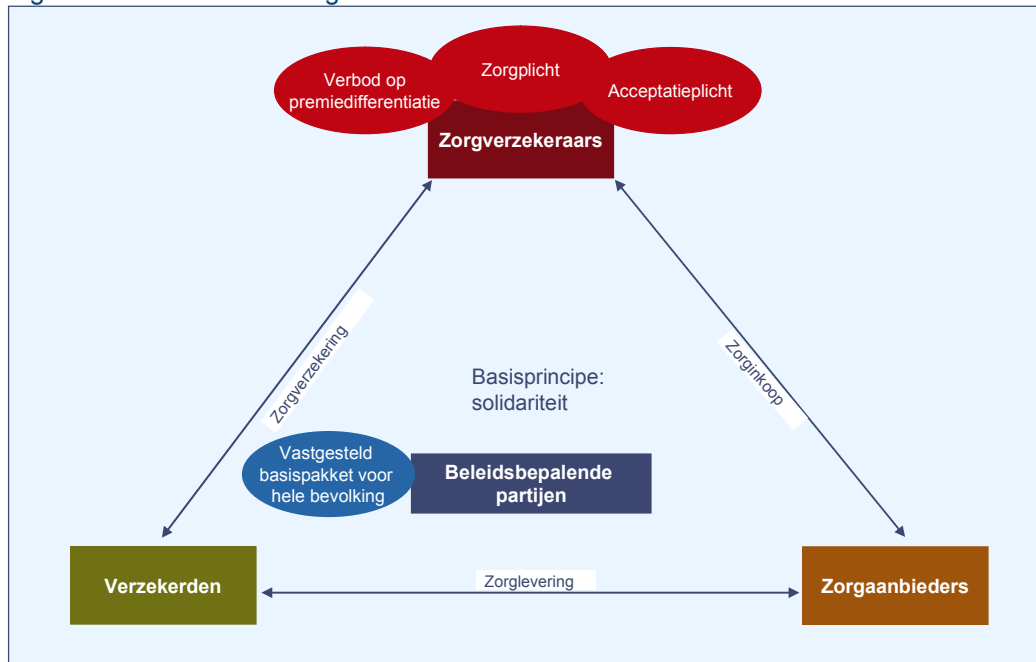


Bron: Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening 2010

2.1.1 Solidariteit basiskarakter van het Nederlandse zorgstelsel

- 18 Basisprincipe voor het Nederlandse zorgstelsel en dus ook voor de risicoverevening is het solidariteitsbeginsel. Enigszins vereenvoudigd luidt dit principe: iedereen in Nederland draagt bij aan de financiering van zorg door middel van een inkomensafhankelijke bijdrage, en daar staat tegenover dat dan ook iedereen in Nederland recht heeft op een gelijke vergoeding van zorg, ongeacht de betaalde verzekeringspremie en gezondheid.
- 19 Zonder solidariteitsprincipe zou er geen risicoverevening bestaan. Iedere Nederlander zou dan in principe zijn eigen zorgkosten betalen, en als hij niet toe in staat is, zou hij ook geen zorg ontvangen. Omgekeerd maakt de risicoverevening het mogelijk om het solidariteitsprincipe door te voeren.
- 20 Het solidariteitsprincipe in het Nederlandse zorgstelsel wordt geoperationaliseerd in de volgende vier instrumenten:
 - een vastgesteld basispakket van zorg, met een verzekeringsplicht voor burgers;
 - een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars;
 - een zorgplicht voor verzekeraars;
 - een verbod op premiedifferentiatie.

Figuur 2-2: Kenmerken zorgstelsel voortvloeiend uit solidariteit



Bron: Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening 2010

2.1.1.1 Een basispakket voor de gehele bevolking

21 Het basispakket zorg is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en omvat de zorg die door de wetgever noodzakelijk wordt geacht en die dan ook valt onder de basisverzekering. Het basispakket komt in grote lijnen overeen met de vroegere ziekenfondsverzekering, voor invoering van de Zorgverzekeringswet. De burger heeft recht op (situatie medio 2010): geneeskundige zorg, paramedische zorg, mondzorg tot 18 jaar, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg en vervoer in verband van het ontvangen van zorg. Geneeskundige zorg is zorg die wordt verleend door onder meer een verloskundige, huisarts of specialist (bron: "Beschrijving van het risicovereveningssysteem, 2007"). Tegenover het recht op zorg staat voor iedereen in Nederland de wettelijke plicht om een basisverzekering af te sluiten. Bron: Zorgverzekeringswet (www.minvws.nl)

22 Zonder vastgesteld basispakket zouden zorgverzekeraars verzekerden met hoge zorgkosten een kleiner pakket kunnen bieden en zo de kosten laag kunnen houden. Zij lopen dan geen risico en dan is er ook geen risicoverevening nodig. Risicoverevening maakt het mogelijk om het basispakket voor alle verzekerden gelijk te houden.

2.1.1.2 De acceptatieplicht voor verzekeraars

23 Met de acceptatieplicht wordt bedoeld de wettelijke plicht van alle zorgverzekeraars om iedere verzekerde tegen dezelfde voorwaarden te accepteren voor het basispakket, ongeacht

persoonlijke kenmerken als geslacht, leeftijd of gezondheid. (bron: “Beschrijving van het risicovereveningssysteem, 2007”.)

- 24 Zonder acceptatieplicht zouden verzekeraars kunnen besluiten om alleen nog burgers te accepteren waar zij winst op maken en burgers waar zij structureel verlies op lijden, te weigeren (bron: “Beschrijving van het risicovereveningssysteem, 2007”). ‘Verliesgevende’ burgers zouden dan geen verzekering kunnen afsluiten. Verzekeraars lopen dan geen of weinig risico’s en risicoverevening zou dus ook overbodig zijn. Risicoverevening maakt acceptatieplicht mogelijk.

2.1.1.3 De zorgplicht voor verzekeraars

- 25 De zorgplicht is de plicht van alle zorgverzekeraars om hetzij in natura hetzij in de vorm van restitutie de verzekerde toegang te verschaffen tot de verzekerde zorg, het basispakket dus.
- 26 Zonder zorgplicht zouden verzekeraars kosten kunnen vermijden door verliesgevende verzekerden minder toegang tot zorg te verschaffen. Verzekeraars lopen dan geen of weinig risico’s en risicoverevening zou overbodig zijn. Risicoverevening maakt zorgplicht mogelijk.

2.1.1.4 Verbod op premiedifferentiatie

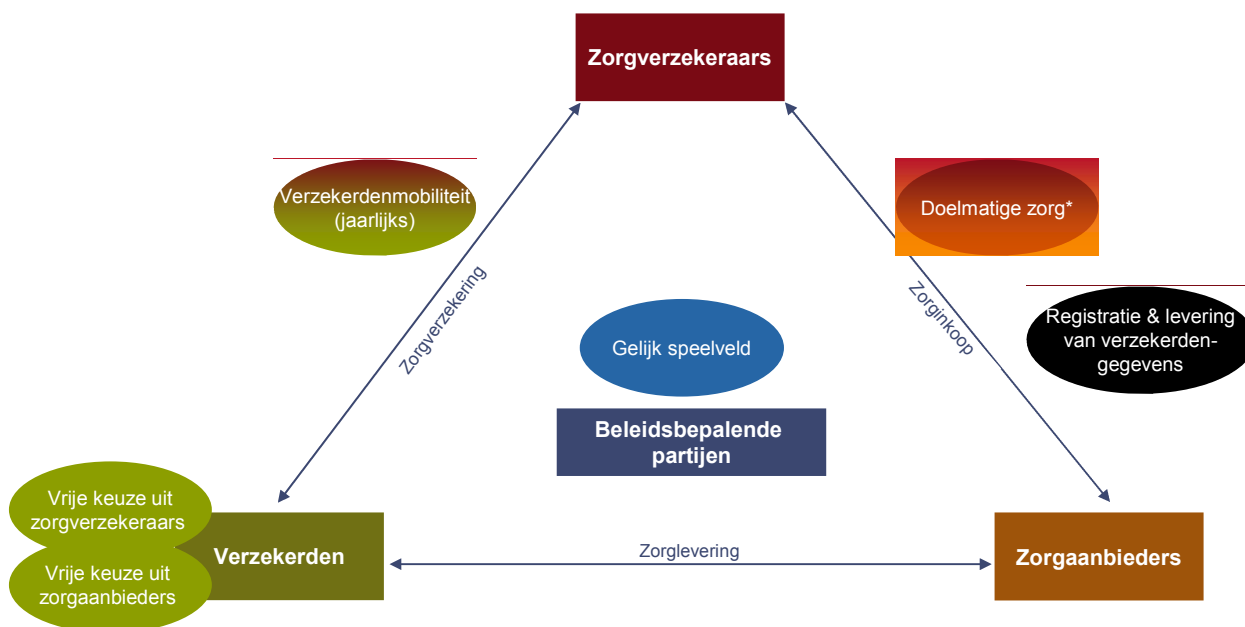
- 27 Het verbod op premiedifferentiatie houdt in dat een zorgverzekeraar bij de vaststelling van de nominale premie geen onderscheid mag maken tussen verzekerden op basis van hun risicoprofiel. In de Zorgverzekeringswet is dit niet toegestaan (bron: “Beschrijving van het risicovereveningssysteem, 2007”). Wel kan een zorgverzekeraar premies differentiëren naar provincie, of kan hij vrijwillige eigen risico’s invoeren of extra betaling vragen als de cliënt bijvoorbeeld een zorgaanbieder kiest die niet door de verzekeraar is gecontracteerd.
- 28 Zonder verbod op premiedifferentiatie zouden zorgverzekeraars hogere premies kunnen vragen aan burgers met een hoger gezondheidsrisico. Risicoverevening zou dan niet nodig zijn, omdat de kosten uit de premieopbrengsten van de betreffende verzekeraar kunnen worden gedekt. Risicoverevening maakt dus een verbod op premiedifferentiatie mogelijk.

2.1.2 Gelijk speelveld en doelmatigheidsprikkels bepalend voor vormgeving risicoverevening

- 29 Risicoverevening maakt dus solidariteit mogelijk. Zeker de combinatie van een verplicht basispakket, acceptatieplicht, zorgplicht en verbod op premiedifferentiatie zou er zonder risicoverevening toe leiden dat verzekeraars grote risico’s lopen die voor hen niet beïnvloedbaar zijn. Verzekeraars moeten een min of meer gelijk speelveld hebben, waarbij elke verzekerde een gelijk verzekeringsrisico vormt. Om dit te bewerkstelligen, is een fijnmazig systeem ontwikkeld waarin kosten van verzekeraars zo goed mogelijk worden voorspeld.

- 30 Ongewenst neveneffect van risicoverevening zou echter kunnen zijn, dat verzekeraars geen prikkels meer ervaren om doelmatig te werken. Zonder additionele prikkels loont het dan immers niet meer om te streven naar efficiency of naar effectieve behandelingen. Hoge kosten worden dan immers gecompenseerd en rendement als gevolg van lage kosten wordt afgeroomd.
- 31 Om dit neveneffect te voorkomen, is het systeem zo opgezet dat alleen voor gezondheidsverschillen wordt gecompenseerd, en niet voor doelmatigheidsverschillen. Dit betekent dat er zoveel mogelijk gekozen is voor een ex ante risicovereveningssysteem. We komen daar nog op terug bij onderzoeksvraag 6. Voor het onderhavige hoofdstuk is van belang dat het Nederlandse zorgstelsel twee kenmerken – prikkels – kent die doelmatigheid in de zorgverzekering stimuleren: vrije keuze van zorgverzekeraar en vrije keuze van zorgaanbieder.
- 32 Een doelmatigheidsprikkel wordt ingezet om een optimaal verband te bewerkstelligen tussen de ingezette middelen (kosten) en de geleverde prestaties in kwantiteit en kwaliteit). Doelmatiger zorg betekent meer of betere zorg voor hetzelfde geld of dezelfde zorg voor minder geld (bron: “Beschrijving van het risicovereveningssysteem, 2007”). . Zorgverzekeraars die doelmatig omgaan met de middelen die zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen, kunnen een voordeel behalen dat zij tot uitdrukking kunnen brengen in een lagere nominale premie en/of betere kwaliteit.

Figuur 2-3: Kenmerken zorgstelsel cruciaal voor vormgeving risicoverevening



Bron: Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening 2010

2.1.2.1 Beleid gericht op een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars

- 33 Een gelijk speelveld (level playing field) wil zeggen dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor systematische gezondheidsverschillen van hun verzekerden, zodat zij met eenzelfde startpositie op de markt kunnen opereren. Het zorgstelsel wil een dergelijk gelijk speelveld creëren.
- 34 Het streven naar een min of meer gelijk speelveld betekent dat het ex ante vereveningsmodel beoogt zo goed mogelijk recht te doen aan de compensatie van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars door verschillen in gezondheid van de portefeuilles. Dit legt druk op de kwaliteit van het model en geeft richting aan de vereveningscriteria, omdat deze zoveel mogelijk moeten aansluiten bij gezondheid(sverschillen)..

2.1.2.2 Vrije keuze uit zorgverzekeraars, jaarlijks overstappen mogelijk

- 35 De eerste doelmatigheidsprikkels in het Nederlandse zorgstelsel, gezien vanuit het perspectief van risicoverevening is dat verzekerden zelf kunnen bepalen bij welke zorgverzekeraar zij hun basispakket afsluiten. Verzekerden kunnen een gemaakte keuze wijzigen en overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 36 Waarom is een vrije keuze van verzekeraar cruciaal voor de vormgeving van de risicoverevening? Omdat, het is in feite al gezegd, zorgverzekeraars dan ondanks de risicoverevening moeite moeten blijven doen om verzekerden te behouden. Dat kunnen ze doen door de premies laag en de kwaliteit hoog te houden en dus doelmatige zorg in te kopen. Bovendien zouden zonder vrije keuze uit zorgverzekeraars verzekerden aan verzekeraars kunnen worden 'toegewezen'. Dan zou elke verzekeraar een gelijk percentage verzekerden met hoog risico hebben, of er zou één specifieke verzekeraar worden benoemd om verzekerden met een hoog risico te verzekeren, bijvoorbeeld via extra financiering rechtstreeks vanuit de rijksbegroting (vergelijkbaar met de zorgverzekering van asielzoekers).
- 37 Vrije keuze van verzekeraar is verder heel concreet van invloed op de vormgeving van risicoverevening omdat op voorhand niet te voorspellen is hoeveel verzekerden met welke risico's voor welke verzekeraar zullen kiezen. Dat maakt de verdeling van de kosten over de zorgverzekeraars onvoorspelbaar, en daardoor is een jaarlijks te actualiseren berekening van de vereveningsbijdrage noodzakelijk. Een heel praktisch effect van het de vrije keuze is het tijdpad van de risicoverevening: het moment van overstappen is bepalend voor de peildatum van de vereveningsberekeningen.

2.1.2.3 Vrije keuze uit zorgaanbieders

- 38 Verzekerden mogen – binnen bepaalde grenzen - zelf bepalen bij welke zorgaanbieder zij zich laten behandelen. De verzekeraar moet de kosten daarvan vergoeden, eventueel tegen extra betaling wanneer verzekerden kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 39 Waarom is een vrije keuze van zorgaanbieder cruciaal voor de vormgeving van de risicoverevening? Omdat verzekeraars anders, uit oogpunt van het streven naar lage kosten, lagere kwaliteitseisen aan zorgaanbieders zouden kunnen stellen dan mogelijk zou zijn. In een systeem van vrije keuze zullen verzekerden – althans in theorie – een andere zorgaanbieder benaderen wanneer de kwaliteit te laag is. De verzekeraar houdt dus de prikkel om doelmatig in te kopen.

2.2 Vooral Duitsland en Zwitserland vergelijkbaar met Nederland

- 40 In het kader van de internationale evaluatie hebben wij ons de vraag gesteld wat de voor risicoverevening cruciale kenmerken zijn van de zorgstelsels in landen waar net als in Nederland sprake is van een systeem van risicoverevening in de zorgverzekering.
- 41 Wij hebben geen uitputtend eigen onderzoek gedaan naar het voorkomen van risicoverevening in de wereld, maar hebben gebruik gemaakt van informatie die ons is verstrekt door de opdrachtgever, aangevuld met een bescheiden literatuurstudie. Op basis daarvan ontstond een 'long list' met landen waar risicoverevening voorkomt.
- 42 Op de long list stonden aanvankelijk Australië, België, Duitsland, Ierland, Israël, Hongarije, de Verenigde Staten, Zuid-Afrika en Zwitserland. Uit de literatuurstudie aangevuld met contact per e-mail bleek dat in Ierland, Israël, Hongarije en Zuid-Afrika zoveel cruciale elementen uit het zorgstelsel verschilden met die in Nederland, dat een diepgaander vergelijking weinig zinvol was. Deze landen zijn verder buiten beschouwing gebleven.
- 43 De hoge mate van onvergelijkbaarheid gold in feite ook voor Australië. 70% van de bevolking is verzekerd via een publieke verzekering, in een systeem met slechts één verzekeraar. Daar is risicoverevening dus niet aan de orde. De staat stelt de premies vast en ook zorgaanbieders zijn staatsinstellingen. Er is in principe vrije keuze van zorgaanbieder maar in de praktijk bepaalt de huisarts als poortwachter waar de patiënt zijn zorg kan verkrijgen. Boven een bepaald inkomensniveau moeten verzekerden zich particulier verzekeren. Ook een combinatie van publiek en particulier is mogelijk; 45% van de populatie heeft (zowel) een particuliere zorgverzekering. Voor de particuliere verzekering geldt dat verzekerden van verzekeraar mogen veranderen, maar zij mogen dan de eerstvolgende twaalf maanden geen kosten declareren. Voor de particuliere verzekering geldt een vorm van risicoverevening, zie verderop in deze paragraaf.

- 44 Het Australische zorgstelsel kent geheel andere prikkels dan het Nederlandse. Australië ontbreekt dan ook in de navolgende overzichtstabel. Wij hebben echter wel een interview gehouden met twee experts uit Australië, omdat daar plannen zijn om het stelsel te hervormen en dan een vorm van risicoverevening voor het basispakket in te voeren.
- 45 In de navolgende tabel ziet u een overzicht van zorgstelselkenmerken die voor risicoverevening relevant zijn. Voor de Verenigde Staten is een iets uitgebreidere toelichting opgenomen omdat de zorgverzekering daar anders is georganiseerd: een veel groter aandeel particuliere verzekeringen en onverzekerden. Er worden echter ook publieke zorgverzekeringsprogramma's aangeboden, zoals Medicaid en Medicare. Omdat binnen deze programma's een kans op risicoselectie bestaat, wordt binnen Medicaid en Medicare risicoverevening toegepast, waarbij het risicovereveningssysteem binnen Medicare als meest geavanceerd kan worden beschouwd. Daarom hebben wij ons in de tabel specifiek gericht op risicoverevening binnen Medicare. Medicare is een sociaal zorgverzekeringsprogramma, uitgevoerd door de Amerikaanse overheid, dat zorgdekking biedt aan personen van 65 jaar en ouder, personen jonger dan 65 jaar met specifieke handicaps en personen van alle leeftijden met chronisch nierfalen.

Tabel 2-1: Belangrijkste kenmerken zorgstelsel Nederland en andere landen ¹⁻⁷

Landen	België	Duitsland	Nederland	Verenigde Staten (Medicare)	Zwitserland
Kenmerken					
Vastgesteld basispakket voor gehele bevolking (j/n)	Ja	Ja	Ja	Ja, alle Medicare pakketten hebben basisonderdelen die moeten worden gedekt	Ja
Verzekeringsplicht voor burgers	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Acceptatieplicht (j/n)	Ja	Ja (dit geldt alleen voor de sociale zorgverzekering)	Ja	Ja, Medicare moet iedereen die in aanmerking komt accepteren (toegang gebaseerd op leeftijd en gezondheids-toestand)	Ja
Verbod op premiedifferentiatie voor het basispakket (j/n)	Ja, maar premies kunnen tussen zorgverzekeraars verschillen (niet tussen verschillende regio's)	Ja (dit geldt alleen voor de sociale zorgverzekering), maar premies kunnen tussen zorgverzekeraars verschillen (niet	Ja, maar premies kunnen tussen zorgverzekeraars en provincies verschillen	Verzekerden betalen maandelijks: • een inkomensafhankelijke bijdrage aan Medicare Part A (ziekenhuis- en	Ja, maar premies kunnen tussen zorgverzekeraars en kantons verschillen

		tussen verschillende regio's)		overige intramurale zorg) • een vaste premie aan Medicare Part B (huisartsen-, ambulante- en preventieve zorg), die meer bedraagt voor hogere inkomens	
Vrije keuze uit zorgverzekeraars (j/n)	Ja	Ja	Ja	Ja (vrije keuze uit HMO's (Health Maintenance Organizations), die een contract hebben gesloten met Medicare	Ja
Vrije switchmogelijkheid tussen zorgverzekeraars (j/n)	Ja, ieder kwartaal	Ja, jaarlijks	Ja, jaarlijks, met uitzondering van de ZEKUR-polis die maandelijks kan worden beëindigd	Ja, jaarlijks	Ja, halfjaarlijks
Mogelijkheid tot afsluiten aanvullende verzekering (j/n)	Ja, zowel bij ziekenfondsen als particuliere zorgverzekeraars	Ja, alleen bij particuliere zorgverzekeraars	Ja, bij alle zorgverzekeraars	Ja, bij particuliere zorgverzekeraars	Ja, bij alle zorgverzekeraars
Gereguleerde marktwerking (j/n)	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja
Aantal zorgverzekeraars	• 5 niet-gouvernementele non-profit ziekenfondsen • 1 publiek ziekenfonds	• Ongeveer 180 sociale zorgverzekeraars • Ongeveer 50 particuliere zorgverzekeraars	13 zorgverzekeraars	Tenminste 300 HMO's	• 89 particuliere zorgverzekeraars in 2008 • Naar verwachting in 2011 76 particuliere zorgverzekeraars (aantal neemt af wegens fusies)

Bron: Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening 2010

¹ W.P.M.M. Van de Ven, K. Beck, C. van de Voorde, J. Wasem and I. Zmora, Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, Health Policy 83 (2007) 162–179.

² U. Schneider, V. Ulrich, E. Wille, Risk adjustment systems in health insurance markets in the US, Germany, Netherlands and Switzerland, CESifo DICE Report (2008).

³ E. Schokkaert and C. Van de Voorde, Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system, Health Policy 65 (2003), pp. 5-19.

⁴ F. Buchner and J. Wasem, Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system, Health Policy 65 (2003), pp. 21-35.

⁵ K. Beck, S. Spycher, A. Holly and L. Gardiol, Risk adjustment in Switzerland, Health Policy 65 (2003), pp. 63-74.

⁷ G.F. Kominski, Medicare's Use of Risk Adjustment, National health policy forum, background paper (2007).

⁸ www.medicare.gov

- 46 Zoals uit de tabel blijkt, vertonen de cruciale kenmerken in de landen die in de tabel zijn opgenomen, grote overeenkomsten met elkaar.

2.3 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 1

- 47 De vraag welke kenmerken in het Nederlandse zorgstelsel cruciaal zijn voor de risicoverevening, hebben wij beantwoord door in totaal acht kenmerken te benoemen, te weten:

- kenmerken die gerelateerd zijn aan het bestaan van risicoverevening:
 - een verplicht basispakket;
 - acceptatieplicht voor verzekeraars
 - zorgplicht voor verzekeraars;
 - verbod op premiedifferentiatie
- kenmerken die gerelateerd zijn aan de manier waarop het systeem is ingericht:
 - streven naar een gelijk speelveld
 - prikkels tot doelmatige zorg: vrije keuze van verzekeraars;
 - prikkels tot doelmatige zorg: vrije keuze van zorgaanbieder;
 - plicht voor verzekeraars om gegevens te leveren.

- 48 Een internationale vergelijking wijst uit dat met name de zorgstelsels in België, Duitsland en Zwitserland kenmerken vertonen die in hoge mate vergelijkbaar zijn met die in Nederland, terwijl zij bovendien een vergelijkbaar systeem van risicoverevening hanteren.

- 49 Bij de verdere beantwoording van de onderzoeksvragen is daarom ook in hoge mate een beroep gedaan op de expertise van deze vier landen.

3 Risicoselectie geen grote bedreiging geacht

50 In dit hoofdstuk komen de tweede en de derde onderzoeksvraag aan de orde. Wij hebben de vragen samengenomen vanwege de onderlinge relatie.

Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om gunstige risicoselectie toe te passen?

Hoe waarschijnlijk is het dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik gaan maken?

- 51 Risicoselectie definiëren we als het selecteren van verzekerden door verzekeraars op grond van verwachte structurele winst- of verliesgevendheid. In de Nederlandse situatie betekent dit: selectie rekening houdend met de risicoverevening. Het is van belang om in het oog te houden dat juist door de risicoverevening verzekerden met een hoog gezondheidsrisico niet verliesgevend behoeven te zijn.
- 52 Daaruit volgt ook, dat bij een vereveningssysteem dat werkelijk voor 100% compenseert voor gezondheidsverschillen, risicoselectie niet nodig is. Hoe minder perfect het systeem, hoe groter de prikkel tot risicoselectie.
- 53 Er kunnen twee vormen van risicoselectie worden onderscheiden:
- actieve risicoselectie, waarbij verzekeraars voorspelbaar structureel verliesgevende groepen verzekerden afstoten of proberen te voorkomen dat potentiële verzekerden uit deze groep zich bij hen aanmelden;
 - passieve risicoselectie, ook wel zelfselectie genoemd, waarbij verzekeraars voorspelbaar structureel winstgevende groepen verzekerden aan zich binden of proberen potentiële verzekerden uit deze groep te werven.
- 54 Risicoselectie kan de ‘zichtbare’ vorm aannemen van polisvoorwaarden of premieconstructies, maar ook de ‘onzichtbare’ indirecte vorm van een minder aantrekkelijke zorginkoop. Bijvoorbeeld het afzien van inkoop van innovatieve zorgarrangementen voor chronisch zieken, omdat dit mogelijk verliesgevende verzekerden aantrekt.
- 55 Risicoselectie heeft een negatieve bijklank, maar dat is niet altijd terecht. Een verzekeraar kan zich bijvoorbeeld richten op een groep verliesgevende verzekerden, maar met de bedoeling om via een succesvol interventieprogramma hun gezondheid zodanig te verbeteren dat zij winstgevend worden. Dan zijn zowel verzekerden als de verzekeraar bij risicoselectie gebaat.

3.1 Mogelijkheden voor risicoselectie in theorie aanwezig

56 Aan de experts zijn de volgende theoretische mogelijkheden voor risicoselectie voorgelegd:

Tabel 3-1: Mogelijkheden risicoselectie

Instrument	Toelichting
Aanvullende (zorg)verzekeringen	Omdat veelal de aanvullende en de basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar wordt afgenomen, kan er risicoselectie op de basisverzekering via de aanvullende verzekering plaatsvinden. Verzekeraars passen ten aanzien van het basispakket geen selectie toe, maar door aanvullende verzekeringen aantrekkelijk of minder aantrekkelijk te maken voor bepaalde groepen verzekerden, kunnen zij bereiken dat verzekerden die voor het basispakket structureel winstgevend zijn zich aan hen binden dan wel dat verzekerden die voor het basispakket structureel verliesgevend zijn, naar een andere verzekeraar overstappen.
Collectieve verzekeringen	Collectieve groepen verzekerden kunnen op de premie voor zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen een korting krijgen (maximaal 10% op de basisverzekering). Op collectiviteiten bestaat geen acceptatieplicht, behalve dat iedereen die tot het collectief behoort moet worden geaccepteerd. Verzekerden met een voorspelbaar verlies kunnen zo geweigerd worden voor het collectief.
Selectief contracteren van zorgaanbieders	Zorgverzekeraars kunnen selectief met bepaalde zorgaanbieders contracten afsluiten, via: • selectie van type zorgaanbieders, bijvoorbeeld door zorgaanbieders met een goede reputatie voor voorspelbaar verliesgevende patiënten niet te contracteren; • de inhoud van contracten met voorkeur zorgaanbieders, bijvoorbeeld door afspraken over honorering; • het bieden van eigen zorginstellingen door de verzekeraar. Verzekerden die voorspelbaar verliesgevend zijn worden zo gedwongen een andere zorgverzekeraar te selecteren om toegang te hebben tot de hun huidige aanbieder of een zorgaanbieder met een voor hen goede behandeling.
Instrument	Toelichting
Selectief adverteren	Zorgverzekeraars kunnen selectief adverteren, door bepaalde verzekerdersgroepen niet te benaderen of door hun reclame-uitingen niet te richten op voorspelbaar verliesgevende groepen.
Flexibele contractduur	Een zorgverzekeraar kan een verzekerde een (prijs technisch aantrekkelijke) zorgverzekering aanbieden zonder minimum contractduur. Deze verzekering kan winstgevend zijn voor de zorgverzekeraar door bijvoorbeeld een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren voor deze polis, of door een hoog eigen risico. Verzekerden kunnen bij veranderende zorgwensen gedurende het jaar hun verzekering opzeggen en een andere zorgverzekeraar kiezen.
Kwaliteit van dienstverlening	Een zorgverzekeraar kan door het bieden van een kwalitatief slechte dienstverlening aan specifieke verzekerden, groepen voorspelbaar verliesgevende patiënten weren.

Bron: Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag 2008, ZonMW

57 De experts onderschrijven de theoretische mogelijkheden voor risicoselectie. Gelet op het Nederlandse systeem met de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zien zij geen ruimte voor additionele mogelijkheden. In de discussie onderschreven zij ook nadrukkelijk de gedachte dat risicoselectie niet per definitie negatief hoeft te zijn. Het ongeclausuleerd bestrijden van elke vorm van risicoselectie zou zelfs onwenselijk kunnen zijn, omdat daarmee ook

initiatieven zouden worden belemmerd die de kwaliteit van de zorg verbeteren (namelijk als een verzekeraar een effectief zorgprogramma inkoopt en zich vervolgens richt op de werving van verzekerden die van dit programma kunnen profiteren).

3.2 Experts achten toepassing risicoselectie weinig waarschijnlijk

58 De geraadpleegde experts sluiten niet uit dat verzekeraars daadwerkelijk risicoselectie toepassen, maar ze achten de kans klein. Daarvoor dragen zij de volgende argumenten aan:

- de moeite en middelen die het verzekeraars zal kosten om winst- of verliesgevende groepen te identificeren;
- de hoge kwaliteit van het Nederlandse vereveningssysteem;
- de kans op reputatieschade;

3.2.1 Risicoselectie voor verzekeraars complex en kostbaar

59 De experts wijzen erop dat risicoselectie voor de verzekeraar alleen zin heeft als de effecten van de risicoverevening al in de afwegingen zijn verdisconteerd. Dit nu is voor verzekeraars niet eenvoudig. De verzekeraar zal de effecten van de risicoverevening moeten voorspellen en vervolgens groepen verzekerden moeten kunnen identificeren die ondanks de risicoverevening voorspelbaar en structureel winst- of verliesgevend zullen zijn. De experts verwachten dat dit een moeilijke opgave is. De verzekeraar heeft gedetailleerde informatie nodig, en het verzamelen daarvan kan kostbaar en tijdrovend zijn.

60 Daar komt bij dat gezondheid en ziekte geen statische begrippen zijn. Verzekerden die winst- of verliesgevend lijken, kunnen door bijvoorbeeld ontwikkelingen in de geneeskunde binnen korte tijd een geheel ander kostenpatroon genereren. Bovendien spelen bij de keuze van een verzekeraar meer factoren mee dan alleen de gezondheidssituatie. En ten slotte maken veel verzekerden deel uit van een gezinsverband, dat in zijn geheel wordt verzekerd. De andere leden van het gezin bepalen mede de winst- of verliesgevendheid. Met al deze zaken moet de verzekeraar rekening houden als hij risicoselectie wil toepassen.

61 Op een aantal potentiële methoden voor risicoselectie gingen de experts nader in.

62 De mogelijkheid tot selectie via collectieve contracten achten zij weinig kansrijk, omdat individuele verzekerden in Nederland gemakkelijk een collectiviteit kunnen vinden waar zij deel van kunnen uitmaken (werkgevers, ouderenbonden, vakbonden). Verzekeraars kunnen individuele leden van een collectief niet weigeren. Het wordt voor de verzekeraars dus lastig om via een collectief te sturen op winst- of verliesgevendheid van verzekerden. Dit is alleen mogelijk als er sprake is van

een kostenhomogeen collectief, mogelijk een patiëntenvereniging voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld diabetes).

- 63 Selectief contracteren van zorgaanbieders en contracteren van een lagere kwaliteit van zorg achten de experts evenmin kansrijk. Verzekeraars zouden daarvoor diepgaand inzicht moeten hebben in het aanbod van de zorgaanbieders, en die transparantie ontbreekt naar hun mening op dit moment. Bovendien hebben verzekeraars niet altijd keus: soms zijn er in een regio geen alternatieven. In de derde plaats veronderstelt dit bij verzekeraars een onderhandelingsmacht die zij, nog steeds volgens de experts, niet hebben².
- 64 Selectief adverteren om verzekerden te werven achten de experts wél een reële methode. Zij zien in hun eigen land daar ook concrete voorbeelden van: het adverteren via internet in de veronderstelling dat dit medium minder wordt gebruikt door ouderen of het publiceren van advertenties in bladen voor een bepaald lezerspubliek. Eén van de experts noemde zelfs het voorbeeld van een digitale aanmeldingsprocedure die automatisch werd stopgezet als de potentiële verzekerde aangaf eerder dan een bepaald jaar geboren te zijn of een bepaalde aandoening te hebben. De kandidaat moest dan, als hij zich toch wilde aanmelden, de moeite nemen om dit op een andere manier te doen. Een ander concreet voorbeeld was dat van de verzekeraar die verzoeken om informatie over polisvoorwaarden wel of niet snel en uitgebreid afhandelde afhankelijk van de postcode van de informatievragers.
- 65 Hoe waarschijnlijk een dergelijke handelwijze in Nederland zou zijn, ook gezien de mogelijke reputatieschade (zie verderop) konden de experts niet beoordelen.
- 66 De selectiemethode via een flexibele polis achtten de experts niet onmogelijk. We komen hierop in paragraaf 3.2.3 nog op terug. Wel geldt ook dan, dat verzekeraars zeer veel moeite zullen moeten doen om te berekenen of zij er per saldo voordeel bij zullen hebben om op deze manier te selecteren.
- 67 Al met al gaan de experts ervan uit dat de complexiteit van risicoselectie en de benodigde investeringen voor de verzekeraars een hoge drempel zullen opwerpen voor het toepassen van risicoselectie. Daarbij merken zij wel op dat als zou blijken dat een aantal verzekeraars desondanks risicoselectie toepast, de andere waarschijnlijk zullen volgen om geen concurrentienadeel op te lopen.

² In dit verband is het interessant om kennis te nemen van de recente besluitvorming van verzekeraar CZ, die heeft besloten om in een aantal ziekenhuizen niet langer behandelingen van borstkanker te contracteren omdat de kwaliteit daarvan onder de maat zou zijn. Blijkbaar is er wel het een en ander in beweging.

3.2.2 Hoge kwaliteit Nederlandse systeem voorkomt risicoselectie

- 68 Zoals ook verderop in het rapport nog zal blijken, beschouwen de experts het Nederlandse systeem als geavanceerd en gedegen. Dat betekent dat verzekeraars adequaat worden gecompenseerd voor verschillen in winst- of verliesgevendheid van hun verzekerden op grond van hun gezondheidssituatie.
- 69 Daardoor zal de opbrengst van risicoselectie ook minder hoog zijn, voorspellen de experts.

3.2.3 Reputatieschade weerhoudt verzekeraars van actieve risicoselectie

- 70 Risicoselectie, zeker in de actieve vorm van het afweren van structureel verliesgevende verzekerden, zal in de maatschappij weinig worden gewaardeerd. Niet alleen overtreedt de verzekeraar daarmee de regels, maar ook geeft hij aan dat hij alleen uit is op winst en niet op goede zorg. In de media en bij het grote publiek kan dit tot grote verontwaardiging leiden. De experts verwachten dat dit de verzekeraar ernstige schade kan berokkenen in de vorm van verlies van klanten.
- 71 De experts zien dit als een zwaarwegend argument, een vorm van garantie dat risicoselectie nooit grote vormen zal aannemen.
- 72 Voor passieve selectie in de vorm van het aantrekken van structureel winstgevende verzekerden, kan dit anders liggen. De grens tussen risicoselectie en het aanbieden van een passende polis zonder toetredingsbeperkingen is hier niet scherp.
- 73 De methode werkt als volgt. Een verzekeraar ontwerpt een polis die de volledige dekking van het basispakket biedt, tegen een zeer lage premie. Bovendien kan de verzekerde op elk moment zijn polis opzeggen en overstappen naar een andere verzekeraar. Daar staat dan tegenover dat slechts een beperkt aantal zorgaanbieders is gecontracteerd, zodat de verzekerde minder keus heeft. De serviceverlening vanuit de verzekeraar is sober, het is bijvoorbeeld de bedoeling dat contacten via de mail verlopen. Verder is de aanvullende verzekering alleen toegankelijk voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zodat de kans dat zich gezinnen aanmelden met ook verliesgevende verzekerden, kleiner is). De aanvullende verzekering dekt geen kosten van kraamzorg.
- 74 De gedachte is dat dit type polissen vooral jonge gezonde verzekerden aan zal trekken, die gewend zijn aan digitaal contact en die het gebrek aan keuzemogelijkheden nu geen probleem vinden omdat zij verwachten nauwelijks een beroep op zorg te hoeven doen. Mocht dat op een gegeven moment wel het geval zijn, dan is de verwachting dat zij overstappen naar een verzekeraar met meer keuzemogelijkheden.

- 75 In Nederland kennen we dit fenomeen op beperkte schaal. Het meest bekend is de ZEKUR-polis. *check of er iets is gezegd over ander landen*

3.3 Risicoselectie moeilijk aantoonbaar

- 76 Beter dan speculaties over de waarschijnlijkheid van risicoselectie zou het zijn om het al dan niet optreden van selectie aantoonbaar te maken. Dit nu achten de experts zo goed als onmogelijk. Extreem duidelijke vormen van selectie zijn wel op te sporen, maar subtielere vormen niet. Onzichtbare selectie bijvoorbeeld, het contracteren van niet-optimale kwaliteit of nog minder transparant, het achterwege laten van maximale inspanningen om hoge kwaliteit te contracteren, is bijna niet aan te tonen.
- 77 Als het toch gewenst mocht zijn om nader onderzoek naar risicoselectie te doen, zouden de gedachten uit kunnen gaan naar een landelijk systeem waarmee groepen worden geïdentificeerd die ondanks de risicoverevening structureel winst- of verliesgevend zijn. Vervolgens zou moeten worden gezien of deze groepen evenwichtig over de verzekeraars zijn verdeeld, dat wil zeggen naar rato van hun omvang. Als dat niet het geval is, is dat een aanwijzing voor risicoselectie. Een aanwijzing, geen bewijs. Er zal dan immers nog moeten worden aangetoond dat de verzekeraars bewust beleid hebben gevoerd op dit punt. Er kunnen ook andere redenen voor de scheve verdeling zijn, bijvoorbeeld wanneer een bepaalde groep verzekerden meer dan gemiddeld voorkomt in een collectiviteit waarmee de verzekeraar een contract heeft afgesloten.
- 78 Deze methode beschouwen de experts op dit moment als uiterst moeizaam. In de toekomst zal er weliswaar op basis van meerjarige ervaring met risicoverevening in de Zorgverzekeringswet meer bekend worden over de aanwezigheid van risicogroepen, maar beleidswijzigingen zoals in het DBC-systeem zouden het inzicht weer teniet doen³. Bovendien: als het lukt om groepen verzekerden te benoemen die ondanks de risicoverevening structureel winst- of verliesgevend zijn, zou dit een zwaarwegende reden zijn om de berekening van de vereveningsbijdrage aan te passen. Het vereveningssysteem wil immers juist deze risico's uitsluiten.
- 79 Een andere methode zou zijn om jaarlijks de financiële resultaten van verzekeraars te analyseren en na te gaan in hoeverre deze afwijken van de resultaten die op grond van de verevening voorspelbaar zijn. Vervolgens moet dan worden aangetoond dat deze afwijkingen niet het gevolg zijn van efficiënt werken of toevallige gebeurtenissen. Afwijkingen die dan resteren, zullen waarschijnlijk aan risicoselectie toe te schrijven zijn.

³ Een van de relevante gegevensbestanden voor het identificeren van risicogroepen is het bestand met diagnosekostengroepen, en dat is gebaseerd op de DBC-systematiek. Na invoering van DOT zou opnieuw inzicht moeten worden opgebouwd.

- 80 Ook deze methode is in de ogen van de experts moeizaam. Wel kan een globale variant ervan mogelijk worden gebruikt als een eerste indicator, waarna als daartoe aanleiding is, dieper onderzoek kan worden gestart.
- 81 Een derde methode is om het 'overstap'gedrag te analyseren van verzekerden, met als hypothese dat daaruit af te leiden is in hoeverre verzekeraars groepen verzekerden aantrekken of afstoten. Vooral de reactie van verzekerden op wijzigingen in het verzekeringspakket of de – voorwaarden kan inzicht opleveren. Ook hiervoor geldt echter dat het aantonen van een verband tussen het gedrag van verzekerden en risicoselectie niet eenvoudig is. Bovendien is bekend dat het percentage verzekerden dat overstapt, de afgelopen jaren altijd laag is geweest.
- 82 De Australische experts die wij interviewden, gaven het advies om risicoselectie tot op zekere hoogte juist niet te bestrijden, maar mogelijk te maken. Een systeem van pakketdifferentiatie met daaraan gekoppeld premiedifferentiatie zou in ieder geval zorgen voor transparantie over kosten in relatie tot risicogroepen. Vervolgens kan dan worden gezien wat dit betekent in termen van premiebetalingen, en kunnen eventueel compenserende maatregelen worden genomen.

3.4 Vanuit de literatuur en interviews iets genuanceerder beeld geschetst

- 83 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concludeert in de Uitvoeringstoets Zorgverzekeringswet van 2008 dat er geen reden is om aan te nemen dat verzekeraars risicoselectie toepassen in een vorm die verzekerden benadeelt. De NZa onderkent wel de aanwezigheid van de zelfselectie via flexibele polissen, maar ziet hierin vooral een mechanisme waarbij verzekerden de meest passende polis kiezen.
- 84 In de literatuur wordt ervoor gewaarschuwd de kans op risicoselectie in Nederland niet te onderschatten (onder meer Stam en V.d. Ven 2006). Er zijn grote bedragen met de risicoverevening gemoeid en het financiële belang van risicoselectie is substantieel. Bovendien wordt gesteld dat uit eerder onderzoek al enkele structureel winst- of verliesgevende groepen bekend zijn, die in de risicoverevening onvoldoende zijn meegenomen en bovendien substantieel van omvang zijn (3 à 5% van het aantal verzekerden, Van der Ven). Genoemd worden de volgende groepen:
- winstgevend: studenten die wonen in achterstandswijken: relatief weinig beroep op zorg, maar wel op basis van hun postcode goed voor een vereveningsbijdrage;
 - verliesgevend: verzekerden met meerdere aandoeningen of beperkingen tegelijkertijd⁴.

⁴ De omvang van de groepen is op landelijk niveau bekend, wat nog niet wil zeggen dat individuele verzekeraars weten hoeveel van deze verzekerden zij in portefeuille hebben.

- 85 Verder wordt erop gewezen dat de laatste jaren enerzijds de prikkels tot risicoselectie zijn afgenomen door verbeteringen in het ex ante systeem, maar anderzijds de prikkels weer zullen toenemen door de plannen om de ex post compensaties in de risicoverevening af te schaffen. Door de voorgenomen afschaffing gaan verzekeraars meer risico's lopen en zullen zij meer belang krijgen bij selectie.
- 86 In een van de interviews met de Australische experts kwam de suggestie naar voren dat een zekere risicoselectie in Nederland geen slechte zaak zou zijn. In Australië is het mogelijk om risicoselectie toe te passen door verschillende groepen verzekerden verschillende pakketten aan te bieden. Op die manier zou de relatie tussen zorgvraag, zorgaanbod en kosten veel transparanter en dus beheersbaarder worden.

3.5 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3

- 87 Onderzoeksvraag 2 luidde: welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om risicoselectie toe te passen? Na geconstateerd te hebben dat risicoselectie niet nadelig voor verzekerden hoeft te zijn, hebben wij deze vraag beantwoord via het volgende, door de experts onderschreven, overzicht:
- selectief beleid in de aanvullende (zorg)verzekeringen;
 - gericht beleid ten aanzien van collectieve verzekeringen;
 - selectief contracteren van zorgaanbieders;
 - selectief adverteren;
 - flexibele contractuur (aantrekkelijk voor gezonde verzekerden);
 - selectief kwaliteitsbeleid.
- 88 Onderzoeksvraag 3 luidde: hoe waarschijnlijk is het dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik gaan maken?
- 89 De experts herkennen de prikkel tot risicoselectie en zien daar in eigen land ook wel aanwijzingen voor. Toch komt het hen voor dat de hoge kwaliteit van de Nederlandse risicoverevening de prikkel tot risicoselectie dempt. Bovendien constateren zij dat het toepassen van risicoselectie moeilijk en kostbaar onderzoek vergt. Een zeer belangrijke remmende factor vinden zij de reputatieschade die verzekeraars zullen oplopen als zij verzekerden weigeren. Wat dat betreft zou de passieve selectie, het aantrekken van winstgevende verzekerden, kansrijker zijn.
- 90 Volgens de experts is risicoselectie moeilijk aantoonbaar. Complex landelijk onderzoek zou nodig zijn, en dit zal dan vooral indicaties en geen bewijzen opleveren.
- 91 De NZa heeft in de afgelopen jaren geen bewijzen kunnen vinden van risicoselectie waar verzekerden nadeel van hebben ondervonden. De risicoselectie via de flexibele polissen

(ZEKUR) ziet de NZa vooral in het kader van het aanbieden van een passende polis. In de literatuur wordt erop gewezen dat met risicoselectie wel grote belangen gemoeid zijn en dat van een aantal groepen verzekerden bekend is dat zij ondanks de risicoverevening structureel winst- of verliesgevend zijn.

- 92 De afbouw van de ex post compensaties zal de risico's voor verzekeraars en dus de prikkel tot risicoselectie doen toenemen, maar verdere verbeteringen van het ex ante systeem, bijvoorbeeld op het punt van verzekerden met meerdere aandoeningen (zie het volgende hoofdstuk) zullen de prikkels weer doen afnemen.

4 Kwaliteit vereveningscriteria als hoog beoordeeld

93 De vierde onderzoeksvraag, aan de orde in het navolgende hoofdstuk, luidt:

Wat is de kwaliteit, in termen van hoeveelheid en juistheid van gekozen vereveningscriteria, van het ex ante risicovereveningsmodel in vergelijking met in het buitenland gehanteerde ex ante vereveningsmodellen?

94 De kwaliteit van het ex ante systeem wordt bepaald door enerzijds de voorspellende en verevenende werking en anderzijds de juistheid, tijdigheid en volledigheid van de onderliggende gegevens.

95 De vereveningscriteria zijn in het vereveningsmodel opgenomen op basis van statistisch onderzoek naar bijvoorbeeld het causaal en empirisch verband tussen het kenmerk en de gegenereerde kosten, de mate waarin het criterium bestand is tegen manipulatie door verzekeraars of overheid, en de mate waarin doelmatigheidsprikkels in stand kunnen blijven.

4.1 Vergelijking kenmerken risicoverevening Nederland en andere landen

96 In hoofdstuk 1 vergeleken wij een aantal landen met elkaar op het punt van stelselkenmerken die bepalend zijn voor risicoverevening. Van deze landen volgt hier de vergelijking van de belangrijkste kenmerken van de risicoverevening⁵.

Tabel 4-1: Belangrijkste kenmerken risicoverevening Nederland en andere landen

Landen	België	Duitsland	Nederland	Verenigde Staten (Medicare)	Zwitserland
Kenmerken					
Ex ante of ex post risicoverevenings-systeem	Ex ante en ex post	Ex ante en ex post*	Ex ante en ex post	Ex ante	Ex post
Risicoverevenings-criteria	• Leeftijd • Geslacht • Inkomen • Zelfstandig ondernemer • Weduwen/wezen • Verhoogde tegemoetkoming	• Leeftijd • Geslacht • Invaliditeits-pensioen • Registratie bij een erkend disease management programma	• Leeftijd • Geslacht • Regio (postcodegebied) • Aard van inkomen • Sociaal economische status	Iedere zorgaan-bieder heeft een patiëntclassifi-catiesysteem waar-mee het risicoprofiel per patiënt wordt be-paald, op basis van DRG's (diagnosis	• Leeftijd • Geslacht • Regio (de opbouw van de populatie naar leeftijd en geslacht per verzekeraar wordt voor ieder kanton

⁵ Nb. De wijze waarop de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in de vereveningssystemen van de verschillende landen zijn verdeeld, komt bij de beantwoording van onderzoeksvraag 8 aan de orde.

	• Mortaliteit • Primaire arbeidsongeschiktheid • Isolement • Urbanisatie kwantitatief • Zorgverstrekkers • Sociale franchise • Zorgforfait • Ziektegroepen invaliden • Farmaciegroepen • Diagnosegroepen	• Gezondheids-toestand (gebaseerd op 80 aandoeningen, via diagnoses/ voorgeschreven medicatie)	• Farmaciekosten-groepen • Diagnosekosten-groepen	related groups, vergelijkbaar met DBC's). Iedere zorgaanbieder hanteert echter een ander 'gewicht' per DRG (gebaseerd op verschillen in behandeling en kostenstructuur), waardoor de resultaten van het classificatiesysteem per zorgaanbieder verschillen.	afzonderlijk berekend)
--	---	--	--	---	------------------------

Bron: Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening 2010

*In Duitsland wordt de vereveningsbijdrage weliswaar ex ante berekend, maar na ommekomst van het vereveningsjaar worden de bedragen opnieuw berekend; het totale beschikbare vereveningsbedrag blijft echter ongewijzigd.

- 97 De vergelijking van de momenten waarop de risicoverevening plaatsvindt, leert dat in zowel ex ante als ex post verevening als combinaties voorkomen.
- 98 De meeste vereveningscriteria spreken voor zich. Alleen in België zijn er enkele criteria die nadere toelichting behoeven. De verhoogde tegemoetkoming is een regeling waardoor bepaalde groepen patiënten zoals ouderen, gehandicapten en mensen zonder werk minder hoeven te betalen voor medische verstrekkingen. Met zorgverstrekkers wordt bedoeld: zorgaanbieders. Het aantal aanbieders in een regio is medebepalend voor de vereveningsbijdrage. Sociale franchise is het plafond in de eigen bijdrage die de patiënt moet betalen. Het zorgforfait is een jaarlijkse tegemoetkoming voor chronisch zieken die vanwege hun ziekte sterk afhankelijke zijn van anderen en hierdoor hoge zorgkosten hebben. Het jaarbedrag hangt samen met de mate van verlies van zelfredzaamheid. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast.
- 99 In de vereveningscriteria zijn een aantal categorieën te onderkennen:
- leeftijd en geslacht;
 - inkomenssituatie, sociaal economische status;
 - aandoeningen, beperkingen, zorggebruik.
- 100 De VS gebruiken alleen de laatste categorie.

- 101 In Zwitserland is het aantal vereveningscriteria nu nog beperkt tot leeftijd en geslacht. Door de combinatie van geslacht met leeftijdsklassen ontstaan 30 risicogroepen, per kanton berekend. In Zwitserland wordt echter een hervorming voorbereid om het aantal vereveningscriteria uit te breiden. Het eerste criterium dat wordt toegevoegd, is dat van het aantal verzekerden dat langer dan drie dagen verbleef in een ziekenhuis of verpleeghuis, in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Ook dit criterium wordt voor elk kanton afzonderlijk toegepast. Er ontstaan dan 60 risicogroepen per kanton. De risicoverevening heeft uitsluitend betrekking op de kosten die zijn verzekerd bij zorgverzekeraars en niet op zorgkosten die zijn verzekerd door ongevallenverzekeraars. In de toekomst wordt mogelijk nog een vereveningscriterium op basis van diagnosegroepen toegevoegd.
- 102 In Duitsland wordt pas sinds 2009 de gezondheidstoestand van de verzekerden direct als criterium gehanteerd. Daarvoor gebeurde dat alleen via het criterium invaliditeitspensioen. De vereveningsbijdragen worden berekend door eerst een basisbijdrage vast te stellen voor een fictieve gemiddeld gezonde verzekerdenpopulatie, en vervolgens op dit bedrag op- en afslagen toe te kennen naarmate de populatie ouder of jonger is, het aandeel mannen groter of kleiner is en de populatie en meer of minder gezond is. Voor 80 aandoeningen wordt een opslag berekend aan de hand van de gemiddelde verwachte extra kosten, voor 25 aandoeningen nog verder gedifferentieerd naar ernst van de aandoening. Het aantal van 80 aandoeningen is het gevolg van het beleid om niet direct alle denkbare aandoeningen in de verevening te betrekken, maar stapsgewijs van het oude systeem over te gaan naar een nieuw op aandoeningen gebaseerd systeem. In de toekomst worden er dus mogelijk nog aandoeningen toegevoegd. Op dit moment is gekozen voor aandoeningen die hoge kosten veroorzaken, dat wil zeggen hoge kosten in de jaren na het stellen van de diagnose. Of iemand tot een van de risicogroepen behoort, wordt voor wat betreft het aandoeningscriterium bepaald door zijn diagnose (gebaseerd op het internationale codesysteem ICD-10), in sommige gevallen aan te vullen met aantoonbaar gemaakte kosten voor behandeling of medicatie. De vereveningscriteria in Duitsland worden gecompleteerd door het criterium invaliditeitspensioen. In totaal ontstaan op die wijze 152 risicogroepen.
- 103 Ter vergelijking nog het volgende.
- 104 Israël kent vrijwel alleen de leeftijd als vereveningscriterium, naast een zeer beperkt aantal (vijf) ernstige aandoeningen.
- 105 Australië kent een beperkt risicovereveningssysteem dat alleen wordt uitgevoerd door en voor particuliere zorgverzekeraars. Het systeem is op een ex post model gericht op patiënten van 55 jaar en ouder. In het systeem wordt rechtstreeks verevend tussen verzekeraars, dus zonder tussenkomst van de overheid. Wel is de plicht tot verevening wettelijk vastgelegd. De vereveningscriteria zijn leeftijd in combinatie met gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Verder wordt rekening gehouden met het percentage claims van meer dan 50.000 dollar. In het systeem spelen in de praktijk de historisch gegroeide kosten nog een grote rol.

- 106 In Portugal is gezondheidszorg voornamelijk een staatssysteem. Dat geldt ook voor de zorgverzekering. Er is maar één publieke verzekeraar (naast een aantal particuliere), zodat risicoverevening niet aan de orde is. Toch staat ook Portugal voor de vraag hoe de beschikbare middelen zo eerlijk mogelijk kunnen worden ingezet. Het gaat dan om de verdeling over de regio's. Op dit moment vindt de verdeling vooral plaats op basis van historische kosten, maar doordat de gezondheidskenmerken en sociaal economische kenmerken per regio sterk verschillen, voldoet deze verdeling niet meer. Portugal overweegt daarom een vorm van verevening tussen regio's in te voeren, op basis van criteria die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse.

4.2 Experts erkennen hoge voorspellende waarde Nederlandse criteria

- 107 Met de experts is gesproken over de voorspellende waarde van het Nederlandse systeem. Die waarde kan worden afgemeten aan de samenhang tussen de vereveningscriteria en de daadwerkelijk opgetreden kosten. Deze voorspellende waarde wordt uitgedrukt in R^2 , dit is een maat voor het deel van de variabiliteit in zorgkosten dat wordt verklaard door het ex ante model. De R^2 van het vereveningsmodel ligt rond de 20%; de zorgkosten zijn in deze berekening gebaseerd op de kosten voor individuele verzekerden.
- 108 De experts zijn van mening dat een R^2 van 20% als zeer hoog moet worden beschouwd. Zij stellen dat Nederland hiermee voor loopt op andere landen en als voorbeeld geldt. Op geen enkele wijze adviseren zij om Nederlandse criteria te vervangen door criteria zoals die bij hen gelden.
- 109 Theoretisch kunnen modellen ontwikkeld worden die een hogere voorspelbaarheid bieden. Het is naar de mening van de experts echter zeer de vraag of deze modellen in de praktijk kunnen worden gebracht. De modellen stellen namelijk hoge eisen aan de beschikbaarheid van gedetailleerde gegevens, eisen waaraan in elk geval op dit moment niet of alleen tegen zeer hoge kosten kan worden voldaan. De experts zijn unaniem van mening dat de huidige verklaringswaarde van het Nederlandse systeem meer dan adequaat is.

4.3 Juistheid vereveningscriteria door experts grotendeels onderschreven

- 110 De experts onderschrijven de keuze van de Nederlandse vereveningscriteria. Zij waarschuwen voor een te sterk perfectionisme: er zal altijd sprake zijn van een zekere onnauwkeurigheid in de voorspellingen, omdat aandoeningen en menselijk gedrag zich nu eenmaal niet 100% laten voorspellen.
- 111 Twee kanttekeningen worden door de experts gemaakt, beide – volgens de experts – niet van zwaarwegende aard.

- 112 De eerste kanttekening betreft de regiofactor. Dit vereveningscriterium weegt de postcode van de verzekerde, met het oog op een extra bijdrage voor achterstandswijken en dergelijke, omdat aangetoond is dat er sprake is van een minder goede gezondheid. De experts wijzen erop dat door hanteren van het postcodecriterium onbedoeld ook andere verschillen tussen postcodegebieden mee kunnen gaan wegen. Daarbij denken zij aan verschillen tussen zorgaanbod. Er zijn aanwijzingen dat een groter zorgaanbod het beroep op zorg stimuleert, ook al liggen daaraan geen objectieve verschillen in gezondheid ten grondslag ('aanbod schept vraag'). Het is niet de bedoeling dat de risicoverevening compenseert voor het verschil in aanbod.
- 113 De tweede kanttekening houdt verband met criterium 'aard van het inkomen' en heeft betrekking op zelfstandige ondernemers. Uit ander onderzoek is bekend dat zelfstandigen relatief weinig zorg gebruiken, maar dat dit niet altijd komt door een betere gezondheid. Zelfstandigen zijn terughoudend in hun zorggebruik omdat zij zich geen afwezigheid kunnen veroorloven. Door zelfstandige ondernemers als afzonderlijke categorie in het criterium 'aard van het inkomen' mee te nemen, sluipt in het criterium een element dat niet met gezondheidsverschillen te maken heeft.

4.4 Nut van toevoegen criteria door experts genuanceerd

- 114 Gevraagd naar de volledigheid van de Nederlandse set vereveningscriteria, geven de experts aan dat in theorie meer kenmerken denkbaar zijn, maar dat de kwaliteit van het systeem niet exponentieel zal stijgen.
- 115 In de eerste plaats komt dit omdat voor de voorspellende waarde van het model niet alleen het aantal criteria telt, maar ook de spreiding in kosten binnen een eenmaal vastgestelde risicogroep. Als bijvoorbeeld diabetes als diagnosekostengroep is vastgesteld, en de kosten per patiënt blijken sterk uiteen te lopen, dan is het van groter belang om de aandacht daar op te richten dan om een andere aandoening als criterium toe te voegen.
- 116 In de tweede plaats is er het effect van de comorbiditeit (het vóórkomen van meerdere aandoeningen bij een patiënt). Comorbiditeit komt zeer veel voor. Hoe meer vereveningscriteria er aan het model worden toegevoegd, hoe groter de kans is dat het patiënten betreft die ook lijden aan een aandoening die al wel in het model was meegenomen. In dat geval zijn de kosten dus al in het model voorspeld.

4.5 Verevenende werking moeilijk toetsbaar door lange doorlooptijd

- 117 Naast de in de vorige paragrafen beschreven voorspellende en verevenende werking is nog een derde element bepalend voor de kwaliteit van het model: de juistheid, tijdigheid en volledigheid van de onderliggende gegevens.
- 118 Voor de vaststelling van de ex ante verevening zijn de volgende gegevens nodig:

- gegevens voor de vereveningscriteria (zoals DBC-gegevens voor de bepaling van de diagnosekostengroepen, gegevens van Belastingdienst en UWV);
- kostengegevens van de zorgverzekeraars;
- het macroprestatiebedrag;
- verzekerdenaantallen en –kenmerken uit de verzekerdenraming van het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

- 119 De juistheid en volledigheid van de gegevens is voor de experts uit het buitenland moeilijk te beoordelen.
- 120 Over de tijdigheid merken de experts op dat de lange doorlooptijd in het Nederlandse systeem het moeilijk maakt om de verevenende werking op basis van werkelijk gerealiseerde kosten te toetsen. De resultaten van de verevening zijn immers pas met een vertraging van vier jaar vast te stellen. Dit komt door een gebrek aan inzicht in gerealiseerde kosten enerzijds en wijzigingen in het zorgstelsel anderzijds.
- 121 Het gebrek aan inzicht in de gerealiseerde kosten is te wijten aan het de late vaststelling van de door verzekeraars werkelijk gemaakte kosten. Dit op zijn beurt komt omdat deze vaststelling afhankelijk is van het tempo waarin ziekenhuizen de afgesloten DBC's aan zorgverzekeraars declareren, en dit proces enkele jaren in beslag neemt. De kosten voor een bepaald vereveningsjaar worden geschat op basis van gegevens van twee of drie jaar eerder, terwijl de uiteindelijke vaststelling van de kosten in het voorjaar van het vierde jaar na het vereveningsjaar plaatsvindt. Dat betekent dat de kosten van het vereveningsjaar 2006, het eerste vereveningsjaar in de Zorgverzekeringswet, in het voorjaar van 2010 zijn vastgesteld.
- 122 Het gebrek aan inzicht in de gerealiseerde kosten wordt nog versterkt door beleidswijzigingen in de periode tussen de vaststelling van de ex ante vereveningsbijdragen en de vaststelling van de werkelijk gemaakte kosten. Deze beleidswijzigingen kunnen een nauwelijks te voorspellen invloed hebben op de gerealiseerde kosten bij individuele zorgverzekeraars. Een invloed die bovendien pas zichtbaar wordt in het vierde jaar na het vereveningsjaar.
- 123 Sinds 2006 heeft met name de invoering van DBC's grote invloed gehad. De effecten ervan waren nog niet mee te nemen in de ex ante berekening van de vereveningsbijdragen, maar traden wel op in de periode tussen deze berekening en de vaststelling van de kosten. Daardoor is het moeilijk te achterhalen in hoeverre hogere kosten dan berekend in de vereveningsbijdrage nu het gevolg zijn van een tekortschietende verklaringskracht van de vereveningscriteria of van andere factoren, zoals een mogelijk minder efficiënte zorginkoop. De experts noemden het Duitse model in dezen als een voorbeeld. In dit model worden de vereveningsbijdragen na het op basis van de gerealiseerde kosten opnieuw geschat wordt. Probleem is wel dat ook deze nieuwe schatting in Nederland niet eerder kan plaatsvinden dan wanneer alle gegevens beschikbaar zijn.

- 124 Ook wijzigingen in het macrokader (het totale bedrag dat voor verzekeraars beschikbaar is) kunnen oorzaak zijn van afwijkingen tussen de geschatte en gerealiseerde kosten van de risicoverevening. Als op landelijk niveau de zorgkosten hoger zijn dan was geraamd, worden verzekeraars daarvoor door het rijk gecompenseerd, als ze lager zijn, worden verzekeraars gekort. Er blijkt inderdaad sprake van jaarlijkse verschillen tussen geraamde en gerealiseerde kosten op landelijk niveau, en deze zijn substantieel van omvang. Dit vertroebelt het zicht op de verevende waarde van het model.

4.6 In literatuur enkele opmerkingen over juistheid en volledigheid gegevens gemaakt

- 125 Eerder schreven wij dat een van de eisen die aan de kwaliteit van gegevens wordt gesteld, de ongevoeligheid voor manipulatie is. In de literatuur (Douven 2005) is opgemerkt dat kosten uit het verleden niet zo objectief zijn als het lijkt. In de historische kosten van verzekeraars zijn namelijk ook eventuele ondoelmatigheden in de zorginkoop of bedrijfsvoering van verzekeraars verwerkt. Voorzichtigheid is daarom geboden bij de introductie van vereveningscriteria op basis van kosten uit het verleden.
- 126 Wij hebben in de literatuur of de interviews geen signalen aangetroffen dat de volledigheid van de opgevraagde gegevens onvoldoende zou zijn. In interviews werd genoemd dat de keuze voor het opnemen van farmacie- en diagnosekostengroepen het mogelijk maakt om relatief eenvoudig aandoeningen aan het model toe te voegen, die op dit moment nog buiten het model vallen. Als voorbeeld is wel ADHD genoemd.

4.7 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 4

- 127 De vierde onderzoeksvraag ziet op de kwaliteit van het vereveningsmodel in termen van hoeveelheid en juistheid van de vereveningscriteria.
- 128 De experts geven aan dat zij de kwaliteit beoordelen op de mate waarin de vereveningscriteria de kosten juist voorspellen. Die voorspellende waarde is in het Nederlandse systeem groot. De experts achten de criteria juist gekozen en plaatsen alleen op onderdelen een kanttekening.
- 129 Wat de hoeveelheid criteria betreft, geven de experts aan dat het mogelijk zou zijn om criteria toe te voegen (zie hiervoor het volgende hoofdstuk) maar dat daarvan geen grote toename van de voorspellende waarde verwacht moet worden.
- 130 Voor de kwaliteit van het vereveningsmodel is naast de kwaliteit van de vereveningscriteria ook de kwaliteit (juistheid, volledigheid en tijdigheid) van de onderliggende gegevens van belang. Op de juistheid en volledigheid hebben de experts uit het buitenland weinig zicht, maar uit de literatuur en interviews blijkt niet dat zich hier grote knelpunten voordoen. Over de tijdigheid van

gegevens merken de experts op dat de lange doorlooptijd tussen het basisjaar voor de berekening van de vereveningsbijdrage en de vaststelling van de werkelijke kosten (zeven jaar) het zicht op de verevenende werking van het model belemmert. Bovendien zijn er in die periode altijd wel beleidswijzigingen geweest, die eveneens een beoordeling van de werking van het model bemoeilijken.

5 Verbeteringen in ex ante model beperkt mogelijk

131 In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de vijfde onderzoeksvraag, die luidt:

Welke mogelijkheden zijn er om het ex ante vereveningsmodel te verbeteren?

5.1 Stabiliseren basisgegevens belangrijkste uitdaging vereveningsmodel

- 132 Uit het vorige hoofdstuk bleek al, dat de experts de voorspellende waarde van het Nederlandse model zien als een teken dat het model geavanceerd is.
- 133 Mogelijke verbeteringen in het Nederlandse ex ante risicovereveningsmodel liggen naar de mening van de experts dan ook niet zozeer in het wijzigen van vereveningscriteria of het toevoegen van nieuwe vereveningscriteria. Veel meer zien zij de uitdaging in het beheersen van onzekerheden over de representativiteit van de gegevens. Er staan immers een aantal belangrijke wijzigingen op stapel, die gevolgen hebben voor de verdeling van de schadelast tussen verzekeraars. De invoering van DOT, de uitbreiding van het aandeel vrij onderhandelbare DBC's en de afschaffing van de ziekenhuisbudgettering zijn twee van de belangrijkste voorbeelden. De experts zijn van mening dat het meenemen van deze wijzigingen in het vereveningsmodel trendbreuken kan veroorzaken, die niet op een betrouwbare wijze vooraf gesimuleerd kunnen worden.
- 134 Volgens de experts zou het vereveningsmodel erbij gebaat zijn als het enkele jaren achtereen ongewijzigd zou blijven. Leren van ervaringen uit vorige jaren is immers een belangrijk aspect bij het doorontwikkelen van het risicovereveningssysteem. Wel zijn de experts van mening dat er altijd zal moeten worden gereageerd op veranderende omstandigheden in de omgeving. Als voorbeeld werd genoemd de introductie van een succesvolle nieuwe behandelmethode die de kosten van een bepaalde aandoening reduceert. Als dit niet wordt verwerkt in het vereveningsmodel, ontstaat een onjuist beeld van de kosten.
- 135 Beschouwen we het als een gegeven dat zich de komende tijd belangrijke wijzigingen zullen voordoen die voor het vereveningsmodel van belang zijn, dan is het dus zaak om zo snel mogelijk de consequenties daarvan in kaart te brengen. Als simulaties niet mogelijk zijn, dan is het al eerder in het rapport genoemde Duitse model waarin de ex ante berekening na ommekomst van het vereveningsjaar wordt herijkt, een mogelijk oplossing. Dan hebben we echter wel te maken met het feit dat dit in de Nederlandse situatie pas mogelijk is wanneer alle gegevens bekend zijn, en dat is pas drie jaar later.

5.2 Meerwaarde toevoegen vereveningscriteria moet niet worden overschat

- 136 De demissionair minister van VWS heeft in een brief aan de Tweede Kamer aangekondigd dat hij overweegt in 2012 een nieuw vereveningscriterium toe te voegen, en wel de meerjarige hoge schades. Dat betreft verzekerden die enige jaren achter elkaar hoge kosten hebben gegenereerd, bijvoorbeeld door een ernstige chronische ziekte of door comorbiditeit.
- 137 Reagerend op dit voornemen stellen de experts in de eerste plaats dat de toegevoegde waarde niet overschat moet worden, omdat verzekerden waar het om gaat, in het algemeen toch al in het model zullen zijn opgenomen. In de tweede plaats stellen de experts dat met het compenseren voor meerjarige hoge schade niet alleen gezondheidsverschillen maar ook verschillen in gebruiksgedrag van verzekerden worden gecompenseerd. Zorggebruik hangt immers wel samen met de gezondheidssituatie, maar wordt daar niet geheel door verklaard. Er zijn immers ook ander verschillen denkbaar, zoals culturele verschillen in zorggebruik, verschillen veroorzaakt door prikkels als eigen risico's of door het wel of niet actief stimuleren (door verzekeraars) van zelfredzaamheid. Als de meerjarige hoge schade een te grote plaats in het vereveningsmodel zou innemen, kan dit ertoe leiden dat verzekeraars zich te weinig inspannen om zorggebruik te beperken.
- 138 Als het ministerie meer zicht wil krijgen op de manier waarop het toevoegen van het criterium meerjarige hoge schades in het model doorwerkt, kan overwogen worden om een simulatie uit te voeren. In de eerste plaats kan daarmee worden berekend in hoeverre het criterium overlap vertoont met al aanwezige criteria (zodat desgewenst een weging kan worden aangebracht). In de tweede plaats kan de invloed worden nagebootst van culturele of andere verschillen in zorggebruik.

5.3 Toevoegen correctiewaarden moeilijk realiseerbaar

- 139 De experts hebben ten slotte gediscussieerd over het gebruiken van correctiewaarden bij de berekening van de vereveningscriteria. Deze technische discussie trekt vooral de aandacht in België. Wij verwijzen voor de details graag naar het artikel *nog verwijzen*. Het komt neer op de volgende redenering. Er zijn factoren die weliswaar van invloed zijn op de gezondheidssituatie of de zorgkosten van verzekerden, maar die toch niet in aanmerking komen om te worden opgenomen als vereveningscriterium. Bijvoorbeeld het zorgaanbod in een regio, of cultureel bepaald zorggebruik. Dat zijn factoren die beïnvloedbaar kunnen zijn en die juist zouden moeten worden aangepakt. Door ze als vereveningscriterium mee te nemen, zouden ze als het ware worden gelegitimeerd. Maar nu ze helemaal *niet* worden meegenomen, worden de vereveningsmiddelen verdeeld op basis van de overblijvende criteria, maar die worden eigenlijk ook weer beïnvloed door die niet-meegenomen factoren. Er wordt in België voor gepleit om daarop een correctie toe te passen.

- 140 De experts in de expert meeting uitten zich terughoudend over de wenselijkheid om dit in Nederland ook te doen. Zij vinden het een even geavanceerde als moeilijk uit te voeren methode, en het is de vraag of voldoende vaststaat wat die correctiewaarde zou moeten zijn. Zij concluderen dat het Nederlandse systeem eigenlijk wel geavanceerd genoeg is.

5.4 Literatuur en interviews onderschrijven voorbeeldrol voor Nederlandse systeem

- 141 Niet alleen de experts die hebben deelgenomen aan de expert meeting, maar ook de geïnterviewde experts stellen het Nederlandse model als voorbeeld voor andere landen. Zij signaleren een streven naar perfectie dat feitelijk niet functioneel is, omdat het model meer dan voldoende geschikt is voor zijn doel om te compenseren voor gezondheidsverschillen.
- 142 Wel noemen verschillende geïnterviewden de toevoeging van het criterium meerjarige hoge schades als een mogelijke verbetering. Zij zijn hier dus iets positiever over dan de deelnemers aan de expert meeting. Ook in de literatuur wordt deze verbetermogelijkheid genoemd. Door het introduceren van het criterium meerjarige hoge schades in het ex ante systeem kan de hogekostenverevening in de ex post compensaties worden afgebouwd of zelfs worden afgeschaft.

5.5 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 5

- 143 De vijfde vraag heeft betrekking op de mogelijkheden om het ex ante model te verbeteren. De geraadpleegde experts stellen dat er aan het conceptuele systeem weinig meer te verbeteren valt. Er is sprake van dat aan het ex ante model een criterium meerjarige hoge schades wordt toegevoegd. De meningen over de noodzaak daarvan lopen wat uiteen.
- 144 De experts zien een grotere uitdaging in de beheersing en voorspelbaarheid van de schade. Er staan wijzigingen op stapel zoals de invoering van DOT, die de verdeling van de kosten aanzienlijk kunnen doen verschuiven zonder dat er in feite sprake is van een gewijzigde gezondheidssituatie van de verzekerden. Het zal lastig zijn om de continuïteit te bewaken, omdat de gegevens waarop de nieuwe berekening moet worden gebaseerd, niet meer vergelijkbaar zijn met vorige jaren.

6 Complexe relatie risicoverevening en doelmatigheids-prikkels

- 145 Risicoverevening heeft zoals in het eerste hoofdstuk genoemd als doel het compenseren van verzekeraars voor gezondheidsverschillen van hun verzekerden. Belangrijke randvoorwaarde is dat de risicoverevening het doelmatig werken door verzekeraars stimuleert of in elk geval niet belemmert. In dit hoofdstuk staat de doelmatigheid in relatie tot het vereveningssysteem centraal. Onderzoeksvraag 6 luidt:

Gaan van het risicovereveningssysteem voldoende prikkels uit om verzekeraars te stimuleren doelmatig te werken?

- 146 Met doelmatig werken wordt bedoeld dat verzekeraars hun verzekerden weten te voorzien van de zorg die zij nodig hebben, geleverd op een acceptabel kwaliteitsniveau tegen een zo laag mogelijke prijs. Verzekeraars die doelmatig werken, kunnen dit tot uitdrukking brengen in een lagere premie of een hogere kwaliteit; ook kunnen zij indien nodig hun reserves aanvullen met de opbrengsten.
- 147 Doelmatig werken door verzekeraars wordt in het Nederlandse zorgstelsel vooral gestimuleerd door maatregelen als de vrijheid van verzekerden om van verzekeraar te wisselen en de mogelijkheid om selectief te contracteren. Waar het in de discussie vooral om gaat, is de vraag of de risicoverevening deze prikkels tot doelmatigheid niet te veel dempt. Immers, bij een eerste beschouwing lijkt het erop of verzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel weinig belang hebben bij het verlagen van hun kosten. Zij zouden dan immers ook een lagere vereveningsbijdrage krijgen. Klopt dit beeld?

6.1 Experts waarschuwen voor te snelle conclusies, maar kunnen tekortschietende prikkel voor doelmatigheid niet uitsluiten

De experts geven aan dat op dit moment onvoldoende aantoonbaar is of verzekeraars doelmatig werken of niet. Immers, er zijn geen eenduidige en meetbare criteria voor het meten van kwaliteit en efficiency. Als er al kwaliteit wordt gemeten, is het op het niveau van zorgaanbieders en niet op het niveau van verzekeraars. Evenmin is het duidelijk wanneer de kosten voor een behandeling 'zo laag mogelijk' zijn: hoe weten we of het niet nog lager kan? Al helemaal onduidelijk is in welke mate hogere kwaliteit wel of niet gepaard gaat met hogere kosten. En om het beeld nog complexer te maken: hoge kosten kunnen worden veroorzaakt door zorg die misschien op dit moment minder doelmatig lijkt, maar die op termijn wel voordeel oplevert omdat de zorg een preventieve werking heeft en vervolgschade voorkomt. Dat wordt soms echter pas

jaren later duidelijk. Dus hoe kan dan ooit worden bepaald of verzekeraars dan op dit moment doelmatig werken?

- 148 Als dan niet bepaald kan worden of verzekeraars doelmatig werken, is het al helemaal onmogelijk om na te gaan welke rol de risicoverevening daarin speelt, aldus de experts. Aan de andere kant is juist omdat gegevens ontbreken, een dempende werking van risicoverevening op doelmatigheid ook niet uit te sluiten.
- 149 Daarbij wijzen zij er wel op dat risicoverevening dan misschien wel prikkels dempt, maar ze niet elimineert. Een voorbeeld maakt dit duidelijk. Stel, de zorg voor een diabetespatiënt kost gemiddeld € 1.000,- per jaar, en een verzekeraar slaagt erin om de kosten terug te dringen tot € 900,-. Hij zal dan een minder hoge vereveningsbijdrage ontvangen, omdat die uiteindelijk (mede) is gebaseerd op werkelijke kosten. Door de verevening ontvangt hij dan bijvoorbeeld maar € 950,- en zijn 'winst' wordt dus afgeroomd. Dat zal niet stimuleren. Aan de andere kant ontvangen de andere verzekeraars dus ook maar € 950,-, en zij zijn meer kwijt dan dat bedrag. Zij lijden dus verlies terwijl de verzekeraar die € 900,- kwijt is, nog steeds 'winst' maakt op de diabeteszorg en dus nog steeds een concurrentievoordeel heeft.
- 150 Er is nog een ander, psychologisch effect dat helpt om doelmatigheidsprikkels te behouden, tenminste als het Nederlandse systeem wordt vergeleken met andere landen. In Zwitserland bijvoorbeeld is er sprake van een vereveningsfonds dat rechtstreeks door verzekeraars wordt gevuld. Zij hebben daarmee het idee dat zij hun doelmatigheidsvoordelen bijna rechtstreeks aan andere verzekeraars moeten overmaken. Daarmee zou bijna een weerstand tegen doelmatig werken ontstaan. In het Nederlandse systeem worden de vereveningsbijdragen voldaan uit het zorgverzekeringsfonds dat wordt gevuld door de overheid (vanuit het werkgeversdeel van de premie). Alle verzekeraars ontvangen een bijdrage uit dit fonds, alleen de ene meer dan de andere. Dat maakt de relatie tussen doelmatig werken en verevening wat minder strak.
- 151 De experts achten de kans op minder doelmatig werken als gevolg van risicoverevening nog het grootst als het gaat om het plegen van investeringen. Bijvoorbeeld het vergoeden van behandelingen met nieuwe kostbare apparatuur, of het investeren in een preventieprogramma. De kosten krijgen verzekeraars via de verevening slechts gedeeltelijk terug, of in het geval van preventie zelfs helemaal niet omdat dit in de risicoverevening niet wordt meegenomen. De investeringsbeslissing wordt nog bemoeilijkt door het feit dat de verzekeraar met de bekostigde zorg niet alleen zijn eigen verzekerden helpt, maar vaak ook die van andere verzekeraars. Een ziekenhuis dat nieuwe apparatuur aanschaft, zal dat niet snel alleen willen inzetten voor klanten van één verzekeraar. En van preventieprogramma's profiteren vaak alle inwoners van een bepaalde regio, en niet alleen de eigen verzekerden. Preventieprogramma's kunnen nieuwe verzekerden trekken of bestaande verzekerden binden, maar het kan ook zijn dat verzekerden na het doorlopen van het preventieprogramma overstappen naar een andere verzekeraar. Dan vallen de baten dus bij een andere partij dan de kosten. De verzekeraar zal dus altijd kosten en

baten tegen elkaar af willen wegen, en dat is geen eenvoudige opgave. Maar ook dan geldt dat de risicoverevening zeker niet de enige factor is die bepaalt welke beslissing de verzekeraar neemt.

- 152 Al met al waarschuwen de experts voor te snelle conclusies. Het Nederlandse systeem beoogt uitsluitend voor gezondheidsverschillen te compenseren, en niet voor doelmatigheidsverschillen. Om te kunnen bepalen of dat in de praktijk ook zo gaat, zou het mogelijk moeten zijn om doelmatigheidsverschillen te isoleren uit de totale kostenverschillen, en juist dat is een vrijwel onmogelijke opgave.
- 153 De experts adviseren verder om het vraagstuk ook te benaderen vanuit de vraag wat het voor de doelmatigheid zou betekenen als er geen risicoverevening zou zijn. Naar hun mening is het zonder risicoverevening onvermijdelijk dat verzekeraars risicoselectie gaan toepassen. In dat geval zouden structureel verliesgevende verzekerden nergens verzekerd kunnen worden. De overheid zou dan alleen in ruil voor extra middelen de verzekeraars kunnen verplichten deze verzekerden te accepteren. Dat zou wel eens een groter dempend effect op doelmatigheid kunnen hebben dan de situatie mét risicoverevening.

6.2 In literatuur en interviews gewaarschuwd voor demping doelmatigheidsprikkel

- 154 In de literatuur en interviews is een aantal malen gesteld dat het Nederlandse vereveningssysteem wel degelijk de doelmatigheid belemmert. Een aantal geïnterviewden brengt in dat het niet zozeer de ex ante verevening maar eerder de ex post compensaties zijn die doelmatigheidsprikkels dempen. De ex post compensaties nemen immers de werkelijk gemaakte kosten als basis. Anderen wijzen erop dat het ex ante systeem dat indirect ook doet. In de ex ante berekende normbedragen zijn historische kosten verscholen. Met andere woorden: ondoelmatigheden uit het verleden kunnen meegenomen zijn in de normbedragen. Daarbij wordt aangetekend dat het voor verzekeraars erg moeilijk is om bewust te sturen op een hoge vereveningsbijdrage, omdat het immers jaren duurt voordat die bekend is.
- 155 Hoe het ook zij, de afbouw van de ex post compensaties is inmiddels door de minister tot voorgenomen beleid verklaard. In de literatuur en in de interviews wordt dit beleid geheel of gedeeltelijk onderschreven.

6.3 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 6

- 156 De te beantwoorden vraag luidt of het risicovereveningssysteem voldoende prikkels bevat om verzekeraars te stimuleren doelmatig te werken. Het systeem beoogt uitsluitend te compenseren voor gezondheidsverschillen en niet voor doelmatigheidsverschillen, maar is dat ook de praktijk?

- 157 In de literatuur en de interviews lopen de meningen uiteen. De deelnemers aan de expert meeting reageren terughoudend. Zij wijzen erop dat niet duidelijk is wanneer een verzekeraar wel en niet doelmatig werkt, vooral omdat het niet alleen gaat om de laagste kosten maar ook om een acceptabele en duurzame kwaliteit. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om die vast te stellen.
- 158 Een zekere demping van doelmatigheidsprikkels is aan de andere kant ook niet uit te sluiten. Het zijn vooral de ex post compensaties waar dit zichtbaar zal zijn.

7 Gelijk speelveld moeilijk te meten en waarderen

- 159 Onderzoeksvraag 6 heeft betrekking op het gelijke speelveld dat de risicoverevening beoogt te creëren. De vraag luidt:

Hoe wordt gemeten en gewaardeerd of er sprake is van een gelijk speelveld?

- 160 Het gaat dus om deze vraag hoe beoordeeld kan worden of verzekeraars daadwerkelijk zodanig worden gecompenseerd voor gezondheidsverschillen van hun verzekerden dat zij wat dat betreft in een gelijke financiële startpositie verkeren. Met andere woorden: wat is het verband tussen het exploitatieresultaat van de verzekeraars en de risicoverevening?

7.1 Experts betwijfelen bruikbaarheid meetmethodes

- 161 Allereerst werd in de expert meeting opgemerkt dat er methodes bestaan om de uitgangspositie van verzekeraars te meten. Het probleem zit vooral in het waarderen ervan: wanneer is de uitgangspositie voldoende gelijk? Dat is moeilijk te beoordelen, vooral omdat hier bij de invoering van de risicoverevening geen definitie van is gegeven. Daarmee wordt waardering een subjectieve aangelegenheid.
- 162 Verder wijzen de experts erop dat een zuivere meting van het effect van risicoverevening op de exploitatie veronderstelt dat dit effect te isoleren is van andere effecten, zoals het effect van doelmatig werken. Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 6 hebben we al gezien dat het effect van doelmatig werken zeer moeilijk te kwantificeren is. Dat geldt zeker ook voor effecten van bijvoorbeeld culturele verschillen in zorggebruik, die immers ook in het exploitatieresultaat zichtbaar worden.
- 163 Om toch meer licht te kunnen werpen op het vraagstuk, hebben de experts gediscussieerd over een aantal meer beschrijvende definities van 'gelijk speelveld'. Mogelijk dat op die manier een meetmethode benoemd kan worden.
- 164 Allereerst de stelling: 'als verzekeraars geen risicoselectie toepassen, ervaren zij een gelijk speelveld'. Deze stelling gaat ervan uit dat verzekeraars alleen een prikkel hebben om selectie toe te passen, als ze daar financieel voordeel van hebben. In hun discussie kwamen de experts tot de conclusie dat deze stelling niet houdbaar is en in elk geval geen meetmethode oplevert. In de Zorgverzekeringswet wordt expliciet een voldoende compensatie van verschillen in gezondheid genoemd als doel van de risicoverevening. Om dat te kunnen vervangen door 'afwezigheid van risicoselectie' moet volstrekt duidelijk zijn dat dit identiek is. En dat lijkt niet het geval. Immers, ook bij een perfect functionerend risicovereveningssysteem kunnen verzekeraars

besluiten om risicoselectie toe te passen. Bijvoorbeeld als methode om meer verzekerden aan te trekken. Methodologisch is het probleem dat ook de aan- of afwezigheid van risicoselectie moeilijk aan te tonen is, zoals we zagen bij de bespreking van onderzoeksvraag 2 en 3. Daar komt nog bij dat, al zou het al mogelijk zijn om risicoselectie aan te tonen, zal gaan om selectie in het heden of hooguit in het verleden. Risicoverevening wil juist voorkomen dat er in de toekomst selectie plaatsvindt. De meetmethode zal dus ook toekomstige selectie moeten voorspellen. Al met al een opgave die de experts als bijna onmogelijk beschouwen.

- 165 De tweede stelling die inzicht kan geven in het fenomeen gelijk speelveld luidt: 'er is sprake van een gelijk speelveld, als de sector open staat voor nieuwe toetreders'. Deze stelling gaat uit van de gedachte dat het bestaan van nieuwe toetreders betekent dat zij voldoende vertrouwen hebben in een gelijke uitgangspositie. Bezien we dan de situatie in de afgelopen jaren, dan blijkt dat er nauwelijks sprake is van nieuwe toetreders. Als ze er al zijn, dan zijn het nieuwe labels van bestaande verzekeraars. Voor labels binnen verzekeraars kan het uitgangspunt van een gelijke uitgangspositie minder van toepassing zijn, omdat verzekeraars ervoor kunnen kiezen om voor een label genoeg te nemen met een minder positief financieel resultaat. Maar de vraag blijft of het aanwezig zijn van nieuwe toetreders wel uitsluitend wordt bepaald door de effecten van de risicoverevening. De experts menen van niet. Om succesvol zorgverzekeraar te kunnen zijn, moet de toetreders beschikken over gespecialiseerde kennis (niet in de laatste plaats van de risicoverevening), geavanceerde IT en voldoende klantgegevens.
- 166 De derde stelling luidt: 'er is sprake van een gelijk speelveld, als er geen groepen verzekerden te identificeren zijn die structureel winst- of verliesgevend zijn'. Het vraagstuk van de structureel winst- of verliesgevende verzekerden is ter sprake gekomen bij de beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3 (risicoselectie) en vraag 4 (verbeteringsmogelijkheden in het systeem). Er zijn signalen dat het inderdaad mogelijk is om dergelijke groepen verzekerden te identificeren. Volgens de experts wil dat echter nog niet zeggen dat er sprake is van een ongelijk speelveld. Dat zou er pas zijn als het saldo van de effecten van winst- en verliesgevende verzekerden onevenwichtig over de verzekeraars is gespreid. En juist dat is zeer moeilijk aan te tonen, zeker door anderen dan de verzekeraars zelf. Het gaat immers per definitie om verzekerdenkenmerken die niet in de risicoverevening zijn meegenomen. Hooguit de verzekeraars zelf hebben inzicht in deze kenmerken en in bedrijfsgegevens die daarmee samenhangen (bijvoorbeeld investeringscijfers). Als landelijke meetmethode is het meten van de verdeling van structureel winst- en verliesgevende verzekerden daarom niet geschikt. Alleen tegen zeer hoge kosten zou enig inzicht te verkrijgen zijn, en dit inzicht zal herijkt moeten worden elke keer als een beleidswijziging de vereveningsberekening doet verschuiven.
- 167 De conclusie van de experts luidt dat het objectief meten en waarderen van het gelijke speelveld theoretisch moeilijk en praktisch onhaalbaar is.

- 168 Zij verbinden daaraan wel de observatie, dat in Nederland wel erg snel wordt gegrepen naar het argument dat ‘het gelijke speelveld in gevaar komt’. Zij hebben de indruk dat de Nederlandse overheid een erg gewillig oor heeft voor bezwaren van verzekeraars tegen plannen om iets aan de risicoverevening te wijzigen. Zij stellen dat in Duitsland en Zwitserland de overheid minder mededogen heeft, zelfs als dat leidt tot het faillissement van verzekeraars. Het Nederlandse systeem raakt te ver af van de kern van verzekeren, namelijk het dekken van risico’s.

7.2 Uit literatuur en interviews geen eenduidige meetmethode af te leiden

- 169 Uit de literatuur – en de interviews bevestigen dit beeld – komt naar voren dat er geen algemeen geaccepteerde eenduidige manier is om te meten en waarderen of er sprake is van een gelijk speelveld. Dat komt vooral omdat het financieel resultaat van verzekeraars afhankelijk is van zoveel meer factoren dan van risicoverevening alleen.

7.3 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 7

- 170 Onderzoeksvraag 7 vraagt naar de wijze waarop het doel van de risicoverevening, het gelijke speelveld, kan worden gemeten en gewaardeerd.
- 171 De conclusie is dat deze vraag verregaand onbeantwoord moet blijven. Bij het invoeren van de risicoverevening is nooit gekwantificeerd wat exact het effect van risicoverevening zou moeten zijn en wanneer dat effect groot genoeg is om te voldoen aan het in de Zorgverzekeringswet geëiste ‘voldoende compenseren van gezondheidsverschillen’.
- 172 Het al of niet bestaan van een gelijk speelveld kan niet worden afgeleid uit het al of niet bestaan van risicoselectie, omdat er meerdere redenen voor kunnen zijn voor risicoselectie dan alleen een gelijke financiële uitgangspositie. Het kan ook niet worden afgeleid uit het al of niet voorkomen van nieuwe toetreders, omdat ook daar meerdere oorzaken voor kunnen zijn. Mogelijk kan het bestaan van een gelijk speelveld worden afgeleid uit het al of niet bestaan van structureel winst- of verliesgevende verzekeren, maar dan is het nodig om te weten of dergelijke groepen al of evenwichtig zijn gespreid over de verzekeraars. Daarvoor zijn gegevens nodig waarover alleen de verzekeraars beschikken, als dat al het geval is. De meetmethode zou daarmee complex en zeer kostbaar worden, nog afgezien van het feit dat vervolgens nog niet duidelijk is wanneer het effect voldoende is om van een gelijk speelveld te spreken.

8 Inbedding risicoverevening adequaat

- 173 De laatste onderzoeksvraag, vraag 8, heeft betrekking op de inbedding van het stelsel van risicoverevening. De vraag luidt:

Wat kan Nederland van de andere landen leren als het gaat om de wijze waarop de ontwikkeling en uitvoering van de risicoverevening in Nederland is ingebed in het zorgstelsel?

- 174 Met het begrip ‘ingebed’ wordt bedoeld op de formele verdeling van de taken en verantwoordelijkheden tussen relevante partijen. Deze verantwoordelijkheidsverdeling is recentelijk op verzoek van het ministerie geëvalueerd (Boer & Croon, *Onderzoek institutionele inbedding van risicoverevening*, september 2009). Om die reden besteden wij in dit rapport slechts op hoofdlijnen aandacht aan dit onderwerp en beperken wij ons tot het toetsen van de inbedding door de experts. Wij verwijzen graag naar het rapport van Boer & Croon voor meer informatie.
- 175 De onderzoekers van Boer & Croon komen tot de conclusie dat de verantwoordelijkheidsverdeling voldoende wettelijk geborgd is. Wel bevelen zij aan om de NZa nadrukkelijker te betrekken bij de beleids- en onderzoekscyclus van de risicoverevening en niet alleen bij de uitvoering.
- 176 Formele spelers in de ontwikkeling en uitvoering van de risicoverevening in Nederland zijn het ministerie van VWS, het CVZ, de NZa en De Nederlandsche Bank, met daarnaast de individuele zorgverzekeraars als leveranciers van gegevens en als ‘onderwerp van beleid’. VWS, CVZ en NZa vervullen de belangrijkste formele taken. Dat betekent dat de verantwoordelijkheid bij een overzichtelijk aantal spelers is neergelegd.
- 177 Zorgverzekeraars Nederland als brancheorganisatie van de verzekeraars wordt weliswaar intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het stelsel, maar heeft geen formele taak. Datzelfde geldt voor instanties en private organisaties die worden betrokken bij bijvoorbeeld het onderzoeksprogramma ten behoeve van de vaststelling van de normbijdragen of bij de pseudonimisering van verzekerdengegevens. Zij werken onder de verantwoordelijkheid van het ministerie. Ook gegevensleveranciers als de Belastingdienst en UWV hebben geen specifieke formele rol in de verevening.

8.1 Experts achten inbedding in overeenstemming met Nederlandse zorgstelsel

- 178 De experts constateren aanzienlijke verschillen tussen Nederland en hun eigen land als het gaat om de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Zo is zowel in Zwitserland als in Duitsland sprake van een mix van centrale en regionale (kantons en Bundesländer) taken, daar waar in Nederland alleen sprake is van een landelijk niveau. De experts stellen dat het landelijk niveau voor een taak als risicoverevening het meest adequate is, en dat de verdeling van bevoegdheden over landelijke en regionale niveaus geen navolging verdient.
- 179 Het Zwitserse systeem met zijn relatief beperkte set vereveningscriteria leidt ertoe dat de zorgverzekeraars geen gelijk speelveld ervaren. Dat geeft tot gevolg dat er voor hen grote financiële belangen op het spel staan, zeker nu er nieuwe criteria zullen worden toegevoegd. Deze zullen leiden tot soms grote verschuivingen in de vereveningsbijdragen. De verzekeraars voeren daarom een actieve lobby bij het parlement. Met als gevolg dat het parlement zich intensiever en meer tot in detail met het systeem van risicoverevening bezighoudt. Daarbij gaat het parlement af of informatie van de verzekeraars en minder dan in Nederland het geval is, op informatie van het ministerie. Het vergt van de parlementsleden diepgaande kennis van een complexe materie. De experts raden niet aan om de Zwitserse taakverdeling op dit punt ook in Nederland toe te passen. Dat is volgens hen ook minder aan de orde, omdat in Nederland het gelijke speelveld veel meer aanwezig is.
- 180 De berekening en uitkering van de vereveningsbijdrage is in Zwitserland de taak van de Gemeinsame Einrichtung Krankenversicherung, een stichting die is opgericht door de verzekeraars zelf. Dat komt omdat in Zwitserland verzekeraars elkaar via dit fonds betalen. Ook dit is niet een systeem dat de experts Nederland aanraden.
- 181 In Zwitserland is de voorbereiding van het beleid ten aanzien van risicoverevening in handen van het ministerie van Gezondheid, het Bundesamt für Gesundheit. Het Bundesamt fungeert tegelijkertijd als toezichthouder. In Nederland zijn deze taken toebedeeld aan respectievelijk het ministerie van VWS en de NZa (met De Nederlandsche Bank als toezichthouder op de bedrijfsvoering, met het oog op de solvabiliteitseisen). In Zwitserland zijn deze bevoegdheden dus meer geconcentreerd. In de expert meeting kwam naar voren dat deze constructie de kwaliteit van de beleidsvorming ten goede komt, omdat de besluiten zijn geënt op de situatie die de toezichthouder in de praktijk tegenkomt. Overigens fungeert in Zwitserland het Eidgenössische Departement des Innern, het Federale Ministerie van Binnenlandse Zaken, als 'toezichthouder op het Bundesamt.
- 182 In Duitsland is het toezicht op de verzekeraars neergelegd bij regionale toezichthouders (van de Bundesländer), en ook de uitvoering en beleidsontwikkeling van de risicoverevening wordt deels aan de Bundesländer overgelaten. Dit maakt volgens de experts het systeem onoverzichtelijk en

belemmert de slagvaardigheid en uniforme toepassing van beleid. In het parlement klinken volgens hen de regionale belangen door in de meningsvorming

183 Het Bundesversicherungsamt (BVA) treedt in Duitsland op als landelijk toezichthouder, met als taak:

- het identificeren van vereveningscriteria;
- het opvragen van informatie bij verzekeraars;
- het berekenen van de budgetten van verzekeraars na toepassing van de risicoverevening;
- het betalen van de budgetten aan de verzekeraars;
- het beheren van het verzekeraarsfonds.

184 Het BVA wordt bij de ontwikkeling en evaluatie van vereveningscriteria ondersteund door een wetenschappelijke commissie. Voor de monitoring van kosten en opbrengsten van de verzekeraars wordt het BVA ondersteund door een commissie die naast vertegenwoordigers van het BVA zelf bestaat uit vertegenwoordigers van de Bundesregierung, en vertegenwoordigers van de brancheorganisatie van zorgverzekeraars. Deze commissie is tevens betrokken bij het opstellen van prognoses van de effecten van de risicoverevening.

185 Voor het BVA is de taakafbakening met de regionale toezichthouders een voortdurend aandachtspunt.

186 Alles overziend zijn de experts unaniem van mening dat de taakverdeling in het Nederlandse systeem, zoals die nu is geregeld, geen wijziging behoeft.

187 De verdeling van toezichtstaken over twee instanties, DNB en NZa, is op het oog misschien niet optimaal, maar goed verklaarbaar vanuit de formele taakstelling van DNB, die zich uitstrekt over alle financiële instanties en niet alleen over de zorgverzekeraars.

8.2 Experts constateren op onderdelen aandachtspunten

188 De experts benoemden met inachtneming van hun hoofdconclusie wel enkele kleinere aandachtspunten.

189 Zo constateren zij dat nu er weinig grote conceptuele wijzigingen meer in het systeem van risicoverevening te verwachten zijn in Nederland, beleidsontwikkeling steeds meer staand beleid of zelfs beleidsuitvoering wordt. Daarom sluiten zij niet uit dat een aantal beleidswerkzaamheden die nu nog worden uitgevoerd door het ministerie, zoals *finetuning* van het risicovereveningsmodel en de aansturing van het bijbehorende onderzoek, in de toekomst naar het CVZ kunnen verschuiven. Dat biedt het ministerie ook meer ruimte om zich met de

strategische keuzes en beleidsevaluatie bezig te houden. De kwaliteit van de besluitvorming mag echter niet gaan lijden onder dagelijkse druk van uitvoeringsvragen.

- 190 De gegevensaanlevering door verzekeraars aan DNB, NZa en CVZ kan beter gestroomlijnd worden, voor zover de experts dit kunnen beoordelen. Er blijkt echter nergens uit dat er sprake is van een groot knelpunt.
- 191 Het CVZ heeft de laatste jaren te maken gehad met een groot aantal bezwaarprocedures in het kader van de risicoverevening. De uitspraken in de procedures hebben verduidelijking gebracht op een aantal nog onduidelijke dossiers. Al met al geven de bezwaarprocedures geen aanleiding tot wijzigingen in het systeem. De buitenlandse experts merken in dit verband op dat het in Nederland voor de verzekeraars wel erg gemakkelijk wordt gemaakt om bezwaar in te dienen.
- 192 Ten slotte verwonderen de experts zich over het feit dat verzekeraars informeel een grote rol in de beleidsvorming lijken te spelen, terwijl formeel geen rol aan hen is toebedeeld. Er is sprake van frequent informeel overleg, waaraan ook verzekeraars individueel of via hun brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland deelnemen. Op die manier hebben zij mogelijk meer invloed dan hun formele rol aangeeft. De experts koppelen deze bevinding aan hun eerdere conclusie dat de Nederlandse overheid geneigd is een gewillig oor te hebben voor bezwaren van verzekeraars. Ook Boer & Croon (2009) plaatst vraagtekens bij het informele overleg en beveelt rationalisatie en een betere structurering aan.

8.3 Literatuur en interviews leveren geen aanvullende suggesties op

- 193 Ook uit de literatuur en de interviews kwamen geen suggesties naar voren voor belangrijke aanpassingen in de verdeling van taken en bevoegdheden.
- 194 In België is een groot aantal taken geconcentreerd bij een half publiek/half private organisatie*. Het ministerie heeft vooral tot taak de besluiten van dit instituut goed te keuren. In de Algemene Raad van het instituut spelen de grote verzekeraars een belangrijke rol. De verzekeraars zijn gelieerd aan politieke partijen of stromingen en acteren min of meer als kartel. De betreffende expert stelt dat dit systeem leidt tot een minder transparante risicoverevening waarin de belangen van het ministerie en van kleinere verzekeraars mogelijk te weinig uit de verf komen. Derhalve voor Nederland niet aan te raden.

8.4 Samenvattend: beantwoording van onderzoeksvraag 8

- 195 Op de vraag wat Nederland van andere landen kan leren als het gaat om de verdeling van taken en bevoegdheden in de risicoverevening, is het antwoord: eigenlijk niet veel. De experts beschouwen de inbedding zoals die in Nederland is gekozen als passend bij het Nederlandse systeem, en hebben vanuit het systeem in hun eigen land geen suggesties voor verbetering.

- 196 Wel benoemen zij een aantal aandachtspunten, zoals de mogelijkheid om te komen tot een verdere taakverschuiving van het ministerie naar het CVZ.

9 Nederlands systeem als geavanceerd beschouwd

197 In dit laatste hoofdstuk vatten wij de beantwoording van de onderzoeksvragen kort samen en geven wij van daaruit een antwoord op de hoofdvraag. Dit hoofdstuk dient tevens als samenvatting

9.1 Evaluatie risicoverevening

198 De onderzoeksvragen zijn gesteld in het kader van een kwalitatieve internationale evaluatie van het Nederlandse ex ante systeem van risicoverevening. De beantwoording van de vragen is vooral gebaseerd op een meerdaagse bijeenkomst met experts uit Duitsland, Zwitserland en Nederland. De conclusies van de experts zijn aangevuld met bestudering van internationale literatuur en interviews met experts uit diverse landen. De conclusies vanuit de literatuur en interviews komen op hoofdlijnen met die uit de expertbijeenkomst overeen.

9.2 Onderzoeksvragen evaluatie

199 De evaluatie omvatte acht onderzoeksvragen.

200 **Onderzoeksvraag 1** luidt: welke kenmerken in het Nederlandse zorgstelsel zijn cruciaal voor de risicoverevening?

201 Op basis van de literatuur zijn zeven kenmerken geïdentificeerd:

1. kenmerken die gerelateerd zijn aan het bestaan van risicoverevening:
 - a. een verplicht basispakket;
 - b. acceptatieplicht voor verzekeraars;
 - c. zorgplicht voor verzekeraars;
 - d. verbod op premiedifferentiatie;
2. kenmerken die gerelateerd zijn aan de manier waarop het systeem is ingericht:
 - a. streven naar een gelijk speelveld;
 - b. prikkels tot doelmatige zorg: vrije keuze van verzekeraars;
 - c. prikkels tot doelmatige zorg: vrije keuze van zorgaanbieder;

202 Het verplichte basispakket, de acceptatieplicht, de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie dienen de solidariteit in het zorgstelsel, maar maken risicoverevening noodzakelijk. Zonder risicoverevening zouden verzekeraars niet-beïnvloedbare verliezen kunnen lijden, waardoor hun

continuïteit in gevaar zou kunnen komen. Risicoverevening maakt solidariteit in het stelsel mogelijk.

- 203 Het streven naar een gelijk speelveld en de prikkels tot doelmatige zorg regelen het evenwicht tussen het voorkómen van risico's en het streven naar doelmatigheid van de zorg.
- 204 Met name de zorgstelsels in België, Duitsland en Zwitserland vertonen kenmerken die in dit opzicht vergelijkbaar zijn met het stelsel in Nederland.
- 205 **Onderzoeksvraag 2** luidt: welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om risicoselectie toe te passen, dus om structureel 'winstgevende' verzekerden aan te trekken of te behouden, dan wel structureel 'verliesgevende' verzekerden te weigeren of af te stoten?
- 206 In het onderzoek zijn zes theoretische mogelijkheden benoemd:
1. selectief beleid in de aanvullende (zorg)verzekeringen;
 2. gericht beleid ten aanzien van collectieve verzekeringen (voor het collectief geldt geen acceptatieplicht);
 3. selectief contracteren van zorgaanbieders (aanbieders met wel of juist niet een specifiek aanbod voor bepaalde groepen verzekerden);
 4. selectief adverteren;
 5. flexibele contractuur (aantrekkelijk voor gezonde verzekerden);
 6. selectief kwaliteitsbeleid (waardoor het zorgaanbod voor bepaalde groepen verzekerden wel of juist niet aantrekkelijk wordt).
- 207 Risicoselectie hoeft niet negatief te zijn: van risicoselectie is ook sprake als een verzekeraar voor patiënten met een bepaalde aandoening een best practice behandelmethodede aanbiedt en op die manier voor deze patiënten een aantrekkelijke verzekeraar wordt.
- 208 **Onderzoeksvraag 3** luidt: hoe waarschijnlijk is het dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik gaan maken?
- 209 De experts herkennen de prikkel tot risicoselectie, maar achten grootschalige toepassing in Nederland niet zeer waarschijnlijk. De in hun ogen hoge kwaliteit van het Nederlandse vereveningssysteem verkleint de noodzaak tot risicoselectie. Verder zijn verzekeraars naar hun mening beducht voor reputatieschade die risicoselectie kan opleveren, zeker als zij zouden kiezen voor het niet-toelaten van potentiële verzekerden. Risicoselectie via het aantrekken van winstgevende verzekerden, zou dan kansrijker zijn. Volgens de experts is risicoselectie overigens moeilijk bewijsbaar.

- 210 **Onderzoeksvraag 4** luidt: wat is de kwaliteit van het vereveningsmodel in termen van hoeveelheid en juistheid van de vereveningscriteria?
- 211 De experts zijn van mening dat de Nederlandse vereveningscriteria de uiteindelijke kostenverdeling tussen verzekeraars zeer goed voorspellen. De experts achten de criteria juist gekozen en plaatsen alleen op onderdelen een kanttekening. Het is in theorie mogelijk om criteria toe te voegen, maar de kwaliteit van het vereveningsmodel zal daar niet sterk meer door kunnen toenemen. Wel merken de experts op dat de lange doorlooptijd tussen het basisjaar voor de berekening van de vereveningsbijdrage en de vaststelling van de werkelijke kosten (zeven jaar) het zicht op de verevenende werking van het model belemmert.
- 212 **Onderzoeksvraag 5** luidt: welke mogelijkheden zijn er om het ex ante model te verbeteren?
- 213 De experts stellen dat er aan het conceptuele systeem weinig meer te verbeteren valt. Wel signaleren de experts dat in de komende jaren een aantal beleidswijzigingen zal worden doorgevoerd. Deze beleidswijzigingen zullen ertoe leiden dat de kostenverdeling tussen verzekeraars verandert, maar de gewijzigde kostenverdeling is niet gebaseerd op wijzigingen in de gezondheidssituatie van de verzekerden. De uitdaging is om de financiële consequenties van beleidswijzigingen en die van wijzigingen in de gezondheidssituatie van elkaar te onderscheiden, omdat alleen de laatste onderdeel zijn van de vereveningscriteria.
- 214 **Onderzoeksvraag 6** luidt: gaan van het risicovereveningssysteem voldoende prikkels uit om verzekeraars te stimuleren doelmatig te werken?
- 215 Het systeem van risicoverevening beoogt uitsluitend te compenseren voor gezondheidsverschillen en niet voor doelmatigheidsverschillen. De experts constateren echter dat er geen duidelijke criteria zijn om vast te stellen wanneer een verzekeraar wel of niet doelmatig zorg inkoopt. Doelmatige zorginkoop richt zich niet alleen op de laagste kosten maar ook op een acceptabele en duurzame kwaliteit. Criteria en systematische gegevens om acceptabele en duurzame kwaliteit vast te stellen, zijn echter niet beschikbaar.
- 216 In de literatuur en interviews lopen de meningen uiteen. Een aantal malen wordt gewaarschuwd voor een dempende werking van ex post compensaties in de risicoverevening op de doelmatigheid. Sinds 2006 is het beleid erop gericht om deze ex post compensaties af te bouwen. Verdergaande afbouw en afschaffing van deze compensaties wordt voorbereid.
- 217 **Onderzoeksvraag 7** luidt: hoe kan het gelijke speelveld worden gemeten en gewaardeerd? Met andere woorden: wanneer worden verzekeraars voldoende gecompenseerd voor gezondheidsverschillen van hun verzekerden?

- 218 De experts wijzen erop dat bij de invoering van de risicoverevening niet is gekwantificeerd wat exact het effect van risicoverevening zou moeten zijn en wanneer dat effect groot genoeg is om het doel van de risicoverevening te bereiken. Daarmee is het in feite niet mogelijk om deze vraag adequaat te beantwoorden. Bovendien constateren de experts dat er geen meetmethode beschikbaar is die het gelijke speelveld voldoende objectief meet en tegelijkertijd praktisch haalbaar is.
- 219 **Onderzoeksvraag 8** ten slotte luidt: wat kan Nederland van andere landen leren als het gaat om de inbedding van de risicoverevening in het zorgstelsel, dus de verdeling van taken en bevoegdheden?
- 220 De experts beschouwen de inbedding zoals die in Nederland is gekozen adequaat voor het Nederlandse systeem. Verbetersuggesties vanuit ervaringen in andere landen zijn er niet. Wel benoemen de experts een aantal aandachtspunten, zoals de mogelijkheid om te komen tot een verdere taakverschuiving van het ministerie naar het CVZ.

9.3 Centrale onderzoeksvraag

- 221 De centrale onderzoeksvraag luidt:

In hoeverre is het Nederlandse risicovereveningssysteem zodanig vormgegeven dat de beoogde doelstellingen kunnen worden bereikt?

- 222 De beantwoording van de acht onderzoeksvragen overziend, is de rode draad dat het Nederlandse ex ante vereveningssysteem als geavanceerd mag worden beschouwd. Experts waarderen de grote voorspellende kracht van het ex ante model, achten de toepassing van risicoselectie op grote schaal weinig aannemelijk en vinden de inbedding van het systeem in het zorgstelsel passend. Wel kan er sprake zijn van enige demping van doelmatigheidsprikkels door het vereveningssysteem; dit is ook de reden om afbouw van de ex post compensaties verder door te voeren.
- 223 PwC heeft als uitvoerder van de verevening vooral de rol van procesbegeleider vervuld. Vanuit die rol onderschrijven wij de conclusies, met de aantekening dat wij geen eigen aanvullend onderzoek hebben uitgevoerd. Wel formuleren wij hieronder enkele aanbevelingen.
- 224 In de eerste plaats onderschrijven wij vanuit eerder onderzoek voor het ministerie de conclusie dat de lange doorlooptijd van de risicoverevening tot beheersproblemen aanleiding geeft. Verzekeraars weten jaren na dato niet of ze in een bepaald jaar nu een positief of een negatief exploitatieresultaat hebben behaald. Dit bemoeilijkt het nemen van adequate strategische beslissingen. Daarbij past wel de opmerking dat de verzekeraars er zelf ook sterk aan hechten dat de kosten die zij in een bepaald jaar maken, pas definitief worden afgerekend als alle

gegevens beschikbaar zijn. Versnelling van de doorlooptijd zou naar onze mening wenselijk zijn om de slagvaardigheid te vergroten. Versnellen is echter alleen mogelijk als er vergaande besluiten worden genomen over de doorlooptijd van declaraties van DBC's en over het systeem van ziekenhuisfinanciering. De nu uitgevoerde evaluatie onderstreept opnieuw het belang van deze besluitvorming.

- 225 In de tweede plaats adviseren wij een onderzoek naar de vraag in hoeverre het voor verzekeraars inderdaad – zoals in de literatuur wordt gesteld – nadelig is om investeringen te plegen in innovaties en preventie. Deze activiteiten vallen niet onder de risicoverevening, maar kunnen voor verzekeraars wel kostenbesparingen opleveren. Het is echter ook mogelijk dat de besparingen ten goede komen aan anderen dan de verzekeraar die de investering heeft gepleegd, bijvoorbeeld als verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar. Onderzocht zou dienen te worden hoe deze effecten zich tot elkaar verhouden.

A Deelnemers expert meeting en interviews

Tabel A-1: Deelnemers expert meeting

Naam	Organisatie	Land
Dhr. Prof. Dr. Florian Buchner	Studienbereich Gesundheit und Pflege Fachhochschule Kärnten	Duitsland
Dhr. Dr. Dirk Göpfahrt	Bundesversicherungsamt Referat VII2 (Risikostrukturausgleich)	Duitsland
Dhr. Prof. Dr. Konstantin Beck	CSS Gruppe	Zwitserland
Mevr. Helga Portmann MSc, Actuary SAA	Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung	Zwitserland
Mevr. Drs. Lydia de Heij	CVZ	Nederland
Mevr. Dr. Leida Lamers	Ministerie van VWS (toehoorder)	Nederland

Tabel A-2: Geïnterviewden

Naam	Organisatie	Land
Dhr. Prof. Dr. Gerald Kominski	Department of Health Services UCLA School of Public Health	Verenigde Staten
Dhr. Prof. Dr. Just Stoelwinder	School of Public Health & Preventive Medicine Monash University; Non-executive director of Medibank Private Health Insurance	Australië
Dhr. Dr. Francesco Paolucci	Australian Centre of Economic Research on Health	Australië
Dhr. Prof. Dr. Erik Schokkeart	Université catholique de Louvain Department of Economics, KU Leuven	België
Dhr. Drs. René Goudriaan	Apé	Nederland
Dhr. Dr. Pieter Hasekamp	Zorgverzekeraars Nederland	Nederland
Dhr. Dr. Rudy Douven	Centraal Plan Bureau	Nederland

Ook het onderzoeksbureau iBMG, dat een belangrijke rol heeft bij de doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel, is benaderd voor een interview. Gelet op het uitgangspunt dat de evaluatie zou worden uitgevoerd door een onafhankelijk bureau, kon niet worden ingegaan op de door iBMG gestelde voorwaarde dat de experts (waaronder iBMG) de verantwoordelijkheid zouden dragen voor de eindrapportage.

B Literatuurlijst

Literatuurlijst
Algemeen
U. Schneider, V. Ulrich, E. Wille, Risk adjustment systems in health insurance markets in the US, Germany, Netherlands and Switzerland, 2008
F. Paolucci, F.T. Schut, K. Beck, S. Gress, C. van de Voorde, and I. Zmora, Supplementary health insurance as a tool for risk selection in mandatory basic health insurance markets: a five country comparison, Health Economics, Policy and Law 2 (2007), pp. 173-192
W.P.M.M. Van de Ven, K. Beck, C. van de Voorde, J. Wasem and I. Zmora, Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, Health Policy, Health Policy 83 (2007), pp. 162–179
W.P.M.M. Van de Ven, K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol and A. Holly et al., Risk adjustments and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, Health Policy 65 (2003), pp. 75-98
W.P.M.M. Van de Ven, R.P. Ellis, Chapter 17, Handbook of Health Economics: Risk adjustment in competitive health plan markets (1999)
Australië
J. Stoelwinder, Medicaire Choice Insights from the Netherlands health insurance reforms, Australian Centre for Health Research (2008)
België
E. Schokkaert, C. Van de Voorde, Normatieve uitgaven en de financiële verantwoordelijkheid van de Belgische ziekenfondsen: verleden (1995-2008) en toekomst, (2009)
Hoofdstuk 1 proefschrift van Carine Van de Voorde
E. Schokkaert and C. Van de Voorde, Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system, Health Policy 65 (2003), pp. 5-19

Duitsland
Bundesversicherungsamt, Kurzdarstellung, Aufbau und Aufgaben (2010)
F. Buchner, RAN-meeting Jerusalem, Country-update: Germany (2009)
Bundesversicherungsamt, So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds (2008)
F. Buchner and J. Wasem, Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system, Health Policy 65 (2003), pp. 21-35
Hongarije
B. Nagy, Risk adjustment for the allocation of health care resources in Hungary - development of the capitation payment formula, Doctoral (PhD) Thesis Summary (2009)
V. Bodnár, D. Dankó, Gy. Drótos, N. Kiss, M. Molnár, É. Révész , The Impact of the Institutional Setting of Health Provision on Network Performance – The Case of Managed Care Organizations in Hungary, Corvinus University of Budapest, Institute of Management, Budapest Centre for Performance Management
Israël
Email met informatie van prof. A. Shmueli, The Hebrew University-Hadassah, Braun School of Public Health Department of Health Management and Economics
A. Shmueli, D. Chernichovsky and I. Zmora, Risk adjustment and risk sharing: the Israeli experience, Health Policy 65 (2003), pp. 37-48
Nederland
WOR 518, Herijkingsonderzoek vereveningsmodel 2010 (2010)
WOR 461, Door BOR vastgesteld toetstingskader ex ante risicovereveningsmodel (2009)
L.M. Lamers, RAN-meeting Jerusalem, Country-update: the Netherlands (2009)
W.P.M.M. Van de Ven, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen,

P.P. Groenewegen, R.D. Friele, Evaluatie Zorgverzekeringswet en wet op de zorgtoeslag (2009)
Boer&Croon, Onderzoek institutionele inbedding van risicoverevening (2009)
PwC, Beperkte procesversnelling mogelijk van definitieve vaststelling risicoverevening op basis van huidige processen, Lange doorlooptijd risicoverevening wordt met name veroorzaakt door lange doorlooptijd DBC's (2009)
PwC, Risicoverevening van sluitstuk in bedrijfsvoering zorgverzekeraar naar pijler voor proactieve sturing, Afhankelijkheden tussen DBC-declaratiestromen, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening beperken mogelijkheden tot procesoptimalisatie en vermindering doorlooptijd risicoverevening (2009)
Nederlandse Zorgautoriteit, Uitvoering zorgverzekeringswet (2008)
PwC, Beschrijving en advies gegevensbeheer onderzoek risicoverevening Zorgverzekeringswet (2008)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Beschrijving van het risicovereveningssysteem (2007)
F.T. Schut, D. de Bruijn, Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2007)
PwC, Beschrijving uitvoeringsprocessen risicoverevening Zorgverzekeringswet. Verdere professionalisering en versterken waarborgen in uitvoeringsproces vergroot transparantie en vertrouwen (2007)
P.J.A. Stam, W.P.M.M. van de Ven, Risicoverevening in de zorgverzekering, een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2006)
PwC, Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet, Transitie van een consensusgericht naar een concurrentierobuust vereveningsmodel vergt integrale aanscherping proces risicoverevening (2006)
R.C.M.H. Douven, Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen, ESB (2005)
R.C.M.H. Douven, CPB discussion paper, Risk adjustment in the Netherlands, An analysis of

insurers' health care expenditures (2004)
L.M. Lamers, R.C.J.A. Van Vliet and W.P.M.M. Van de Ven, Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands, Health Policy 65 (2003), pp. 49-62
Verenigde Staten
G.F. Kominski, Medicare's Use of Risk Adjustment, National health policy forum, background paper (2007)
Zuid-Afrika
Proposed Methodology for the Risk Equalisation Fund Contribution Table 2007, RETAP Recommendations Report No. 8 (2006)
J. Armstrong, J. Deeble, D.M. Dror, N. Rice, M. Thiede, W.P.M.M. van de Ven, Report to the South African Risk Equalization Fund Task Group The International Review Panel (2004)
Zwitserland
K. Beck, RAN-meeting Jerusalem, Country-update: Switzerland (2009)
K. Beck, Risikoselektion in der Sozialen Krankenversicherung der Schweiz - Überlebens-strategie in einem schlecht regulierten Markt (2009).
K. Beck, M. Trottmann, Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion, Jahrbuch Risikostrukturausgleich , Gesundheitsfonds (2007)
K. Beck, Der Wettbewerb verfehlt sein Ziel, Ausgabe 9/06, 6. Jahrgang (2006)
K. Beck, M. Trottmann, P. Zweifel, Risk Adjustment in Health Insurance: Effectiveness and Sustainability, CSS Institute for Empirical Health Economics, Working Paper (2006), pp. 329-355
K. Beck, S. Spycher, A. Holly and L. Gardiol, Risk adjustment in Switzerland, Health Policy 65 (2003), pp. 63-74