

EUR Research Information Portal

Risicoverevening tussen zorgverzekeraars nog niet goed genoeg

Publication status and date:

Published: 23/06/2021

Citation for the published version (APA):

van Kleef, R., van Vliet, R., & Oskam, M. (2021). Risicoverevening tussen zorgverzekeraars nog niet goed genoeg. *Actuaris*, 28(5).

[Link to publication on the EUR Research Information Portal](#)

Terms and Conditions of Use

Except as permitted by the applicable copyright law, you may not reproduce or make this material available to any third party without the prior written permission from the copyright holder(s). Copyright law allows the following uses of this material without prior permission:

- you may download, save and print a copy of this material for your personal use only;
- you may share the EUR portal link to this material.

In case the material is published with an open access license (e.g. a Creative Commons (CC) license), other uses may be allowed. Please check the terms and conditions of the specific license.

Take-down policy

If you believe that this material infringes your copyright and/or any other intellectual property rights, you may request its removal by contacting us at the following email address: openaccess.library@eur.nl. Please provide us with all the relevant information, including the reasons why you believe any of your rights have been infringed. In case of a legitimate complaint, we will make the material inaccessible and/or remove it from the website.



Risicoverevening tussen zorgverzekeraars nog niet goed genoeg

De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt verzekerden de mogelijkheid om jaarlijks te wisselen van zorgpolis. Dit moet verzekeraars aansporen om in te spelen op de wensen van verzekerden, en het liefst op de wensen van *alle* verzekerden. Dat laatste is echter niet vanzelfsprekend. De Zvw verplicht verzekeraars om per zorgpolis een uniforme premie te hanteren (afgezien van de mogelijkheid om korting te geven voor een vrijwillig eigen risico, collectiviteit en jaarlijkse vooruitbetaling). Zonder verdere maatregelen zou zo'n uniforme premie ertoe leiden dat verzekerden met een goede gezondheid voorspelbaar winstgevend zijn voor verzekeraars (en dus financieel aantrekkelijk), terwijl verzekerden met een slechte gezondheid voorspelbaar verliesgevend zijn (en dus financieel onaantrekkelijk). Om te corrigeren voor deze voorspelbare winsten en verliezen vindt risicoverevening plaats. Concreet houdt dit in dat verzekeraars per verzekerde een bijdrage ontvangen afhankelijk van bepaalde risicokenmerken zoals leeftijd en gezondheid.¹ Dit artikel laat zien dat de risicoverevening goed is, maar nog niet goed genoeg. Verdere verbeteringen zijn nodig om mensen met een slechte gezondheid tot aantrekkelijke klanten te maken voor verzekeraars.

Het huidige vereveningsmodel houdt rekening met de volgende risicokenmerken van verzekerden: leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regiokenmerken, sociaaleconomische status, aantal personen per adres, farmaciekostengroepen, diagnosekostengroepen, hulpmiddelenkostengroepen, fysiotherapiekostengroepen en meerjarig hoge/lage kosten. Met name de vijf laatstgenoemde kenmerken zijn belangrijk voor de compensatie van ongezonde verzekerden; dit betreft in feite 'gezondheidsindicatoren' gebaseerd op informatie uit een voorgaande periode over medicijngebruik, ziekenhuisdiagnosen, hulpmiddelengebruik, fysiotherapiediagnosen respectievelijk zorgkosten.

Op basis van bovengenoemde risicokenmerken onderscheidt het vereveningsmodel meer dan 200 risicoklassen. Aan elke risicoklasse is een 'normbedrag' gekoppeld dat staat voor de verwachte meer/minderkosten van mensen in die klasse rekening houdend met alle andere risicoklassen in het model. Een overzicht van alle risicoklassen en bijbehorende normbedragen wordt jaarlijks gepubliceerd in de 'Regeling Risicoverevening' (e.g. Staatscourant 2020). Op basis van deze regeling kan per verzekerde de vereveningsbijdrage worden bepaald als de som van de normbedragen over alle risicoklassen waarbij die verzekerde is ingedeeld minus de 'rekenpremie' zoals vastgesteld door de overheid.² De som van de vereveningsbijdragen over alle verzekerden die bij een bepaalde verzekeraar zijn aangesloten vormt de totale vereveningsbijdrage voor die verzekeraar.

RISICOVEREVENING NOG NIET GOED GENOEG

De Nederlandse risicoverevening behoort tot de meest geavanceerde vereveningsystemen ter wereld. Sinds de invoering in 1993 (onder de toenmalige Ziekenfondswet) is het systeem uitgegroeid van een vereveningsmodel dat uitsluitend rekening hield met leeftijd en geslacht naar een model dat tevens rekening houdt met sociaal-economische kenmerken en een zeer uitgebreide set van gezondheidsindicatoren (zie hierboven). In een recente studie hebben wij onderzocht hoe het vereveningsmodel 2021 uitpakt voor selecte subgroepen in de bevolking. Tabel 1 presenteert twee van deze groepen, te weten mensen die in een enquête (Gezondheidsmonitor 2016; 453.208 respondenten) hebben aangegeven een (zeer) goede algemene gezondheid te hebben en de complementaire groep van mensen met een (zeer) slechte of matige algemene gezondheid.

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de enquête was beperkt tot verzekerden van 19 jaar en ouder. Zvw-verzekerden jonger dan 19 jaar zijn dus niet in deze resultaten meegenomen. Voor beide subgroepen presenteert Tabel 1 achtereenvolgens de omvang, de gemiddelde Zvw-kosten, de gemiddelde voorspelde Zvw-kosten volgens het vereveningsmodel 2021 en het vereveningsresultaat (berekend als het verschil tussen de kosten en voorspelde kosten). Waar de subgroepen zijn gebaseerd op 2016 is de kosteninformatie gebaseerd op 2017; de vereveningsresultaten in de laatste kolom kunnen dus worden geïnterpreteerd als voorspelbare (of: systematische) winsten en verliezen.

Tabel 1. Uitkomsten vereveningsmodel 2021 op kostengegevens van 2017 voor subgroepen uit de Gezondheidsmonitor 2016 (453.208 respondenten van 19 of ouder op 1 september 2016)

Subgroepen o.b.v. de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?'	Prevalentie (in populatie van 19 jaar en ouder)	Gemiddelde Zvw-kosten	Gemiddelde voorspelde Zvw-kosten volgens vereveningsmodel 2021	Gemiddeld vereveningsresultaat volgens vereveningsmodel 2021
(Zeer) goed	74%	1643	1788	145**
(Zeer) slecht of matig	26%	5937	5509	-428**
Totaal	100%	2744	2742	-2

** Statistisch significant verschillend van nul euro ($p < 0,01$).

Noot: subgroepen geïdentificeerd op basis van de Gezondheidsmonitor 2016 (N=453.208) herwogen naar de Zvw-populatie 2017 exclusief verzekerden die op 1 september 2016 jonger waren dan 19 jaar. Kosten hebben betrekking op 2017 en beslaan alle kosten die volgens de Zvw voor rekening komen van zorgverzekeraars. Ná herweging wijken de gemiddelde voorspelde kosten slechts 2 euro af van de gemiddelde kosten (voor de hele Zvw-populatie is dat nul euro).

Bron: Van Kleef, Van Vliet en Oskam (2021).

Tabel 1 leidt tot een aantal belangrijke inzichten. Zoals mag worden verwacht zijn voor de ongezonde groep de gemiddelde zorgkosten in het volgende jaar veel hoger dan voor de gezonde groep. Datzelfde geldt echter ook voor de voorspelde kosten volgens het vereveningsmodel 2021. Hieruit kan worden afgeleid dat het vereveningsmodel 2021 grotendeels compenseert voor de voorspelbaar hoge kosten van ongezonde verzekerden, maar niet volledig: voor de groep met een slechte gezondheid resulteert een voorspelbaar verlies van gemiddeld 428 euro per verzekerde per jaar; voor de gezonde groep resulteert een voorspelbare winst van 145 euro per verzekerde per jaar. Dit brengt ons tot de conclusie dat de risicoverevening goed is, maar nog niet goed genoeg.

DISCUSSIE

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat het voor verzekeraars nog steeds aantrekkelijker is om zich te richten op gezonde verzekerden dan op ongezonde verzekerden. Het maakt een groot verschil voor verzekeraars of zij iemand aantrekken uit de gezonde groep of uit de ongezonde groep: gemiddeld genomen 583 euro (=145+428, zie rechterkolom Tabel 1). Dit is niet alleen nadelig voor verzekeraars met een over-vertegenwoordiging van ongezonde verzekerden (die daardoor een hogere premie moeten hanteren dan concurrenten met relatief veel gezonde verzekerden), maar ook voor het functioneren van het zorgstelsel. Verzekeraars hebben in het Nederlandse stelsel de rol van 'zorginkoper' toebedeeld gekregen: zij worden geacht om namens hun verzekerden goede zorg te regelen tegen een gunstige prijs. Het voorspelbare verlies op ongezonde verzekerden vormt een belemmering voor verzekeraars om deze rol goed te kunnen vervullen. Immers: een verzekeraar die zijn nek uitsteekt voor chronisch zieken, bijvoorbeeld door de beste zorg te contracteren/organiseren voor specifieke aandoeningen, loopt het risico relatief veel voorspelbaar verliesgevend te worden aan te trekken. Dit is niet alleen nadelig voor zorgverzekeraars die zich graag als dé verzekeraar voor chronisch zieken zouden profileren, maar ook voor de samenleving aangezien potentiële kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen hierdoor onbenut blijven. Verdere verbetering van de risicoverevening is dus cruciaal om het zorgstelsel goed te laten functioneren. ■

Referenties

Staatscourant (2020). Nummer 51399. Regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2021. <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/bsluit/2020/10/02/regeling-risicoverevening-2021-staatscourant>

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet en M. Oskam (2021). 'Restrisico Fase III: Gezonde verzekerden' Rapport Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

1 – Voor jonge, gezonde volwassenen (voor wie de voorspelde zorgkosten lager zijn dan de rekenpremie) is de vereveningsbijdrage negatief en moet de verzekeraar geld afdragen in het kader van de risicoverevening.

2 – Voor verzekerden jonger dan 18 jaar (die volgens de Zvw geen premie verschuldigd zijn) is de vereveningsbijdrage gelijk aan de som van de normbedragen over alle risicoklassen waarbij die verzekerde is ingedeeld

Dr. R.C. van Kleef (links) en dr. R.C.J.A. van Vliet (midden) zijn universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam. M. Oskam MSc is promovendus aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

