

RISICOVEREVENING EN TOETREDINGSDREMPELS

1 INLEIDING

De voorliggende notitie gaat in op potentiële toetredingsdrempels voor nieuwe zorgverzekeraars. De analyse beperkt zich tot de toetredingsdrempels die mogelijk het gevolg zijn van het risicovereveningssysteem en berust op een kritische reflectie op opmerkingen die zorgverzekeraars hebben gemaakt in vraaggesprekken met de NZa.

De opmerkingen van de zorgverzekeraars zijn gegroepeerd in de volgende rubrieken:

- complexiteit risicoverevening;
- structuur van de risicoverevening;
- rol ex post compensaties en alternatieven;
- financiering en bevoorschotting.

In de volgende paragrafen lopen we deze punten systematisch langs.

2 COMPLEXITEIT RISICOVEREVENING

De vraag of de risicoverevening complex is en of deze drempels opwerpt voor nieuwe toetreders is in algemene termen lastig te beantwoorden. Het is daarbij van belang om onderscheid te maken tussen het onderzoek op het terrein van de risicoverevening en de uitvoering van de risicoverevening. De schatting van de ex ante risicovereveningsmodellen en de daarbij uitgevoerde databewerkingen zijn zonder meer complex. Gedetailleerde kennis hiervan is echter niet noodzakelijk voor de uitvoering van de risicoverevening door de zorgverzekeraars.

Op het terrein van de uitvoering is het beeld genuanceerder. De ex ante risicoverevening stoelt geheel op lineaire modellen (vaste bedragen voor leeftijd/geslachtsgroepen, en toe- en afslagen voor de andere vereveningskenmerken), waarmee een zorgverzekeraar op eenvoudige wijze de ex ante vereveningsbijdrage voor alle relevante verzekerdcategorieën kan bepalen. Dit vereist geen omvangrijke gespecialiseerde kennis bij een zorgverzekeraar. In het algemeen wordt de complexiteit van het risicover-

eveningsmodel schromelijk overdreven. Door de bijna volledige afschaffing van de ex post compensaties sinds dit jaar is de uitvoering van de risicoverevening bovendien sterk vereenvoudigd en behoren grote discrepanties tussen ex ante en ex post naar verwachting tot het verleden. Vooral de afschaffing van de hogekostenverevening (HKV) in de somatische Zvw-zorg reduceert de complexiteit van de risicoverevening en beperkt de uitvoeringsproblemen van zorgverzekeraars.¹ Voor dit deel van de uitvoering is geen sprake van majeure toetredingsdrempels.

Het voorafgaande laat onverlet dat de eisen die aan de vastlegging en de verantwoording van de kosten worden gesteld, omvangrijk zijn en daardoor tot relatief grote uitvoeringskosten (waaronder accountantskosten, computersystemen e.d.) leiden. Dit deel van de uitvoering gaat gepaard met relatief hoge vaste kosten, die vooral bij de zorgverzekeraars met een kleinere schaal relatief zwaar wegen. Voor nieuwe toetreders kan dit een drempel opwerpen.²

Zorgverzekeraars klagen vaak dat de resultaten van de risicoverevening onvoldoende zijn te voorspellen door de voortdurende beleidswijzingen in de zorgsector en veranderende bekostigingssystemen voor de zorgaanbieders. De enorme snelheid van de wijzigingen in wet- en regelgeving maakt het bovendien lastig om up to date te blijven. Doordat zorgverzekeraars pas na een aantal jaren voldoende duidelijkheid hebben over hun financiële resultaat in de risicoverevening, duurt het lange tijd voordat zij voldoende inzicht hebben in de gevolgen van systeemwijzingen. Bij de opstelling van de risicovereveningsmodellen wordt via simulaties weliswaar zo goed mogelijk rekening gehouden met pakketwijzigingen en gewijzigde bekostigingssystemen, maar dit blijft een stilering van de werkelijkheid. Voor zorgverzekeraars zijn de effecten van beleidsmaatregelen inderdaad lastig in te schatten, maar dit is een probleem waar alle zorgverzekeraars mee worstelen; niet specifiek een probleem van kleine zorgverzekeraars of nieuwe toetreders.

3 STRUCTUUR VAN DE RISICOVEREVENING

Zorgverzekeraars begrijpen in het algemeen vrij goed dat het perfecte risicovereveningsmodel alleen in theorie bestaat, ook al bestaat er nog een

¹ In het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ is de HKV dit jaar nog gehandhaafd.

² Een mogelijkheid om dit probleem te verminderen, is door de verzekering in volmacht laten uitvoeren door een van de thans bestaande assuradeuren.

aantal mogelijkheden tot verbetering van het risicovereveningsmodel. Zorgverzekeraars zijn niet negatief, over het risicovereveningsmodel, maar stellen dat het risicovereveningsmodel niet mag aanzetten tot risicoselectie. Zij wijzen erop dat zorgverzekeraars zich vaak sterk op jonge verzekerden richten. De jonge verzekerden zijn ook de doelgroep van nieuwe labels en van potentiële nieuwe toetreders. De vraag is of dit duidt op risicoselectie, te meer omdat zorgverzekeraars voor deze groep verzekerden een relatief lage vereveningsbijdrage ontvangen. Het ligt eerder voor de hand dat zorgverzekeraars hun marketinginspanningen vooral op deze groep richten, omdat deze jonge (gezonde en prijsbewuste) groep verzekerden eerder van zorgverzekeraar verandert dan de overige verzekerden.

Kleine zorgverzekeraars wijzen erop dat de structuur van de risicoverevening is geënt op de wet van de grote aantallen. Die wet is op hen in minder sterke mate van toepassing dan op de grote landelijke zorgverzekeraars. Dat geldt te meer voor kleine regionale zorgverzekeraars, die soms worden geconfronteerd met specifieke regionale omstandigheden. De vraag is of hiervoor kan en moet worden gecorrigeerd in een risicovereveningsmodel, omdat specifieke regionale omstandigheden en het eigen beleid van een zorgverzekeraar moeilijk van elkaar zijn te onderscheiden. Dat kleine zorgverzekeraars schaalnadelen ondervinden van de wet van de grote aantallen, staat buiten kijf. In de volgende paragraaf kom ik hier op terug.

4 EX POST COMPENSATIES EN ALTERNATIEVEN

Ex post compensaties zijn vooral voor de kleinere zorgverzekeraars van belang. Voor hen werkt de wet van de grote aantallen – de basis van verzekeren – minder goed dan voor de grote landelijke zorgverzekeraars. Ex post compensaties zijn een vorm van risicodeling tussen overheid en zorgverzekeraars, en tussen zorgverzekeraars onderling. Deze ex post compensaties zijn in de loop van de tijd grotendeels afgebouwd, mede onder invloed van verbeteringen in het risicovereveningsmodel en de beleidsmatige wens om zorgverzekeraars financieel verantwoordelijk te maken voor uitgavenoverschrijdingen in de Zvw (via afschaffing van de macronacalculatie). Alleen in de geneeskundige GGZ is nog sprake van relatief grote ex post compensaties (HKV en bandbreedteregeling), omdat dit risicovereveningsmodel nog verbetering behoeft.

De grote zorgverzekeraars kunnen prima zonder de meeste ex post compensaties. Zij hebben in het verleden herhaaldelijk gepleit voor afschaffing

van de ex post compensaties om de doelmatigheidsprikkels van de risicoverevening te versterken. Door afschaffing van ex post compensaties moeten vooral kleine zorgverzekeraars hogere reserves aanhouden of zich proberen te herverzekeren. Dit laatste is vermoedelijk een kostbare zaak. Het wegvallen van de ex post compensaties vergroot de toetredingsdrempels voor nieuwe zorgverzekeraars.

Suggesties om de top 10% of top 8% van de verzekerden met de hoogste schadelast buiten de risicoverevening te houden en deze ex post te verevenen, staan op gespannen voet met de doelmatigheidsprikkels van de risicoverevening. Deze verzekerden nemen immers een buitenproportioneel deel van de zorgkosten voor hun rekening. Als deze kosten buiten de ex ante risicoverevening worden gehouden, wordt het draagvlak van de ex ante risicoverevening sterk versmald en worden de doelmatigheidsprikkels sterk afgezwakt. Dit is naar mijn mening onwenselijk.

5 FINANCIERING EN BEVOORSCHOTTING

Voor zorgverzekeraars met een grote instroom van nieuwe verzekerden en startende zorgverzekeraars is het lastig om het CVZ tijdig van informatie te voorzien voor de bevoorschotting. Dat is een terechte kanttekening. In de praktijk hoeft dit echter niet te leiden tot liquiditeitsproblemen:

- Ten eerste voert het CVZ in maart al een eerste herberekening van de vereveningsbijdrage uit op basis van actuele verzekerdencijfers en past het op basis daarvan de maandelijkse bevoorschotting aan. Dit werkt alleen voor reeds bestaande zorgverzekeraars, omdat in de maartberekening rekening wordt gehouden met het gemiddelde verzekerdenprofiel van de zorgverzekeraars. Bij een sterk gewijzigde samenstelling van de verzekerdenportefeuille moet een zorgverzekeraar zelf actie ondernemen richting het CVZ en het verzoek om een ruimere bevoorschotting goed onderbouwen. Voor startende zorgverzekeraars geldt een analoge procedure. Zij moeten hun verzekerdenaantallen opgeven aan het CVZ en kunnen onderbouwd een voorschot aanvragen.
- Ten tweede innen zorgverzekeraars aan het begin van het jaar of eventueel maandelijks de nominale premie, terwijl de zorgkosten pas na verloop van tijd worden gemaakt.
- Ten derde veranderen vooral jonge en gezonde verzekerden van zorgverzekeraar. Dit verzacht de financieringsproblematiek van de nieuw instromende verzekerden.

Voor zover kan worden overzien, leidt de huidige systematiek van financiering en bevoorschotting niet onoverkomelijke toetredingsdrempels voor

nieuwe zorgverzekeraars. Daarbij komt dat vrijwel elke startende onderneming in de praktijk financiering nodig heeft voor de aanloopkosten. De kosten gaan immers voor de baten uit. Dat geldt dus ook voor zorgverzekeraars.

6 CONCLUSIES

De voorgaande analyse wijst niet op grote toetredingsdrempels ten gevolge van de risicoverevening voor nieuwe zorgverzekeraars. Wel leiden de eisen die aan de vastlegging en verantwoording van de kosten worden gesteld voor een kleinere zorgverzekeraar tot relatief hoge uitvoeringskosten. Dit kan mogelijk een drempel opwerpen voor nieuwe toetreders. Daarnaast maakt het wegvallen van de ex post compensaties de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars lastiger.

Den Haag, 21 maart 2012.

Drs. R. Goudriaan
(Directeur APE bv)