

Sv.

SAMENVATTING

In competitieve markten voor individuele zorgverzekeringen laten risicoafhankelijke premies verschillen zien tussen subgroepen van verzekerden die worden bepaald door risicofactoren zoals leeftijd, geslacht, gezinsomvang, geografisch gebied, beroep, lengte van de contracttermijn, individuele of collectieve contracten, de hoogte van het vrijwillige eigen risico, gezondheidsstatus op het moment van inschrijving, leefstijl (roken, drinken, bewegen) en – via gedifferentieerde bonussen voor meerjarige no-claim – kosten in het verleden (Van de Ven et al. 2000). Financiële overdrachten zijn nodig om te voorkomen dat degenen met een hoog gezondheidsrisico in financiële zin moeite krijgen om zich te verzekeren. De beste oplossing om de betaalbaarheid van verzekeringsdekking voor hogerisico-verzekerden te verbeteren is een sponsor te vinden die een gereguleerd systeem van risicoafhankelijke premiesubsidies organiseert (Van de Ven et al. 2000). De financiële overdrachten lopen dan via een zogenaamd risicovereveningsfonds (REF). Door premiesubsidies zal de prijsconcurrentie tussen verzekeraars niet worden verstoord en daarom blijven de prikkels tot doelmatigheid onverminderd bestaan. In alle landen waar risicoafhankelijke premiesubsidies in hun zorgverzekeringsmarkten voorkomen worden deze in de vorm van risicoverevening tussen verzekeraars georganiseerd.

Hoewel de hoogte van de premies naar allerlei subgroepen kan worden gedifferentieerd, zal een sponsor niet alle premievariatie willen subsidiëren die in de praktijk voorkomt. De totale verzameling van risicofactoren die verzekeraars gebruiken om de hoogte van hun premies te differentiëren kan in twee deelverzamelingen worden gesplitst: de deelverzameling van risicofactoren die tot premievariatie leiden die de sponsor besluit te subsidiëren, de S(ubsidie)-type risicofactoren; en de deelverzameling van risicofactoren die tot premievariatie leiden die de sponsor besluit niet te subsidiëren, de N(on-subsidie)-type risicofactoren (Van de Ven en Ellis 2000, p. 768-769). In de meeste landen zullen waarschijnlijk geslacht, gezondheidsstatus en leeftijd tot op zekere hoogte als S-type risicofactoren worden beschouwd. Voorbeelden van mogelijke N-type risicofactoren zijn een grote geneigdheid tot medische consumptie, in een regio wonen met hoge prijzen en/of overcapaciteit wat resulteert in aanbodgeïnduceerde vraag of het gebruik van zorgaanbieders met een ondoelmatige wijze van praktijkvoering (Van de Ven et al. 2000). De sponsor bepaalt de specifieke indeling in S-type en N-type risicofactoren. In het geval dat de overheid de rol van de sponsor op zich neemt, wordt deze indeling uiteindelijk bepaald door de waardeoordelen van de samenleving.

Volgens de geldende wetgeving heeft de Nederlandse overheid gekozen om alleen kruissubsidies te geven voor kostenvariatie tussen subgroepen die zijn gebaseerd op de S-type risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheidsstatus (MoHWS 2005, p. 23). Leeftijd en geslacht zijn beschikbaar in de administraties van alle Nederlandse

verzekeraars en kunnen daarom relatief eenvoudig in de Nederlandse REF vergelijking (2.1) worden ingevoegd. Echter, de empirische mogelijkheden om een REF criterium voor gezondheid op individueel verzekerdenniveau in de REF vergelijking op te nemen zijn nogal beperkt. De Nederlandse REF vergelijking bevat in 2004 al een indrukwekkende reeks van op gezondheid gebaseerde administratieve criteria, inclusief de Farmacie Kosten Groepen (FKGs) en de Diagnose Kosten Groepen (DKGs). Hedentendage is dit het meest uitgebreide REF model op individueel verzekerdenniveau in de wereld. Het is echter nog steeds een open vraag in hoeverre zelfs deze uitgebreide verzameling van REF criteria risicoafhankelijke premiesubsidies (of: kruissubsidies) genereert die overeenkomen met de beleidsdoelen van de Nederlandse overheid. De centrale vraag van deze studie is daarom:

"In hoeverre leidt het Nederlandse risicovereveningsmodel uit 2004 tot risicoafhankelijke premiesubsidies die met de door de Nederlandse overheid geformuleerde beleidsdoelen overeenkomen en (hoe) kunnen deze subsidies worden verbeterd?"

Om een antwoord op deze centrale vraag te geven, worden drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Gegeven de definitie van het basispakket, hoe kunnen we de kruissubsidies berekenen zoals die door de Nederlandse overheid zijn bedoeld? (Hoofdstukken 3, 4 en 5)
2. In hoeverre kunnen de bedoelde kruissubsidies worden benaderd door de operationalisaties voor gezondheidsstatus die in 2004 in de Nederlandse REF vergelijking zijn opgenomen? (Hoofdstuk 6)
3. In hoeverre kunnen de bedoelde kruissubsidies worden benaderd door alternatieve specificaties van het Nederlandse REF model uit 2004 of door premieregulering? (Hoofdstukken 7 en 8)

De belangrijkste bijdrage van deze studie is de ontwikkeling en empirische toepassing van een theoretisch raamwerk om de mate te bepalen waarin REF modellen tot de beoogde kruissubsidies leiden. Er wordt hierbij uitgegaan van periodieke acceptatieplicht van verzekerden door verzekeraars voor het gespecificeerde basispakket van vergoedingen en het bestaan van een systeem van risicoafhankelijke premiesubsidies. Echter, in deze studie wordt aangenomen dat de hoogte van de premies in de competitieve markt voor individuele zorgverzekeringen niet is gereguleerd.

In deze studie wordt een procedure ontwikkeld om te toetsen of een gegeven verzameling van REF criteria adequate compensatie biedt voor kostenvariatie

die door S-type risicofactoren wordt veroorzaakt (Hoofdstuk 1). Er wordt een overzicht gegeven van de relevante literatuur op het gebied van (hoofdzakelijk) administratieve operationalisaties van gezondheidsstatus die thans in gebruik of in onderzoek zijn. De in latere hoofdstukken toe te passen methodologie wordt nader uitgewerkt en in wiskundige termen beschreven. Verder worden richtlijnen gegeven voor de interpretatie van de resultaten en de vergelijkingen van de resultaten die het meest relevant bij het vinden van een antwoord op de centrale vraag van deze studie (Hoofdstuk 2).

Om de voorgestelde toetsprocedure toe te kunnen passen is een op maat gesneden gezondheidsenquête onder meer dan 50.000 ziekenfondsverzekerden uitgezet, zodanig dat hun gezondheidsprofiel veel preciezer kan worden beschreven dan als alleen van de REF criteria gebruik gemaakt kan worden (Hoofdstuk 3). De gezondheidsstatus variabelen zijn in deze studie uitgebreid getoetst op compleetheid, betrouwbaarheid en validiteit (Hoofdstuk 4).

In deze studie wordt aangenomen dat de Nederlandse overheid uitsluitend kruissubsidies wil voor geobserveerde kostenvariatie die wordt veroorzaakt door de S-type risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheidsstatus. Met betrekking tot een beperkte steekproef van gerespondeerde verzekerden wordt een alternatief risicovereveningsmodel op individueel verzekerdeniveau opgezet dat deze kostenvariatie zo goed als mogelijk beschrijft door alle operationalisaties van de S-type risicofactoren te gebruiken die in de gezondheidsenquête en administratieve bronnen aanwezig zijn (Hoofdstuk 5). De zogenaamde normatieve kosten die volgen uit dit alternatieve risicovereveningsmodel worden dan vergeleken met de REF voorspelde kosten die op de verzameling van REF criteria zijn gebaseerd die zijn meegenomen in de specificatie van de Nederlandse REF vergelijking uit 2004: leeftijd, geslacht, verzekeringsgrond, regio, FKGs en DKGs (Hoofdstuk 6). Aan de hand van dezelfde toetsprocedure kunnen tevens de juistheid van de kruissubsidies uit alternatieve specificaties van het REF model worden getoetst (Hoofdstuk 7). Ten slotte wordt aangetoond dat een verbetering van het REF model als strategie de voorkeur verdient om de financiële toegang tot verzekeringsdekking te vergroten dan impliciete kruissubsidies die door premierrestricties worden gecreëerd (Hoofdstuk 8).

Een antwoord op de eerste onderzoeksvraag

De eerste onderzoeksvraag is hoe de kruissubsidies kunnen worden berekend zoals deze door de Nederlandse overheid zijn bedoeld, uitgaande van de bestaande invulling van het basispakket. In Hoofdstuk 5 worden de normatieve kosten voor een beperkte groep verzekerden (N=18.617) bepaald onder de veronderstelling dat de samenleving kruissubsidies wil voor kostenverschillen die door de S-type risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand worden bepaald. De

normatieve kosten volgen uit een lineaire regressie van waargenomen kosten op een uitgebreide reeks van gezondheidsvariabelen uit de gezondheidsenquête en administratieve bronnen onder de aanname dat deze een adequate weergave van de S-type risicofactoren vormen.

Uit het literatuuroverzicht in Hoofdstuk 2 blijkt dat de meest veelbelovende kandidaten bij de operationalisatie van gezondheidstoestand in de REF vergelijking zelfgerapporteerde metingen van ervaren gezondheid, functionele gezondheid en chronische aandoeningen zijn. Als leidraad bij de specifieke keuze uit de operationalisaties van gezondheidsstatus wordt het conceptuele model van Ruwaard en Kramers (1997) toegepast. De gekozen operationalisaties van gezondheidsstatus zijn de acht SF-36 schalen fysieke gezondheid (PF), rol-fysieke gezondheid (RP), lichamelijke pijn (BP), algemene gezondheid (GH), vitaliteit (VT), sociaal functioneren (SF), rol-emotioneel (RE) en mentale gezondheid (MH), drie categorieën gebaseerd op het aantal OECD beperkingen (horen, zien en bewegen) en drie categorieën gebaseerd op het aantal specifieke zelfgerapporteerde chronische aandoeningen. De SF-36 is een 36-item instrument voor het meten van gezondheidstoestand en uitkomsten vanuit het patiëntperspectief en is ontwikkeld voor gebruik in de klinische praktijk en onderzoek, evaluaties van gezondheidsbeleid en enquêtes onder algemene populaties (Ware en Hayes 1988, Aaronson et al. 1998). FKGs en DKGs zijn ten slotte aan de normatieve kostenvergelijking toegevoegd omdat het niet noodzakelijkerwijs zo is dat hogere kosten van medische zorg samengaan met lagere scores op de hierboven genoemde gezondheidsschalen (Newhouse 1989).

In Hoofdstuk 3 worden de data beschreven die in deze studie zijn gebruikt. Een uitgebreide reeks van gezondheidsvariabelen is door middel van een op maat gesneden gezondheidsenquête verkregen die in 2001 onder 50.022 Agis verzekerden is gehouden. De bruto respons op de zgn. Agis Gezondheidsenquête 2001 was 23.163 (46,3%). Voor het doel van dit onderzoek zijn 18.617 records in het onderzoeksbestand geschikt omdat voor deze respondenten valide SF-36 scores konden worden afgeleid en de administratieve gegevens uit de jaren 2001 en 2002 zowel beschikbaar als valide waren. Validiteit en betrouwbaarheid van de acht SF-36 schalen wordt getoetst en akkoord bevonden in Hoofdstuk 4. Verder is een gegevensverzameling met een panelstructuur voor de jaren 1997-2002 afgeleid uit de ziekenfondsadministratie van Agis Zorgverzekeringen (en haar voorgangers) en zijn additionele onderzoeksgegevens beschikbaar gesteld door Nederlandse onderzoeksbedrijven (APE Public Economics en Prismant, respectievelijk gevestigd te Den Haag en Utrecht).

Normatieve kosten volgen uit de met lineaire regressie geschatte vergelijking (2.4) als zijnde de kosten die in 2002 worden verwacht uitgaande van de subgroepen

die zijn gebaseerd op de zogenaamde S-type criteria leeftijd en geslacht, de niet gerangordende versies van de FKGs en de DKGs, de acht SF-36 schalen, het aantal OECD beperkingen en het aantal zelfgerapporteerde chronische aandoeningen. Merk op dat, in tegenstelling tot de (gerangordende versies van de) FKGs en DKGs in de REF vergelijking van 2004, verzekerden in de normatieve vergelijking in meerdere FKGs en DKGs tegelijkertijd kunnen worden ingedeeld. Een antwoord op de eerste onderzoeksvraag is dat kruissubsidies zoals bedoeld door de sponsor voor een beperkte steekproef van respondenten op de enquête kunnen worden berekend door de aanpak te volgen die in deze studie is ontwikkeld.

Een antwoord op de tweede onderzoeksvraag

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden moet worden nagegaan in welke mate de REF criteria in de Nederlandse REF vergelijking van 2004 leiden tot de kruissubsidies zoals de Nederlandse overheid ze heeft bedoeld. Om exact in overeenstemming te zijn met de beleidsdoelen van de sponsor worden de kruissubsidies idealiter gebaseerd op de normatieve kosten. In dat hypothetische geval geldt voor de subgroepen die door de S-type criteria worden gevormd dat de REF verwachte kosten gelijk zijn aan de normatieve kosten. Vandaar dat de daadwerkelijk in de praktijk ingevoerde kruissubsidies kunnen worden getoetst door na te gaan in hoeverre de REF voorspelde kosten afwijken van deze normatieve kosten voor de subgroepen zoals gedefinieerd door de S-type criteria.

In Hoofdstuk 6 wordt een toets uitgevoerd op de criteria die in 2004 in de Nederlandse REF vergelijking zijn opgenomen, uitgaande van de normatieve kosten zoals afgeleid in Hoofdstuk 5. Uit vergelijking (2.6) volgt dat de gewogen gemiddelde afwijkingen van de REF voorspelde kosten ten opzichte van de normatieve kosten voor de subgroepen gedefinieerd door de S-type criteria gelijk is aan 198. Dit getal zou 687 zijn geweest indien er helemaal geen criteria in vergelijking (2.1) zouden zijn opgenomen, met andere woorden indien de REF verwachte kosten voor alle verzekerden gelijk zijn aan de gemiddelde waargenomen kosten in de totale onderzoekspopulatie. Hieruit volgt dat $1 - (198/687) \times 100\% = 71.2\%$ van de door de Nederlandse overheid beoogde kruissubsidies kunnen worden bereikt met de REF criteria die in 2004 in de Nederlandse REF vergelijking voorkomen. Deze vaststelling vormt het antwoord op de tweede onderzoeksvraag.

REF voorspelde kosten en normatieve kosten kunnen ook worden vergeleken voor subgroepen die door de REF criteria worden bepaald (in plaats van de S-type criteria). Afwijkingen van de REF voorspelde kosten ten opzichte van de normatieve kosten mogen worden toegerekend aan N-type risicofactoren. REF voorspelde kosten voor arbeidsongeschikte verzekerden blijken met 420 euro (15,1%) te

worden overgecompenseerd, bijstandsgerechtigde verzekerden en zelfstandige ondernemers worden ondergecompenseerd met respectievelijk 327 euro (16,2%) en 162 euro (16,2%) ten opzichte van normatieve kosten. Verzekerden woonachtig in het eerste regionale cluster van ZIP codes worden gemiddeld met 245 euro (13,6%) overgecompenseerd ten opzichte van normatieve kosten, terwijl verzekerden die in de regionale clusters 6, 7 en 8 wonen respectievelijk met 190 euro (10,7%), 94 euro (5,4%) en 171 euro (11,4%) worden ondergecompenseerd. Ten aanzien van de 2004 specificatie van de Nederlandse REF vergelijking moet de aanname daarom worden verworpen dat deze REF criteria "zuivere" operationalisaties van gezondheidsverschillen zijn, d.w.z. deze REF criteria leiden in de praktijk onbedoeld tot compensatie voor N-type kostenvariatie. Het is in deze context belangrijk op te merken dat de onderzoeksresultaten in deze studie betrekking hebben op verzekerden van slechts één verzekeraar, die daarom niet kunnen worden beschouwd als representatief voor alle Nederlandse provincies.

Verder blijkt dat REF voorspelde kosten voor zelfstandige ondernemers lager uitvallen dan die voor werknemers in loondienst, terwijl dat niet geldt voor de normatieve kosten van deze subgroepen. Blijkbaar leidt toepassing van het REF criterium verzekeringsgrond in onvoldoende mate tot compensatie voor S-type kostenvariatie. Er zij opgemerkt dat dit probleem niet kan worden opgelost door de subgroepen van werknemers in loondienst en van zelfstandige ondernemers tot één subgroep te combineren, een oplossing waarover hevig gedebatteerd werd in de context van de 2004 specificatie van de Nederlandse REF vergelijking.¹⁵³ Uiteindelijk besloot de Nederlandse overheid om werknemers in loondienst en zelfstandige ondernemers als aparte subgroepen in de REF vergelijking van 2004 op te nemen, onder de veronderstelling dat het verschil hoofdzakelijk aan de S-type risicofactor gezondheid kon worden toegeschreven. Op basis van de resultaten in deze studie blijkt nu echter dat dit besluit om de lagere risicoafhankelijke premiesubsidies voor zelfstandige ondernemers te genereren ingaat tegen de beleidsdoelen zoals de Nederlandse overheid die heeft geformuleerd.

Idealiter wordt een afwijking tussen REF voorspelde kosten en de normatieve kosten zoals bij zelfstandige ondernemers weggenomen zodanig dat de REF criteria niet langer kruissubsidies voor N-type kostenvariatie genereren. Dit kan worden bereikt door een aanpassing van de REF gewichten, bijvoorbeeld door toepassing van de zogenaamde weggelaten variabelen benadering dan wel de zogenoemd normatieve aanpassingsprocedure die in deze studie is ontwikkeld. De weggelaten variabelen benadering om N-type vertekening van de REF gewichten

153. Een dergelijke oplossing zou namelijk ten koste gaan van lagere risicoafhankelijke premiesubsidies voor de werknemers in loondienst.

te verwijderen is voorgesteld door Schokkaert, Dhaene en Van de Voorde (1998) en Schokkaert en Van de Voorde (2004). Echter, de afname van het verschil tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten blijkt nogal beperkt bij deze methode, tenminste gegeven het onderzoeksbestand dat in deze studie is gebruikt en gegeven de specifieke operationalisatie van N-type criteria. Een alternatieve methode om de REF gewichten aan te passen is om deze te vervangen door de zogenoemd normatief aangepaste REF gewichten uit vergelijking (2.8). In dat geval wordt alle N-type vertekening van de onaangepaste REF gewichten weggenomen.

Aanpassing van de REF gewichten volgens de weggelaten variabelen benadering leidt tot risicoafhankelijke premiesubsidies die voor $(1-201/687) \times 100\% = 70.7\%$ aan de door de Nederlandse overheid gestelde doelen beantwoorden. De normatieve aanpassing van de REF gewichten geeft een uitkomst van $(1-209/687) \times 100\% = 69.6\%$. Blijkbaar gaat het verwijderen van N-type vertekening uit de REF gewichten gepaard met een beperkte afname van de mate waarin de REF criteria tot compensatie voor S-type kostenvariatie leiden. Daarom wordt aanbevolen om normatief aangepaste gewichten in een REF vergelijking te gebruiken in plaats van onaangepaste REF gewichten indien de afname van compensatie voor S-type kostenvariatie niet al te groot is.

Een antwoord op de derde onderzoeksvraag

Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden moet worden bepaald in welke mate de beoogde kruissubsidies kunnen worden verkregen door toepassing van alternatieve specificaties van het Nederlandse REF model uit 2004 of door premiereregulering. In Hoofdstuk 6 zijn de REF gewichten aangepast om zo het verschil tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten te verkleinen voor de subgroepen van de REF criteria. Echter, bij deze aanpassing van gewichten is de verzameling van toegepaste REF criteria uit de REF vergelijking van 2004 ongewijzigd gebleven. In Hoofdstuk 7 worden alternatieve specificaties van het Nederlandse REF model uit 2004 getoetst om het verschil te reduceren tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten voor de subgroepen zoals bepaald door de S-type criteria. Deze procedure kan leiden tot kruissubsidies die beter aansluiten op de beleidsdoelen van de sponsor.

Als eerste voorbeeld worden zogenoemde paramedische kosten groepen (PMKGs), medische hulpmiddelen kosten groepen (MHKGs) en mentale farmacie kostengroepen (MFKGs) geconstrueerd op basis van administratieve data. Paramedische indicatoren van chronische aandoeningen worden gebruikt als indicatoren van fysieke beperkingen, medische hulpmiddelen als indicatoren van functionele problemen en geneesmiddelen die op het zenuwstelsel inwerken als indicatoren

van geestelijke aandoeningen. Deze mogelijk nieuwe REF criteria zijn afgeleid van de declaratiegegevens uit de ziekenfondsadministratie van Agis. Toevoeging van de PMKGs, MHKGs en MFKGs aan de specificatie van de Nederlandse REF vergelijking uit 2004 blijkt tot een substantiële reductie van het gat tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten te leiden. Op basis van vergelijking (2.6) blijkt het gewogen gemiddelde van de absolute verschillen tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten voor de subgroepen van de S-type criteria gelijk te zijn aan 157. Gegeven dat dit 687 zou zijn bij afwezigheid van een systeem van risicoafhankelijke premiesubsidies betekent dit dat $(1 - 157/687) \times 100\% = 77.1\%$ van de bedoelde kruissubsidies kan worden behaald door toevoeging van de bovengenoemde REF criteria aan de Nederlandse REF vergelijking van 2004. Merk op dat dit getal gelijk is aan 71.2% zonder toevoeging van deze nieuwe REF criteria. Er kan worden geconstateerd dat toevoeging van PMKGs, MHKGs en MFKGs tot een substantiële verbetering van de risicoafhankelijke premiesubsidies zal leiden, alhoewel er ruimte voor verbetering blijft bestaan.

Als tweede voorbeeld wordt een specifieke vorm van ex-post risicodeling getoetst als supplement voor incomplete en/of imperfecte REF criteria. Er wordt een vorm toegepast dat in beperkte mate een variant is van het systeem van ex-post risicodeling zoals dat in 2004 in Nederland werd toegepast: 100% retrospectieve vergoeding van de vaste kosten ziekenhuisverpleging en 90% compensatie van de kosten variabele kosten ziekenhuisverpleging, specialistische hulp en overige prestatie boven een drempel van EURO 12.500. In deze studie blijkt het gat tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten hierdoor voor een groot deel te kunnen worden gereduceerd. Het gewogen gemiddelde van de verschillen tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten voor de subgroepen die zijn gebaseerd op de S-type criteria is in dit geval gelijk aan 141. Daarom kan $(1 - 141/687) \times 100\% = 79.5\%$ van de beoogde kruissubsidies worden behaald door toepassing van het hiervoor genoemde systeem van ex-post risicodeling als supplement bij de Nederlandse REF vergelijking in 2004. Ex-post risicodeling zal ook een belangrijke bijdrage blijven leveren na toevoeging van de PMKGs, MHKGs en MFKGs aan de REF vergelijking. Er zij opgemerkt dat de invoering van een ex-post arrangement in de praktijk zal leiden tot een vermindering van de prikkels tot doelmatigheid en daarom tot een te maken afweging met de gewenste verbetering van de premiesubsidies.

Als derde voorbeeld worden de REF gewichten afgeleid binnen een het kader van een GLM model onder de veronderstelling van een Gamma verdeling en een log link tussen REF voorspelde kosten en de REF criteria. De afstand tussen REF voorspelde kosten en normatieve kosten blijkt aanmerkelijk te worden verkleind voor bijna alle subgroepen die door de S-type criteria worden gedefinieerd, hoewel

deze afname kleiner is dan bij de hierboven genoemde varianten van het Nederlandse REF model uit 2004. Het gewogen gemiddelde van de afwijkingen van REF voorspelde kosten van de normatieve kosten is 172 voor de subgroepen die zijn gebaseerd op de S-type criteria. Daarmee wordt $(1 - 172/687) \times 100\% = 75.0\%$ van de beoogde kruissubsidies behaald als gevolg van deze aangepaste statistische specificatie van het REF model.

Door deze hele studie heen is aangenomen dat er sprake is van periodieke acceptatieplicht voor verzekeraars ten aanzien van het basispakket van vergoedingen, zijn verzekeraars vrij om de hoogte van hun premies te differentiëren en is er sprake van een systeem van risicoafhankelijke premiesubsidies dat door een sponsor wordt georganiseerd om de financiële toegang tot verzekeringsdekking voor hogerisicoverzekerden te garanderen. Echter, geen van de specificaties van het REF model blijkt tot kruissubsidies te leiden die volledig compenseren voor S-type kostenvariatie. Daarom kan de sponsor in de verleiding komen om premierestricties in te voeren om alsnog de financiële toegang tot verzekeringsdekking voor hogerisicoverzekerden veilig te stellen.

Premies zijn de directe betalingen die verzekerden doen aan hun verzekeraars en de premiestelling kan worden gereguleerd door de sponsor. Premiereregulering kent verschillende vormen: een uniforme premie per verzekeraar, een verbod op het gebruik van bepaalde risicofactoren bij de premiestelling of het instellen van een bandbreedte (per premieklasse). Het alleen toestaan van uniforme premies per verzekeraar is de meest extreme vorm van premiereregulering, omdat iedereen die bij eenzelfde verzekeraar is verzekerd dezelfde premie moeten betalen voor het basispakket onafhankelijk van het individuele risicoprofiel. Echter, hoewel premierestricties zijn bedoeld om impliciete kruissubsidies te genereren voor S-type kostenvariatie, leiden zij ook tot impliciete kruissubsidies voor kostenvariatie veroorzaakt door N-type risicofactoren hetgeen per definitie in conflict is met de doelen die de sponsor beoogt. Gegeven het in deze studie ontwikkelde theoretische raamwerk, is het mogelijk om precies te bepalen hoeveel impliciete kruissubsidie er als gevolg van premierestricties tussen subgroepen voor S-type kostenvariatie wordt gegenereerd en hoeveel voor N-type kostenvariatie.

Hoofdstuk 8 laat zien dat een uniforme premie voor de meeste subgroepen die zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde historische medische consumptie, gezondheidsstatus, ziektes en aandoeningen tot kruissubsidies voor voornamelijk S-type kostenvariatie leidt. Echter, de voorspelbare winsten en verliezen blijken voornamelijk bepaald door N-type risicofactoren voor de subgroepen van verzekerden die zijn samengesteld op basis van het aantal jaren dat zij ieder jaar voorafgaand aan 2002 tot de 25% verzekerden met de meeste zorgkosten behoorden. Hieruit volgt

dat voor sommige subgroepen van verzekerden de premierestricties impliciete kruissubsidies genereren die grotendeels in overeenstemming zijn met de beleidsdoelen van de sponsor, maar voor andere subgroepen zijn deze kruissubsidies juist overwegend strijdig met die beleidsdoelen.

Nederlandse verzekeraars is het volgens de Zorgverzekeringswet 2006 toegestaan om de hoogte van hun premies te differentiëren naar de twaalf provincies. Uit de resultaten van Hoofdstuk 8 blijkt nu dat, gegeven de specificatie van de Nederlandse REF vergelijking uit 2004, de mogelijke variatie in de hoogte van de provinciale premies hoofdzakelijk kan worden toegerekend aan N-type risicofactoren. Dit blijkt zelfs nog meer het geval te zijn indien de vertekening door N-type risicofactoren uit de REF gewichten is verwijderd. Dit onderzoeksresultaat rechtvaardigt het besluit van de Nederlandse overheid om premieverschillen naar de twaalf provincies toe te staan: compensatie voor regionale S-type kostenvariatie blijkt al adequaat door de REF vergelijking te worden gegenereerd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoeksgegevens in deze studie betrekking hebben op de verzekerden van slechts één verzekeraar, die daarom niet kunnen worden beschouwd als representatief voor alle Nederlandse provincies.

Het antwoord op de derde onderzoeksvraag van deze studie is dat alternatieve specificaties van het REF model uit 2004 tot een substantiële verbetering van de kruissubsidies kunnen leiden. Tot 79.5% van de door de Nederlandse overheid beoogde kruissubsidies kan worden bereikt door toepassing van een systeem van ex-post risicodeling, echter een nadeel van een dergelijk systeem is dat dit ten koste gaat van de prikkel tot doelmatigheid. Dit nadeel bestaat niet in geval van toevoeging van nieuwe criteria zoals PMKGs, MHKGs en MFKGs aan de verzameling van REF criteria uit 2004 of als een multiplicatieve in plaats van additieve specificatie van de REF vergelijking wordt toegepast. In deze laatste gevallen kunnen respectievelijk 77.1% en 75.0% van de beoogde kruissubsidies worden bereikt.

Als de verbeterde kruissubsidies nog niet volledig beantwoorden aan de beleidsdoelen van de sponsor, dan kunnen premierestricties zorgen voor de benodigde kruissubsidiëring tussen de subgroepen die op de S-type risicofactoren zijn gebaseerd. Echter, voor andere subgroepen van verzekerden kunnen deze premierestricties ook leiden tot niet beoogde kruissubsidies voor N-type kostenvariatie. Tegelijkertijd ontstaan ook prikkels tot selectie met mogelijk negatieve effecten op kwaliteit van de zorg, betaalbaarheid van de verzekeringsdekking voor hogerisicoverzekerden en doelmatigheid in de productie van zorg (Van de Ven, Van Vliet en Lamers 2004). Toepassing van premierestricties als aanvulling op de risicoafhankelijke premiesubsidies moet daarom noodzakelijk en proportioneel

zijn voor het behalen van de gestelde beleidsdoelen en vereist een zorgvuldige afweging tegen de prikkels tot selectie (en hun mogelijk negatieve gevolgen) die hiermee worden geïntroduceerd.

Een antwoord op de centrale vraag

Het antwoord op de centrale vraag van deze studie is dat de REF criteria in de Nederlandse REF vergelijking van 2004 tot kruissubsidies leiden die voor 71.2% overeenkomen met de beleidsdoelen die de Nederlandse overheid zich heeft gesteld. Dit resultaat kan worden verbeterd tot 79.5% door ex-post risicodeling, hetgeen moet worden afgewogen tegen de mate waarin sprake is van een vermindering van de prikkel tot doelmatigheid. Een alternatieve strategie om de kruissubsidies van de REF vergelijking uit 2004 te verbeteren kan bestaan uit het toevoegen van nieuwe criteria zoals PMKGs, MHKGs en MFKGs, in welk geval de prikkel tot doelmatigheid onveranderd blijft. Verder wordt aanbevolen aanvullend onderzoek te doen naar het hanteren van een multiplicatieve in plaats van additieve specificatie van de REF vergelijking. Bij voorkeur worden premierrestricties alleen toegepast voorzover ze noodzakelijk en proportioneel zijn als aanvulling op de risicoafhankelijke premiesubsidies om de specifieke beleidsdoelen van de sponsor te kunnen behalen en dient een expliciete afweging plaats te vinden ten aanzien van de prikkels tot selectie die door premierrestricties ontstaan. Het besluit van de Nederlandse overheid om sinds 2006 premiedifferentiatie naar de twaalf provincies toe te staan, blijkt in dit opzicht goed te rechtvaardigen. In het algemeen wordt, gegeven een specifieke keuze van de REF criteria, aanbevolen om in een REF vergelijking de normatief aangepaste REF gewichten te gebruiken in plaats van de onaangepaste REF gewichten, hoewel steeds in de gaten moet worden gehouden dat de compensatie van de kruissubsidies voor S-type kostenvariatie daarbij zoveel mogelijk gehandhaafd blijft.

Algemene beleidsaanbevelingen

De modelspecificaties in de Hoofdstukken 6, 7 en 8 worden gebruikt om de toepassing te illustreren van de toetsprocedure die in deze studie is ontwikkeld. Het theoretische raamwerk dat in deze studie is ontwikkeld, kan worden toegepast op alle specificaties van risicovereveningsmodellen in competitieve markten voor individuele zorgverzekeringen om te beoordelen of de kruissubsidies die een sponsor in de praktijk heeft ingevoerd overeenstemmen met haar beleidsdoelen. In het algemeen kan dit theoretische raamwerk ook worden gebruikt in andere sectoren waarbij indirecte standaardisatie van populaties wordt bepaald door een normatieve beslisregel in plaats van louter een statistische exercitie.

De eerste beleidsaanbeveling is dat een sponsor bij invoering van een risico-vereveningsmodel altijd een expliciete keuze dient te maken ten aanzien van de indeling in S-type en N-type risicofactoren. Een dergelijke expliciete keuze vormt het uitgangspunt voor de toepassing van het in deze studie ontwikkelde theoretische raamwerk om na te kunnen gaan in hoeverre een REF model de betaalbaarheid van verzekeringsdekking voor de hogerisicoverzekerden kan veilig stellen.

De tweede beleidsaanbeveling is het op reguliere basis toepassen van het theoretisch raamwerk dat in deze studie is ontwikkeld op een landelijke steekproef van verzekerden om de juistheid van de kruissubsidies te toetsen en na te gaan of de aangepaste REF gewichten in plaats van de onaangepaste REF gewichten moeten worden toegepast als de REF criteria in de praktijk imperfect zijn.

De derde beleidsaanbeveling is om de kruissubsidies van verzekerden met functionele beperkingen te verbeteren door de ontwikkeling van REF criteria die zijn gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie, medische hulpmiddelen en medicijnen ten behoeve van geestelijke aandoeningen. In het bijzonder kan de laatste categorie REF criteria waardevol blijken als, in tegenstelling tot de kostendefinitie die in deze studie is gehanteerd, geestelijke gezondheidszorg ook in het Nederlandse basispakket wordt opgenomen.

De vierde beleidsaanbeveling is om bij incompleetheid van de verzameling REF criteria ex-post risicodeling toe te voegen als aanvulling op de REF vergelijking. Uit deze studie blijkt dat ex-post risicodeling de financiële toegang van hogerisicoverzekerden meer verhoogt dan het toevoegen van REF criteria gebaseerd op fysiotherapie, medische hulpmiddelen en medicijnen ten behoeve van geestelijke aandoeningen. Echter, ex-post risicodeling reduceert tegelijkertijd de prikkel tot doelmatigheid. Bij ex-post risicodeling is daarom sprake van een afweging tussen de juistheid van de kruissubsidies en de prikkels tot doelmatigheid.

De vijfde beleidsaanbeveling is om verzekeraars toe te staan dat zij de hoogte van hun premies mogen aanpassen aan bestaande N-type kostenvariatie. Premierrestricties kunnen gelden ten aanzien van S-type risicofactoren voorzover de daarmee samenhangende kostenvariatie door de REF criteria en/of ex-post risicodeling wordt gesubsidieerd. Echter, de (impliciete) kruissubsidies die voortvloeien uit de premierrestricties zijn per definitie niet bedoeld om te compenseren voor N-type risicofactoren, terwijl premierrestricties wel leiden tot prikkels tot selectie met mogelijk negatieve effecten op kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid. De onterechte compensatie voor N-type kostenvariatie en (de negatieve effecten van) genoemde prikkels kunnen worden voorkomen als verzekeraars de hoogte van hun premies mogen aanpassen aan de kostenvariatie die door N-type risicofactoren wordt veroorzaakt.

Als de sponsor alleen kruissubsidies wil voor kostenvariatie die door S-type risicofactoren wordt veroorzaakt – bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheid – dan zou een proportionele implementatie van premierestricties eruit kunnen bestaan dat premiedifferentiatie naar factoren die operationalisaties zijn van de S-type risicofactoren (inclusief de REF criteria) wordt verboden, maar niet naar premiefactoren die operationalisaties zijn van de N-type risicofactoren zoals dat wel het geval is bij doorsneepremies. Een minder beperkend alternatief voor doorsneepremies per verzekeraar per product kan zijn het instellen van bandbreedtes waarbinnen een verzekeraar de premiehoogte mag vaststellen. Gegeven de vrijheid die een bandbreedte biedt, zullen verzekeraars in dat geval signalen afgeven welke relevante operationalisaties van de S-type risicofactoren geschikt zijn om in de daaropvolgende jaren aan de REF vergelijking toe te voegen. De sponsor kan doorsneepremies per risicogroep of klasse invoeren om de consumenten tegen te sterke premiestijgingen te beschermen in geval van nieuwe premiefactoren. In ieder geval blijft het de vraag waarom de Nederlandse overheid verzekeraars nog steeds verbiedt hun premies te differentiëren op basis van de operationalisaties van N-type risicofactoren, zoals regionale input prijzen, wijze van praktijkvoering en consumptiegeneigdheid.

Land-specifieke beleidsaanbevelingen

De Nederlandse overheid is volgens de Zorgverzekeringswet 2006 verplicht om in 2008 en 2011 een wetenschappelijke evaluatie van het REF model uit te laten voeren door een panel van internationale experts (MoHWS 2005, pagina 26). Het in deze studie ontwikkelde theoretisch raamwerk kan voor dit doel worden gebruikt om de juistheid van de kruissubsidies te bepalen voor een gestratificeerde steekproef uit de totale Nederlandse bevolking. Een dergelijke steekproef kan worden gevonden in het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) dat jaarlijks wordt gehouden door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De module 'Gezondheid' komt grotendeels overeen met de Agis Gezondheidsenquête 2001 en kan worden gebruikt om de normatieve kosten voor een nationale steekproef van verzekerden af te leiden (de SF-12 wordt door het CBS gebruikt als zijnde de verkorte versie van de SF-36).¹⁵⁴ Op basis van de verwachting dat in 2008 de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan het basispakket zal worden

154. De reguliere frequentie waarmee deze toetsprocedure kan worden herhaald is niet vaker dan om de twee jaar, vanwege beperkingen in de steekproefomvang bij de landelijke enquête. Bij de module 'Gezondheid' in de jaarlijkse POLS enquête wordt gestreefd naar een netto respons van 10.000 respondenten, terwijl de Agis Gezondheidsenquête 18.617 records bevat. In het algemeen hangt de aanbevolen omvang van de steekproef in deze studie af van de mate van detail die nodig is om de REF vergelijking en de normatieve vergelijking op te stellen.

toegevoegd, mag worden verwacht dat het relatieve belang van de vier mentale SF-36 schalen in de normatieve vergelijking zal verschillen van dat in de voorliggende studie.

In Zwitserland worden leeftijd, geslacht en het kanton waarin de verzekerde woont als REF criteria gebruikt, zonder dat dit wordt aangevuld met een systeem van ex-post risicodeling (Beck et al. 2003, Van de Ven et al. 2007). In 1996 is wettelijk besloten dat de modelspecificatie voor een periode van 10 jaren onveranderd zou blijven, in 2004 is besloten om het REF model tot 2010 te handhaven (Bundesrat 2004, Bundesrat 2005). De Eerste Kamer heeft in 2006 met wetgeving ingestemd om ziekenhuis- en verpleeghuisopnamen uit het verleden (indien opgenomen voor ten minste drie dagen) als REF criterium aan de Zwitserse REF vergelijking toe te voegen (Ständerat 2006, Art. 18a, Lid 2, pagina 76). Verder gaat men akkoord met risicoverevening als permanente maatregel, nog nader te specificeren aanvullende gezondheidscriteria als lange termijn optie en de overstap van retrospectieve naar prospectieve berekening van de REF gewichten. In mei 2006 werd er na een hoorzitting in de Tweede Kamer nog geen besluit over deze wetgeving genomen, maar in 2007 wordt verwacht dat de Tweede Kamer ermee zal instemmen. Voor het eind van 2010 moet de Zwitserse overheid een besluit hebben genomen over invoering van gezondheidscriteria in de REF vergelijking (bijvoorbeeld FKGs), alsmede over de invoering van een systeem van ex-post risicodeling en permanente handhaving van het systeem van risicoverevening (BBI 2004 4259, pagina 4273). Het in deze studie ontwikkelde theoretisch raamwerk kan bij dit delicate Zwitserse debat van nut zijn, omdat het duidelijk maakt in hoeverre kruissubsidies noodzakelijk zijn om de problemen van het marktmechanisme te verminderen waarmee de Zwitserse overheid worden geconfronteerd (Van de Ven et al. 2007). Appendix A6.1 en Sectie 7.2 laten de mogelijke consequenties van deze besluiten zien op basis van de steekproef van Nederlandse verzekerden die in deze studie is gebruikt. Merk op dat de Zwitserse definitie van het basispakket ook verpleeghuiszorg en thuiszorg bevat. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de specificaties van het Nederlandse REF model zoals gepresenteerd in Hoofdstuk 6 en 7 minder geschikte kruissubsidies zouden genereren als verpleeghuiszorg en thuiszorg ook tot het Nederlandse basispakket zouden hebben behoord. Daarom mag worden verwacht dat de uitdagingen om in Zwitserland een geschikte modelspecificatie te vinden ten minste zo groot zullen zijn als die met betrekking tot het Nederlandse REF model.

In Duitsland was de invoering van morbiditeitgerelateerde REF criteria als operationalisatie van de S-type risicofactor gezondheidsstatus oorspronkelijk gepland in 2007, maar is nu ingepland voor 2009 en zal naar verwachting op 50-80 aandoeningen betrekking hebben (Büchner en Wasem 2003, Bundesrat 2007). Dan

zal ook worden overgeschakeld van een interne naar een externe wijze van de REF betalingen aan de ziekenfondsen worden overgeschakeld, d.w.z. naar modaliteit B zoals beschreven in Van de Ven et al. (2000, pagina 324). In 2002 is een systeem van ex-post risicodeling voor 60% van de kosten boven een drempel van meer dan 20.000 euro ingevoerd, waarmee het niveau van de ex-post kostencompensatie werd opgevoerd van 0% naar 4% (in 2006) (Van de Ven et al. 2007, Tabel 1). In 2003 zijn (de vrijwillige registraties voor) geaccrediteerde Disease-Management-Programma's (DMPs) als REF criterium aan de Duitse REF vergelijking toegevoegd. Zowel de ex-post risk sharing als de DMPs moeten als tijdelijke maatregelen worden gezien en zullen worden afgeschaft bij de geplande systeemwijziging in 2009. In 2004 adviseerde een internationale groep van experts om FKGs (RxGroups) en DKGs (IPHCC) voor dit doel te gebruiken (IGES/Lauterbach/Wasem 2004), in 2006 wordt er nog steeds een debat gevoerd over invoering van morbiditeitgerelateerde REF criteria (Schokkaert et al. 2006, Tabel 1). Het aparte verzekeringsstelsel voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zal na 2009 in stand worden gehouden, echter, het zal ziekenfondsen worden toegestaan om hogere premies bij hun verzekerden in rekening te brengen dan de landelijk verwachte premie waar de Duitse overheid vanuit zal gaan. De particuliere verzekeraars zullen te maken krijgen met een periodieke acceptatieplicht voor een basispakket analoog aan dat van de ziekenfondsen. Verder zal er een maximum aan de premiehoogte worden ingesteld die afhangt van de gemiddelde premiehoogte in de ziekenfondssector en mag er geen risico-opslag in de premie worden opgenomen. Vanwege deze premieregulering zal er enige vorm van risicopooling worden toegepast, maar de specifieke vorm blijft voornamelijk onbepaald. Het effect van invoering van FKGs en DKGs in de ziekenfondssector en het effect van (invoering van) een systeem van ex-post risicodeling in beide verzekeringssectoren kan met de in deze studie ontwikkelde toetsprocedure alvast worden bepaald.

In Israël is alleen leeftijd als REF criterium in de REF vergelijking opgenomen, sinds 2005 gaat het om elf in plaats van negen subgroepen. Geslacht kan (nog) niet gebruikt worden vanwege beschikbaarheidsproblemen en er is geen systeem van ex-post risicodeling (Shmueli, Chernichovsky en Zmora 2003). Er bestaat een groeiende ontevredenheid met deze formule: (1) er wordt betoogd dat kinderen worden overgecompenseerd en ouderen ondergecompenseerd, en (2) er wordt beargumenteerd dat er meer REF criteria moeten komen (Van de Ven et al. 2007). In 2006 gaat het debat over de invoering van morbiditeitgerelateerde REF criteria nog steeds voort (Schokkaert et al. 2006, Tabel 1). Arbeidsongeschiktheid is niet als REF criterium ingevoerd omdat hiervan wordt verondersteld dat dit geen relevant criterium is als operationalisatie van gezondheid. Verder dienen ook socio-economische kenmerken niet als REF criteria onder de veronderstelling dat

tijdprijs ("tijd om naar de dokter te gaan") een belangrijker bepalende factor van de waargenomen kosten is dan gezondheid. Echter, gebaseerd op de resultaten zoals gepresenteerd in Tabel 6.7 moet worden geconcludeerd dat er geen goede reden is om arbeidsongeschiktheid of specifieke socio-economische kenmerken in de Israëlische REF vergelijking op te nemen, gegeven dat een aanpassing van de REF gewichten kan worden toegepast om de N-type kostenvariatie zoals tijdprijs van verzekerden die zelfstandig ondernemer zijn. In 2005 is overeengekomen dat de Israëlische REF vergelijking na iedere vier jaren zou worden aangepast, daarom is in 2009 een mogelijke revisie van hun REF vergelijking mogelijk. In de tussentijd kan het theoretisch raamwerk dat in deze studie is ontwikkeld in Israël worden toegepast om tot onderzoeksresultaten te komen die op hun specifieke situatie betrekking hebben. Merk op dat de Israëlische formule niet op individuele claims data van de ziekenfondsen is gebaseerd, maar op een enquête met betrekking tot zorggebruik en een gegevensverzameling van ziekenhuisopnamen. Data met betrekking tot geneesmiddelen worden in het geheel niet betrokken in de berekeningen.

In België is de schatting van de REF gewichten sinds 2002 op individuele data gebaseerd. De Belgische REF criteria zijn leeftijd, geslacht, morbiditeitgerelateerde en socio-economische variabelen, bijvoorbeeld indicatoren van chronische ziekten en categorieën van arbeidsongeschiktheid. De informatie met betrekking tot DRGs en geneesmiddelengebruik is verzameld maar nog niet toegepast, maar er is al wel algemene consensus over de wenselijkheid om deze in het toekomstige REF model in te voegen (Schokkaert et al. 2006). In het voortdurende debat over de specifieke keuze van S-type en N-type risicofactoren wordt veelal gepleit voor het invoegen van zoveel als mogelijk variabelen, bijvoorbeeld van "het aantal dagen in het ziekenhuis" als indicator van morbiditeit. Er is besloten om medisch aanbod niet in de REF vergelijking op te nemen en daarmee ziekenfondsen verantwoordelijk te maken voor de regionale kostenvariatie die door de aanwezigheid van medisch aanbod wordt veroorzaakt, hoewel ziekenfondsen geen geschikte instrumenten hebben om de kosten van hun verzekerden te beïnvloeden (Van de Ven et al. 2007). Het in deze studie ontwikkelde theoretisch raamwerk kan worden gebruikt om het Belgische besluit om niet te compenseren voor regionale kostenvariatie nader te evalueren.

Sinds 2004 past het CMS in de VS een "broosheid" REF criterium toe ter financiering van PACE organisaties die in het kader van Medicare integrale diensten leveren aan groepen oudere mensen met functionele beperkingen die daardoor thuis kunnen blijven wonen in plaats van te moeten worden geïnstitutionaliseerd. Een "broosheid" criterium zal in 2008 niet programmabreed aan de CMS-HCC REF vergelijking worden toegevoegd ten behoeve van Medicare Advantage verzekeringen

vanwege verscheidene methodologische problemen die samenhangen met het gebruik van enquêtegegevens om de risicoafhankelijke premiesubsidies te berekenen (CMS 2007, Bijlage II, Sectie A). Echter, CMS kondigt aan dat zij door zullen gaan met onderzoek naar invoering van factoren in de CMS-HCC REF vergelijking zodat kosten die voortvloeien uit de "broosheid" van individuele verzekerden beter worden voorspeld. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat gegevens over gebruik van fysiotherapie en medische hulpmiddelen kunnen worden gebruikt om de methodologische problemen waarvoor het CMS zich ziet gesteld te overwinnen. In de tussentijd zouden de REF gewichten van de huidige REF criteria alvast kunnen worden aangepast zodanig dat betere kruissubsidies voor de S-type kostenvariatie vanwege functionele beperkingen resulteren.

Beperkingen van deze studie

Het gegevensbestand dat in deze studie is gebruikt om de toepassing van het theoretisch raamwerk te illustreren, heeft betrekking op ziekenfondsverzekerden die zowel in 2001 als in 2002 bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd waren. De hier gepresenteerde resultaten zijn daarom niet representatief voor alle geografische regio's in Nederland en ook niet voor voormalig particulier verzekerden waarvoor het REF model sinds de Nederlandse Zorgverzekeringswet van 2006 ook geldt. De kruissubsidies die zijn gebaseerd op de REF criteria van 2004 zijn niet berekend voor verzekerden jonger dan 16 jaar, omdat de Agis Gezondheidsenquête 2001 niet onder deze populatie is uitgezet.

De specificatie van de Nederlandse REF vergelijking uit 2004 verschilt in een aantal opzichten van de vormgeving waarvoor in deze studie is gekozen. Het REF criterium leeftijd is ingedeeld in tienjaarsklassen in plaats van vijfjaarsklassen en er is afgezien van interacties tussen leeftijd en verzekeringsgrond in deze studie. De kostendefinitie die in deze studie wordt gehanteerd bevat de vaste kosten ziekenhuisverpleging, terwijl deze kosten in de Nederlandse praktijk tot 2006 voor 95% werden nagecalculeerd. Sinds 2006 wordt ongeveer een derde van de ziekenhuiskosten als vaste kosten ziekenhuisverpleging gedefinieerd en voor 100% nagecalculeerd. Ten slotte worden de systemen van ex-post generieke verevening (tussen verzekeraars onderling) en nacalculatie (tussen verzekeraars en de sponsor) die in 2004 gelden ten aanzien van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp niet in deze studie toegepast.

Het is mogelijk dat de S-type criteria die in deze studie in de normatieve vergelijking zijn opgenomen niet volledige de kostenvariatie beschrijven zoals die door de S-type risicofactoren worden bepaald. De in deze studie gekozen reeks van gezondheidsindicatoren kan in de toekomst worden uitgebreid, afhankelijk van de beschikbaarheid. De crux bij de toepassing van het in deze studie ontwikkelde

theoretische raamwerk is dat de gekozen reeks van S-type criteria minder beperkt is dan de beschikbare verzameling van REF criteria die in de praktijk wordt gehanteerd. In deze zin geeft de hier ontwikkelde methode een benedengrens aan voor de mate waarin de REF vergelijking de beoogde kruissubsidies genereren. Met andere woorden, gegeven de in deze studie gehanteerde operationalisatie van de normatieve kosten, zullen de prestatieindatoren van de REF modellen zoals berekend in de hoofdstukken 6, 7 en 8 vormen naar verwachting een maximum aangeven van de mate waarin de kruissubsidies aansluiten op de beoogde doelen van de Nederlandse overheid.

De bijdrage van de procedure van weggelaten variabelen om de vertekening van de imperfecte REF gewichten te verwijderen blijkt nogal beperkt, uitgaande van de verzameling N-type criteria die in deze studie zijn toegepast. Deze resultaten kunnen veranderen als een andere, mogelijk uitgebreidere verzameling van N-type criteria zou worden toegepast.

Vervolgonderzoek

De in deze studie gepresenteerde empirische resultaten hebben betrekking op de populatie van Agis ziekenfondsverzekerden in 2002. Hoewel niet wordt verwacht dat de REF gewichten significant zullen veranderen voor de meeste REF criteria, zal dit onderzoek moeten worden herhaald voor de totale populatie van ziekenfondsverzekerden om in ieder geval in regionaal opzicht representatief te kunnen worden genoemd. In het bijzonder zouden de regionale REF gewichten hierdoor kunnen veranderen.

Verder is het zo dat het Nederlandse REF model sinds de Zorgverzekeringswet van 2006 betrekking heeft op meer dan 16 miljoen Nederlandse inwoners in plaats van de 10 miljoen ziekenfondsverzekerden. Het in deze studie ontwikkelde theoretisch raamwerk zou daarom op deze totale Nederlandse populatie moeten worden toegepast. De normatieve vergelijking kan in dat geval worden bepaald op basis van informatie uit nationale enquêtes die al beschikbaar zijn (bijvoorbeeld de module 'Gezondheid' in het POLS van het CBS).

In een competitieve zorgverzekeringsmarkt zonder risicoverevening zullen premiekortingen door zelfselectie bij vrijwillige eigen risico's voor een deel voortkomen uit kostenvariatie die door S-type risicofactoren wordt veroorzaakt (Van Kleef, Van de Ven en Van Vliet 2006). Dit zal tot op zekere hoogte nog steeds het geval zijn als de kruissubsidies op incomplete en/of imperfecte REF criteria zijn gebaseerd. De mate waarin hiervan sprake is kan worden bepaald door de in deze studie ontwikkelde aanpak. Verder kan het niveau van het vrijwillige eigen risico als proxy voor gezondheid in de REF vergelijking worden opgenomen. Hoewel toepassing van

deze proxy als nieuw REF criterium tevens tot niet beoogde kruissubsidies voor N-type kostenvariatie kan leiden, kunnen deze effecten binnen het in deze studie ontwikkelde theoretisch raamwerk expliciet tegen elkaar worden afgewogen. Een aanpassing van het desbetreffende REF gewicht kan eventueel worden uitgevoerd om de compensatie voor deze N-type effecten te voorkomen. Merk op dat een soortgelijke aanpak al in het empirische deel van deze studie is uitgevoerd met betrekking tot verzekeringsgrond en regio.

Het ultieme doel van gereguleerde concurrentie is dat verzekeraars hun rol als prudente zorginkopers oppakken. Om zover te komen zullen consumenten niet alleen prijsgevoelig zijn en van verzekeraar moeten willen veranderen, maar consumenten moeten ook in staat worden gesteld om kwaliteitsverschillen te kunnen waarnemen en ook hiervoor gevoelig te zijn en van verzekeraar willen veranderen. Onder druk van marktwerking zullen verzekeraars aldus worden gedwongen om zich bij het organiseren en inkopen van de zorg te richten op de voorkeuren van hun verzekerden. Een meer directe manier om te stimuleren dat verzekeraars inspelen op de voorkeuren van hun verzekerden is door de kruissubsidies af te laten hangen van expliciete indicatoren van de kwaliteit van gecontracteerde zorg (in aanvulling op de compensatie voor S-type kostenvariatie). Het IOM (2006) adviseert om een financieringspool te creëren door middel van een reductie van de basisuitkering in het kader van Medicare voor iedere klasse van zorgaanbieders (ziekenhuizen, professionele verpleegfuncties, Medicare Advantage verzekeringen, dialysefaciliteiten, thuiszorg organisaties en medisch specialisten). In eerste instantie zouden de pay-for-performance programma's zodanig moeten worden opgezet dat zorgaanbieders worden beloond als zij goede prestaties leveren en hun prestaties in de loop der tijd significant weten te verbeteren. Gegeven dat deze indicatoren vaak alleen voor een beperkt aantal consumenten beschikbaar zullen zijn, kan een natuurlijke aanpak eruit bestaan dat deze indicatoren in de normatieve vergelijking worden opgenomen en via aanpassing van de REF gewichten tot uitdrukking worden gebracht.

Een goed gedocumenteerd geval van tekortschietende levering van noodzakelijke zorg aan sociale subgroepen in een samenleving kan in Shmueli (2000) worden gevonden ten aanzien van de Arabische verzekerden die in Israël wonen. Tabel A8.3 in deze studie laat zien dat in Nederland de REF voorspelde kosten voor allochtonen van de eerste generatie enigszins boven de werkelijke kosten liggen, maar tegelijkertijd blijkt dat REF voorspelde kosten significant lager uitvallen dan de normatieve kosten. Dit betekent dat er sprake is van ernstig ondergebruik door allochtonen van de eerste generatie. Omdat REF verwachte kosten nauwelijks verschilt van de werkelijke kosten, is er voor verzekeraars vanuit financieel oogpunt

geen financiële prikkel om eventueel ondergebruik bij allochtonen van de eerste generatie weg te nemen, omdat dit tot voorspelbare verliezen zal leiden. Hoewel dit probleem volgens Schokkaert et al. (2006) wellicht moet worden aangepakt met directe subsidies of scholingsprogramma's, kan een alternatieve aanpak zijn om allochtonen van de eerste generatie als REF criterium in de REF vergelijking op te nemen en tegelijkertijd het desbetreffende REF gewicht voor N-type kostenvariatie te corrigeren. Deze aanpak maakt allochtonen van de eerste generatie tot goede risico's voor verzekeraars. Merk overigens op dat verzekeraars dan tegelijkertijd in staat moeten worden gesteld om de hoogte van hun premies ten aanzien van deze subgroep te differentiëren, om het gevaar te verminderen dat de hiermee ontstane voorspelbare winsten voor andere zaken dan het tegengaan van het ondergebruik van deze groep zal worden aangewend door de verzekeraars.

Samenvattend kan worden gesteld dat de benadering van risicoverevening in deze studie op verschillende manieren in de praktijk kan worden toegepast en relevant is voor alle landen met competitieve markten voor zorgverzekeringen. Er wordt in deze gevallen aanbevolen om de kruissubsidies van de REF modellen aan de hand van deze aanpak te toetsen en te verbeteren.