

DE HOUDBAARHEID EN BETAALBAARHEID VAN DE ZORGVERZEKERINGEN

De redactie van De Actuaris hield vorige maand een rondetafelgesprek over de houdbaarheid en de betaalbaarheid van de zorgverzekeringen. Als deelnemers waren uitgenodigd: Roeleke Uildriks (consultant bij Milliman op het gebied van ziektekosten en non-life), Theodoor Bouw (teammanager businessactuarieel UVIT, en belast met risicoverevening en de financiële positie van UVIT), en Sytze Hobma-ten Zeldam (senior actuaaris AOV en Ziektekosten bij De Amersfoortse, en belast met Solvency II). Zij spraken op persoonlijke titel. Het gesprek werd geleid door René Brinksma, redacteur van De Actuaris en zelfstandig actuaaris met als aandachtgebied non-life.



> Theo Bouw



> Rene Brinksma

Brinksma stelt als eerste vraag: "Wat moet er gebeuren met de basisverzekering? Verder privatiseren?" Uildriks vindt dat verdere privatisering het proces van betaalbaarheid niet versnelt. "Zorgverzekeraars dwingen nu al ziekenhuizen bepaalde behandelingen af te stoten. Er is naar mijn mening nu al betere zorg tegen een lagere prijs mogelijk." Bouw vraagt zich hardop af in hoeverre verzekerden zich hierbij laten sturen. Uildriks en Bouw zijn het niet eens. Volgens Uildriks switchen verzekerden niet zo snel van verzekeraar, volgens Bouw juist wel. Uildriks geeft aan dat een geringe mobiliteit van verzekerden een risico met zich meebrengt ten aanzien van de snelheid van schadelastbeheersing. Het is makkelijker om premieverhogingen door te voeren als je een stabiele populatie verzekerden hebt. Dat is wellicht eenvoudiger dan hele zware schadelastbeheersingen door te voeren. Hobma-ten Zeldam is het hier niet mee eens: "Dat lukt je niet als verzekeraar. Het is niet mogelijk de premies veel te veranderen. Verzekerden gaan dan toch switchen." Brinksma vraagt naar de mogelijkheden van privatisering door de verbetering van de ex ante risicoverevening, en de afbouw van de ex post risicoverevening. Hobma-ten Zeldam reageert: "Door de ex-post risicoverevening, wordt gecorrigeerd voor afwijkingen in het ex-ante risicovereveningssysteem, maar worden ook winsten en verliezen afgeroomd. Door afbouw van de ex-post risicoverevening worden de winsten en verliezen niet meer afgeroomd. Hierdoor wordt het belang

van schadelastbeheersing nog groter. Maar de risico's voor zorgverzekeraars worden ook groter. Hiervoor zal de kapitaalbuffer verhoogd moeten worden, en dat kost geld. En dat moet ergens vandaan komen."

Ex post verevening

Uildriks en Bouw vallen bij en vinden dat de ex post verevening verder teruggebracht dient te worden. Hobma-ten Zeldam verwacht niet dat het daardoor goedkoper wordt. Uildriks heeft vooral twijfels bij het model. "Ik vraag me wel af of het ex ante model goed genoeg werkt om dat helemaal af te kunnen bouwen. Misschien hebben kleine verzekeraars dan geen bestaansrecht meer." Hobma-ten Zeldam sluit af met de opmerking: "Met de ex ante risicoverevening zijn de voortdurende wijzigingen in het stelsel een belangrijk probleem. Het ex-ante risicovereveningsmodel wordt geschat op cijfers van drie jaar oud. De voortdurende wijzigingen in het stelsel leveren extra onzekerheden en onnauwkeurigheden in het ex-ante risicomodel op. Daarom doe ik hierbij graag een oproep om de komende tijd niets in het systeem te wijzigen."

Kapitaalspositie

"In hoeverre zijn we op de goede weg met betrekking tot de kapitaalspositie van de verzekeraars? Moeten we het risico technisch

anders gaan benaderen?", vraagt Brinksma dan. Bouw vraagt zich af in hoeverre Solvency II goed aansluit op de risicoverevening. "Ik zie het nut niet vanwege de expliciete acceptatieplicht." Hobma-ten Zeldam reageert daarop met de stelling dat ook zorgverzekeraars een verplichting aangaan met hun verzekerden om de schadelast volgens de polisvoorwaarden te betalen. Daarom is ook voor zorgverzekeraars een kapitaalsbuffer nodig. "Onder Solvency II worden voorzieningen op marktwaarde aangehouden. Er zitten daar geen marges meer in die er onder Solvency I nog wel waren. De prudentie gaat uit de voorzieningen. En die prudentie moet worden aangehouden onder het eigen vermogen. Het is logisch dat het eigen vermogen onder Solvency II hoger is dan onder Solvency I." Brinksma vraagt dan wat dit betekent voor de klant. "Gaat die daar wat van merken?" Volgens Uildriks wel: "Ja, de klant gaat daar voor betalen. Mijn beeld is wel dat de kapitaalseisen wat zwaarder worden." Hobma-ten Zeldam vult dat aan met: "Als ik kijk naar de solvabiliteitsratio's, dan blijven die over het algemeen goed boven de norm. Dus dan zou er in de meeste

maatschappijspecifiek moeten zijn? Het ex ante model?" Uildriks: "Het ex-ante model sluit niet goed aan wanneer de schadelastbeheersing relatief achterblijft, dus dat zou een parameter moeten worden."

"Het is goed dat verzekeraars winst mogen maken"

Houdbaarheid

Brinksma snijdt dan het derde onderwerp aan: "Welke elementen uit de huidige praktijk dragen al bij aan de houdbaarheid/betaalbaarheid van de zorgverzekeringen, en welke werken nu al contraproductief? Wat is er goed aan het huidige systeem?" Hobma-ten Zeldam begint: "Wat goed is, is dat de zorgverzekeraars winst mogen maken. Daardoor heeft de zorgverzekeraar een prikkel om zijn schadelast inderdaad te beperken, en heeft hij er een belang bij om een portefeuille op te bouwen met aantrekkelijke producten voor zijn (potentiële) klanten." Uildriks valt bij: "Er is inderdaad een grote rol voor de



> Roeleke Uildriks



> Sytze Hobma-ten Zeldam

gevallen geen aanvullend kapitaal nodig zijn." Hetgeen Brinksma leidt tot de vraag: "Wat zou er onder Solvency II moeten worden aangepast?" Dan neemt Bouw het woord: "Je moet je eerst de vraag stellen: wat is het doel van Solvency II? Om de verzekerden te beschermen? Wat is nu het probleem dat Solvency II zou oplossen voor de verzekeraars?"

Aanpassen

Brinksma vraagt door met: "Wat zou je aanpassen?" Dan neemt Hobma-ten Zeldam het over, en zegt: "Welke risico's loopt de verzekeraar? Ik heb sterk het gevoel dat het model zoals het er nu ligt erg Europees is, en onvoldoende op de specifieke Nederlandse situatie is toegespitst; het neemt de Nederlandse schaalgrootte niet mee. Ik zou het willen herparameteriseren: dan heb ik het met name over de verzekeringstechnische risico's." Volgens Uildriks zou het verzekeringstechnische risico inderdaad meer op de Nederlandse situatie moeten worden toegespitst. "Als je het mij vraagt is het grootste risico voor een zorgverzekeraar op dit moment het achterblijven van de schadelastbeheersing bij het gemiddelde tempo van schadelastbeheersing. Hiermee wordt nu geen rekening gehouden in het standaard model." Het antwoord van Hobma-ten Zeldam daarop is: "Er zit nu ook niet in wat het risico is van de verplichte acceptatie." Brinksma: "Welke parameter zou het eerste

zorgverzekeraars. Die fungeren als zorginkopers. Als ze dan winst kunnen maken, kunnen ze die rol ook goed vervullen." Ze wordt aangevuld door Bouw: "Voor mij geldt de keuzevrijheid van de verzekerden als belangrijk goed punt. Hierdoor word je als verzekeraar geprikkeld om de juiste zorg voor de juiste verzekerde te bieden tegen de juiste prijs. Anders loopt hij weg."

Moet er wat bij?

Het leidt Brinksma tot de volgende vraag: "Wat moet er nog bij?" Uildriks vraagt zich af of het nog wel houdbaar is op termijn. "De solidariteitsgedachte komt onder druk te staan." Hobma-ten Zeldam denkt dat premiedifferentiatie wel mogelijk zou moeten zijn, mits die niet op gezondheidskenmerken berust. Bouw vindt dat een uniforme premie een goede zaak is: "Dat handhaaft de solidariteit." Brinksma stelt dan, dat het model zou moeten corrigeren op gezondheidskenmerken. "Mee eens?" Bouw is het daar mee eens. Hobma-ten Zeldam geeft aan dat er parameters in de risicoverevening zitten die niet gezondheidsgerelateerd zijn maar wel structurele kostenverschillen hebben. "Daarom denk ik dat je op die kenmerken premiedifferentiatie zou moeten toestaan, en dat die niet in de risicoverevening zouden moeten zitten." Uildriks: "Uiteindelijk lijkt mij voor de klant dat premiedifferentiatie beter is, daar zou een stimulerend effect van uit kunnen gaan, omdat ze dat ook kunnen

▶▶ voelen in hun portemonnee." Het effect is dan volgens Bouw, dat rijkere mensen minder premie gaan betalen. Brinksma: "Moet je gaan onderscheiden op inkomen?" Hobma-ten Zeldam antwoordt met: "Nee, inkomen lijkt me geen goede zaak."

Een verschrikkelijk ding

"Wat is nu echt iets dat niet goed werkt?", vraagt Brinksma vervolgens. Volgens Hobma-ten Zeldam gaat het dan over de voorfinanciering van de ziekenhuizen. "Dat is een verschrikkelijk ding; dat ervaren alle partijen zo, ook de ziekenhuizen zelf. Ik bedoel daarmee: zorgverzekeraars kunnen aan de uitkeringen aan ziekenhuizen niet zien of ze uitkomen met hun ziekenhuisbudget. Je weet niet of die uitkeringen achteraf naar beneden, of naar boven moeten worden bijgesteld. Je hebt dus geen goede input voor je financiële sturing." Hij wordt bijgevallen door Bouw: "Niemand weet wat precies de kosten zijn. In 2006 ging het om 1,8 miljard euro, op een totaal van 16 miljard euro." "Wat is de oplossing dan?", vraagt Brinksma. Volgens Bouw vraagt dat om hele grote stappen. "Je zou de hele financiering van ziekenhuizen moeten omgooien. Zodat ziekenhuizen meer geprikkeld worden om alleen de juiste zorg te leveren tegen een transparante prijs."

Verbondenheid

"Hoe dient de verbondenheid tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering er in de toekomst uit te zien?", vraagt Brinksma dan. Volgens Hobma-ten Zeldam "is het een administratief zwaardere last als je de basisverzekering bij de ene zorgverzekeraar hebt, en de aanvullende bij een andere." De manier waarop mensen aan de hand van vergelijkingswebsites kiezen, is volgens Hobma-ten Zeldam ook niet zaligmakend, want onderliggende provisies kunnen volgens hem de objectiviteit hierbij beïnvloeden. Hij hint hierbij naar wat vorig jaar in de pers is verschenen over Independer. "Maar veel mensen kijken er wel naar." Brinksma vraagt dan: "Bestaat de verbondenheid dan alleen in praktijk?" Hobma-ten Zeldam is van mening dat mensen vooral kijken naar de premie van de basisverzekering, en hun keuze daarop afstemmen. Bouw: "Een landelijke trend is dat het aantal mensen met een aanvullende verzekering afneemt." Hobma-ten Zeldam reageert: "In principe is een aanvullende verzekering niet nodig, omdat alle noodzakelijke zorg in de basisverzekering zit." Uildriks vindt dat dat wel afhangt van de financiële situatie van de mensen. Bouw besluit dit onderdeel met: "Bedenk je wel; zorgverzekeraars maken winst op de aanvullende verzekeringen."



Ex ante risicoverevening

Het doel van de ex ante risicoverevening is een gelijk speelveld te creëren tussen zorgverzekeraars en het voorkomen van risicoselectie. De ex ante risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in het risicoprofiel van hun portefeuille. De verschillen in het risicoprofiel ontstaan bijvoorbeeld door verschillen in de leeftijds- en geslachtsofbouw van de portefeuilles. De ex ante risicoverevening is noodzakelijk vanwege het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht (voor het basispakket) en de acceptatieplicht.

Ex post risicoverevening

Het doel van de ex post risicoverevening is om te corrigeren voor imperfecties in het ex ante risicoverevening verdeelmodel.

Acties

"Welke acties moet de politiek op korte termijn nemen?", is de slotvraag van Brinksma. Hobma-ten Zeldam vindt het belangrijk dat er na Prinsjesdag geen wijzigingen meer doorgevoerd worden. Bouw is het met hem eens, en zegt: "Ja, want dan kan je als zorgverzekeraar een hogere schadelast op je af krijgen." En hij vult aan dat volgens hem de financiering van de ziekenhuizen ook moet worden aangepakt. Uildriks: "De zorgverzekeraars hebben op een aantal punten laten zien dat ze hun rol als zorginkoper goed vervullen. Er zijn behoorlijk wat kostenreducties tot stand gekomen. Ik zou vooral willen dat de politiek de regierol bij de zorgverzekeraars laat. Meer onderhandelingsruimte tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zou mooi zijn. Zorgverzekeraars doen heel veel dingen die niet meteen winst opleveren, maar die goed zijn op bijvoorbeeld het gebied van preventie en gezondheid. Ze nemen die rol dus heel serieus, ook op maatschappelijk gebied." Bouw is het met haar eens en vult aan: "De politiek, breed gezien, zou de zorgverzekeraars daar verder in moeten ondersteunen, of in ieder geval niet storen. Laat het systeem zoals het nu wordt, eens een aantal jaar het zelfde."

"Maak de nominale premie niet inkomensafhankelijk"

Doorgeefluik

De nominale premie moet niet inkomensafhankelijk gemaakt worden, vindt Hobma-ten Zeldam. "Daar kun je als verzekeraar namelijk niet op sturen. Je bent dan je instrumenten aan de premiekant kwijt. Je wordt dan een doorgeefluik van geld, in plaats van verzekeraar. Je kunt alleen risico lopen als je de mogelijkheid hebt risico-opslagen te vragen." Het idee van de 'zorgverzekeraar als zorgverlener' brengt Bouw tot de vraag hoe dat eigenlijk in Amerika zit. Uildriks antwoordt met: "In de Verenigde Staten zijn soms zorgaanbieder en zorgverzekeraar één. En dat werkt heel goed. Alleen is dat hier nog een erg moeizame zaak." Hobma-ten Zeldam denkt dat er, wanneer een zorgaanbieder eigendom is van een zorgverzekeraar, het risico bestaat dat men als verzekerde bij een andere zorgverzekeraar uitgesloten wordt, of duurder uit is. "Dat vind ik wel een probleem." Brinksma vraagt de deelnemers dan of ze nog iets toe te voegen hebben, als laatste noot aan de lezer. Hobma-ten Zeldam is van mening dat het Nederlandse systeem over het algemeen een goed systeem is. Uildriks vult aan: "Ik hoor dat ook uit verschillende andere landen, zoals Ierland, Hongkong, de VS: Nederland staat heel goed aangeschreven als het om het systeem gaat. Ik zie ook dat verzekeraars het vertrouwen hebben dat we op de goede weg zitten." Bijval van haar twee gesprekspartners besluit de discussie. ◀◀

Ziekenhuisfinanciering

Een ziekenhuis krijgt van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks een budget toegewezen. Het geld in dit budget wordt niet automatisch elke maand overgemaakt naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet zelf naar de zorgverzekeraars verrichtingen factureren om het geld binnen te krijgen. Verrichtingen zijn door de NZa vastgestelde medische handelingen waar een door de NZa vastgesteld tarief aan hangt (de zogenaamde A-segment diagnose behandel combinaties (DBC's)). Het verschil tussen het door de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars gefactureerde bedrag en het budget wordt per ziekenhuis achteraf verrekend met de zorgverzekeraars. Dit is de opbrengstverrekening. Omdat in de nu afgerekende jaren het geproduceerde bedrag aan DBC's gemiddeld hoger was dan het budget, staat het fenomeen ook bekend als 'overfinanciering ziekenhuizen'.