

Aan : Ministerie van VWS
Van : Winny Toersen (patiëntenfederatie NPCF) Marijke Hempenius (Ieder(in))
Onderwerp : Toekomst risicoverevening
Datum : 26 februari 2016
Kopie :
Kenmerk: : 2016-006

Wij danken u voor de uitnodiging om een bijdrage te leveren aan de discussie over de toekomst van de risicoverevening.

U schrijft dat beleidsvoornemens druk geven om het model nog verder te verbeteren. Daarbij noemt u het verbeteren van de compensatie van chronisch zieken en de ambitie om zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken. Wij zien spanning tussen deze beleidsvoornemens, die het functioneren van het model volgens ons belemmeren. We zullen dat in deze bijdrage toelichten.

Risicoverevening onlosmakelijk verbonden met keuzes in ons zorgstelsel

Na een analyse van de risicoverevening vanuit patiëntperspectief, staan wij in deze bijdrage stil bij de door u aangereikte vragen. Wij vinden het belangrijk te signaleren dat het model van risicoverevening en de werking daarvan onlosmakelijk verband houden met de inrichting van ons zorgstelsel. Wij zien de risicoverevening als een belangrijk middel om te zorgen dat iedereen toegang heeft tot goede en betaalbare zorg waarvan de aanspraken zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. De toekomst van de risicoverevening moet in samenhang met keuzes in het zorgstelsel worden gezien.

Risicoverevening vanuit patiëntperspectief

De minister wil via forse verbeteringen van het risicovereveningssysteem verzekeraars stimuleren om zich meer te richten op doelmatige inkoop van kwalitatief hoogwaardige zorg voor chronisch zieken en andere mensen die veel gebruik maken van zorg¹. Daarbij stelt zij dat risicodragend maken van verzekeraars een onmisbaar onderdeel is. Het zorgt er volgens haar voor dat verzekeraars zich inspannen voor doelmatigheid in de zorg.

Wij zien in de praktijk dat goede en doelmatige zorg tot stand komt in 'de spreekkamer'. Vaak met als vertrekpunt de mogelijkheden van het zorgaanbod. En nog te weinig wat past bij de verzekerde patiënt². Wat leeft in de praktijk van mensen als het gaat om het systeem van risicoverevening?

- *Meer geld naar verzekeraars en minder naar de zorg en/of premiedemping*
 Verzekeraars moeten door het verhogen van de risicodragendheid meer geld op de plank hebben. Dat geld wordt opgebracht uit de premie en kan dus niet voor zorg of premieverlaging worden gebruikt. Voor veel mensen is de zorgpremie eigenlijk al

¹ Minister Schippers, brief risicodragendheid, 1 september 2015

² Zie ook meldactie NPCF 'samen beslissen' 2014, en RVZ in De participerende patiënt, 2013.

onbetaalbaar, getuige de ruim 4,5 miljoen beschikkingen voor zorgtoeslag in 2015³ en het toenemend aantal wanbetalers⁴. Voor mensen met langdurig zorggebruik komen daar nog bij het verplichte eigen risico en eigen bijdragen.

- *De zorgverzekeraar koopt in op kosten, en niet aantoonbaar op kwaliteit*
Mensen concluderen op basis van wat ze horen en lezen dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop vooral op kosten letten. Zie uitingen zoals 'zorgverzekeraars sluiten wurgcontracten', 'zorgaanbieders mogen tekenen bij het kruisje', 'van uw zorgverzekeraar mogen wij u alleen hulpmiddel X geven', en 'dit jaar kunt u niet meer bij ons geopereerd worden want het budget van uw zorgverzekeraar bij ons is op'. De Nza signaleert in haar monitor zorginkoop dat met name afspraken worden gemaakt over financiële aspecten. Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen in mindere mate aan de orde⁵. En wanneer de zorgverzekeraar niet alle beschikbare zorg inkoopt, weten mensen nauwelijks waarom en hoe de zorgverzekeraar zorgaanbod selecteert op kwaliteit. Dat is niet vreemd, want verzekeraars communiceren hier nauwelijks over.
- *Betrouwbare keuze-informatie voor mensen over de kwaliteit van zorg komt maar mondjesmaat tot stand*
Mensen die veel zorg nodig hebben, vragen zelden om keuze-informatie bij hun verzekeraar. Zij hebben in de eerste plaats een zorgvraag waarmee zij zich moeten zien te redden en willen er op kunnen vertrouwen dat hun (huis)arts of behandelaar goede zorg levert. Ze denken dan: "Hoe weet mijn verzekeraar nou wat goede zorg is en wat goede zorg voor *mij* is?" Dat bepalen mensen liefst zelf, in overleg met (huis)arts of therapeut, naasten en op basis van ervaringen van anderen die ze vertrouwen. Er is nog weinig objectieve informatie voorhanden over wat goede zorg is en waar die wordt geleverd. Bij het kiezen van een zorgaanbieder is de verzekerde zich lang niet altijd bewust dat er iets te kiezen is. De bewust kiezende verzekerde is nu aangewezen op een groeiende maar nog beperkte groep keuzehulpen gecombineerd met patiëntervaringen⁶.
- *Een zorgverzekeraar kiezen doen mensen niet op basis van kwaliteit van de zorginkoop*
Een zorgverzekering kiezen blijkt in de praktijk voor veel mensen een lastige opgave 'zoek de echte verschillen die er voor jou toe doen'⁷. Overwegingen om over te stappen zijn gelegen in keuzevrijheid, aanvullende dekking, en/of financieel voordeel. Mensen die chronische zorg nodig hebben, wisselen bovendien nauwelijks van zorgverzekeraar⁸. Er zijn ons geen ervaringen van chronisch zieken bekend die van

³ Rijksbegroting 2016, xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport

⁴ NZa markscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015, september 2015

⁵ NZa, Monitor zorginkoop, februari 2014

⁶ Kiesbeter.nl omvat nog lang niet voor alle veelvoorkomende zorgvormen informatie. Er zijn inmiddels 17 aandoeningsgerichte vergelijkingshulpen beschikbaar via Zorgkaart Nederland.

⁷ Patiëntenfederatie NPCF en Consumentenbond, Meldactie 'Keuze zorgverzekering', oktober 2015
De Consumentenbond en Patiëntenfederatie NPCF, Mijn polisprofiel

⁸ Volgens de publicatie Verzekerden in beweging 2014 van Vektis (april 2014) is iets minder dan driekwart van de verzekerden nog nooit van zorgverzekeraar veranderd (sinds 2006). Deze verzekerden hebben relatief hoge zorgkosten en zijn relatief oud.

zorgverzekeraar wisselden omdat zij door overstappen toegang kregen tot kwalitatief betere zorg. We stellen ook vast dat nog maar 50.000 mensen zijn verzekerd in een patiëntencollectiviteit⁹. Met dit geringe aantal is het niet aannemelijk dat patiëntencollectiviteiten zich kunnen onderscheiden in op de doelgroep gerichte passende zorginkoop. Ook het te behalen kwantumvoordeel blijkt beperkt, getuige de relatief lage collectiviteitskorting⁹.

- *Verzekeraars profileren zich niet als extra aantrekkelijk voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.*
Weinig mensen met chronische zorgbehoefte¹⁰ herkennen zich in de advertenties van zorgverzekeraars. Is dat omdat zorgverzekeraars maar zeer beperkt in staat zijn om aansprekende doelmatige zorg in te kopen? Of is dat omdat het ondanks de risicoverevening, toch aantrekkelijker is voor de zorgverzekeraar om de doelgroepen uit hun advertenties binnen te halen?

Waar zien wij kansen voor verbetering?

- Wees terughoudend bij het verder risicodragend maken van zorgverzekeraars. Dit geldt in het bijzonder voor het vereveningsmodel verpleging en verzorging en de GGZ, waar de voorspellende waarde van de modellen nog niet goed genoeg is en de bekostiging van het aanbod nog volop ter discussie staat.
Meer risico dragen draagt vooral bij aan het imago van de zorgverzekeraar als belanghebbende bij het maken van winst. Terwijl onvoldoende blijkt dat meer risico dragen aantoonbaar leidt tot een betere zorginkoop voor verzekerden. Sturen met behulp van goede voorbeelden van patiëntgerichte zorginkoop, objectieve en eenvoudig bruikbare keuze-informatie, en het benchmarken van zorgverzekeraars op kwaliteit van zorginkoop, biedt volgens ons meer kans op kwalitatief goede en doelmatige zorginkoop.
- Stimuleer de ontwikkeling van zorginkoop en dienstverlening die toegevoegde waarde heeft voor mensen. Dit vraagt een zo goed mogelijk verdeelmodel vooraf.
Overcompenseren van chronisch zieken om verzekeraars te prikkelen goede zorg in te kopen, ook voor mensen die langdurig veel zorg nodig hebben, lijkt interessant. Maar onderzoek bevestigt dat overbetaling niet leidt tot minder prikkels tot risicoselectie en niet noodzakelijk tot een verbetering van mogelijkheden voor zorginkoop¹¹. Wat dan wel? Wij denken dat goede zorginkoop door zorgverzekeraars beter moet worden beloond. Toevoegen van een vereveningskenmerk zal lastig zijn. Immers een objectief kenmerk, niet te beïnvloeden door zorgverzekeraars en gebaseerd op medisch inhoudelijke kenmerken, is niet zomaar voor handen. Maar wij vinden het de moeite waard te onderzoeken hoe in de ex-post-verevening (ervaren) kwaliteit van zorginkoop kan worden meegenomen.
- Daag zorgverzekeraars nog meer uit om gezamenlijk keuze-informatie te ontwikkelen en

⁹ Nza, Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt, september 2015

¹⁰ Denk bijvoorbeeld aan een mensen met COPD, reuma, diabetes, of mensen met een persoonsgebonden budget

¹¹ Zie brief van minister aan Tweede Kamer, d.d. 25 november 2015 betreffende onderzoeken risicoverevening.

beschikbaar te stellen aan iedereen. Maak mensen bewust dat kiezen op kwaliteit van zorg er toe doet. Laat mensen op eenvoudige wijze zien wat goede zorg is, maar ook waar en door wie deze zorg wordt geleverd. Doe dit op basis van landelijke gegevens en ontsluit de gegevens in combinatie met ervaringen van mensen.

- Geef zorgverzekerden, en langdurig zorggebruikers in het bijzonder, een veel stevigere rol in - waar mogelijk regionaal ingestoken - zorginkoopbeleid. Maak ervaren kwaliteit van leven richtinggevend voor lokale/regionale zorginkoop.
- Blijf letten op (mogelijke) risicoselectie en neem passende maatregelen op de uitkomsten.

1. Deelt u de in het begin van deze brief genoemde doelstellingen van de risicoverevening?

Wij delen de genoemde doelstelling en voegen hier aan toe dat de risicoverevening zo moet zijn ingericht dat mensen ongeacht hun aandoening of beperking toegang hebben tot goede en betaalbare zorg. Dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit, passend bij de zorgbehoefte van de verzekerde en waarbij verspilling en ongepast gebruik niet in de hand worden gewerkt.

2. In hoeverre worden deze doelen bereikt met het huidige risicovereveningssysteem? Zijn er alternatieven om deze doelen te behalen gegeven de randvoorwaarden van de Zvw?

Er zijn ons geen situaties bekend dat mensen de toegang tot een basiszorgverzekering wordt geweigerd. Daarmee verkrijgt de verzekerde ook toegang tot zorg. Maar omdat voor mensen met een chronische aandoening niet altijd voldoende compensatie wordt geboden via de risicoverevening, is er in theorie een prikkel voor de zorgverzekeraar om voor deze groepen weinig moeite te doen om goede zorg in te kopen of interessante aanvullende verzekeringen of services te ontwikkelen. We kunnen niet aantonen of dit ook echt gebeurt. Verzekeraars staan niet bekend om hun uitstekende zorginkoop op basis van kwaliteit. De door de zorgverzekeraar bij de zorginkoop gehanteerde kwaliteitseisen worden door zorgaanbieders ter discussie gesteld en door verzekerden niet vertrouwd. Verzekerden hebben nauwelijks informatie over kwaliteit van ingekochte zorg en vinden het knap lastig om een zorgpolis te kiezen. Verzekerden kiezen hun verzekeraar of polis niet op de kwaliteit van zorginkoop.

Overcompensatie van groepen die nu voorspelbaar verliesgevend zijn in het huidige vereveningssysteem zou in theorie een impuls kunnen zijn voor zorgverzekeraars om meer werk te maken van zorginkoop voor deze groepen. Maar hebben we ook redenen om aan te nemen dat zorgverzekeraars extra werk maken van zorginkoop en service voor deze groepen? Ziet de zorgverzekeraar kansen voor betere zorginkoop voor deze groepen en gaat hij deze benutten? En zo ja, kan de zorgverzekeraar hiermee deze verzekerden ook aantrekken? Tot dusver ontbreekt het bewijs dat overcompensatie verzekeraars wel aanzet tot het realiseren van betere zorg voor deze mensen. Wij denken dat onderzoek naar mogelijkheden om zorgverzekeraars in het risicovereveningssysteem te belonen voor goede zorginkoop meer aanknopingspunten biedt voor verbetering.

De zorgverzekeraar kan de rol van regisseur van de zorg beter invullen als deze inkoopt namens alle zorgverzekeraars op basis van landelijk gemeenschappelijk gedragen kwaliteitsnormen en een regionaal/lokaal zorgplan dat met zeggenschap van inwoners tot stand komt. Dat zorgplan moet gaan over de totale zorg in een regio, met inbegrip van zorg uit Wlz en Wmo.

Verder denken wij dat het volledig risicodragend maken van zorgverzekeraars niets toevoegt aan een goede invulling van die regisseursrol. Door keuzes in zorginkoop dichterbij mensen te brengen, komt ook het belang van een betaalbare premie op tafel en kunnen afgewogen keuzes worden gemaakt.

3. In welke richting zou het risicovereveningssysteem zich moeten ontwikkelen?

Wij willen dat de inrichting van het risicovereveningssysteem bijdraagt aan een betere werking van de zorgverzekeringswet. Dus toegang tot goede zorg, betaalbaar voor iedereen ongeacht (chronische) ziekte of beperking. Wij hebben hiervoor al benoemd waar volgens ons kansen liggen voor verbetering. Die kansen hebben deels ook betrekking op het zorgstelsel.

Een goed risicovereveningsmodel blijft het uitgangspunt. Mogelijkheden voor verbetering moeten worden benut. Om te voorkomen dat er onbedoelde effecten zijn, blijft ook monitoring nodig, vooral op het niveau van kwetsbare groepen in het zorgsysteem.

4. Wat wij verder nog mee willen geven¹²

Vooropgesteld vinden wij verbeteringen van het risicovereveningssysteem belangrijk, als die bijdragen aan betere zorg voor mensen die (langdurig) zorg nodig hebben. Maatregelen die ingrijpen op de keuze van een zorgverzekering, doen dat niet. Maar kunnen wel op voor- en tegens worden onderzocht. We denken aan:

- Het heroverwegen van de mogelijkheid voor polissen met sterk beperkende voorwaarden en polissen met vrijwillig eigen risico. In het vereveningssysteem gaan verzekerden die hier voor kiezen gepaard met een positief vereveningsresultaat¹³. Risicoselectie ligt daarmee op de loer. Zonder dit polisaanbod voorkom je dat mensen die gezondheidsrisico's voor zichzelf en/of gezinsleden niet goed inschatten, onbedoeld zorgmijders worden vanwege onverwacht hoge kosten. Of dat ze worden geconfronteerd met betalingsproblemen.
- Vereenvoudiging van het polisaanbod¹⁴ en het extra ondersteunen van consumenten bij het beoordelen van verschillen tussen de polissen.

¹² De beantwoording van gesuggereerde vragen over verzekeraarsrisico, compensatie van verschillen in het model, en compensatie van tegenvallers achteraf, laten we aan anderen.

¹³ Brief aan Tweede Kamer d.d. 29 januari 2016 over kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt door de NZa.

¹⁴ In 2016 zijn er 60 verschillende basispolissen op de markt, sitebericht NZa 28-1-2016. In combinatie met beschikbare aanvullende verzekeringen en de presentatie via verschillende labels, heeft de consument keuze uit meer dan 1400 opties; ofwel een 'polisjungle'.