

Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidig stelsel

A.T.F. Beekman, A. van der Lee

Achtergrond	Ons zorgstelsel is een hybride compromis, opgebouwd uit een mix van publieke en meer marktgerichte elementen. De sterke financiële prikkel voor verzekeraars om te selecteren op mensen die lage kosten maken (risicoselectie), wordt ondervangen met een financiële verevening. Gezien de enorme bedragen die hierin omgaan, bestaat het risico dat deze verevening onvoldoende werkt, waardoor de ggz de facto onverzekerbaar wordt.
Doel	Nagaan in hoeverre de risicoverevening voor de geneeskundige ggz werkt en welke impact onvolkomenheden in de risicoverevening kunnen hebben op de ggz.
Methode	Gebruikmakend van recente gegevens van de Rijksoverheid onderzochten we: hoe de zorgkosten voor de geneeskundige ggz verdeeld zijn, hoeveel geld er omgaat in de risicoverevening en hoe goed de verevening werkt. We gaan in op de gevolgen hiervan.
Resultaten	0,8% van de verzekerden in Nederland bleek verantwoordelijk voor 66% van de kosten van geneeskundige ggz. Om ongelijke ggz-kosten over verzekeraars te compenseren ging er in 2019 3,9 miljard euro om op gebied van risicoverevening. Deze verevening is gebaseerd op in de toekomst geschatte kosten, die niet goed voorspelbaar zijn. Het gevolg is dat verzekeraars op elke patiënt die ggz-zorg gebruikt verlies lijden. Dit verlies loopt exponentieel op met de ernst en complexiteit van de problematiek van de patiënt.
Conclusie	Het doel van de ggz-verevening om zorgverzekeraars voldoende budget te geven voor alle patiënten die psychiatrische zorg nodig hebben, wordt niet bereikt. Dit is een sterke financiële prikkel om vooral de meest kwetsbare en complexe patiënten als verzekerden te mijden. Binnen de huidige spelregels van ons hybride stelsel is de geneeskundige ggz onverzekerbaar. Dit leidt tot desinvestering, wachtlijsten en vergiftigde relaties tussen de partijen die samen vormgeven aan de ggz-zorg in Nederland. Patiënten zijn de dupe.

Het belang van een goede gezondheidszorg voor iedereen is in Nederland onomstreden. We zijn ook een land van kooplieden met een stevig geloof in de werking van de markt. Ons zorgstelsel is daarom hybride: het is opgebouwd met een mix van publieke en private, meer marktgerichte elementen. De zorgverzekeringswet, die in 2006 in werking trad, legt een aantal principes van ons zorgstelsel vast (ministerie van VWS 2016). De brief van de toenmalige bewindslieden, met de hoofdlijnen van hun visie op het destijds nieuwe zorgstelsel voor curatieve zorg, vat mooi samen hoe men dacht over de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg: 'De praktijk leert dat noch marktwerking noch centrale sturing in pure vorm een optimale oplossing bieden. We moeten dus zoeken naar het juiste evenwicht' (ministerie van VWS 2004). In **tabel 1** vatten we een aantal kenmerken van het stelsel samen. Zorgverzekeraars hebben een bijzondere opdracht. Zij hebben zorgplicht en zijn verantwoordelijk voor de toegang en de continuïteit van zorg. Tegelijkertijd hebben zij geen of maar weinig invloed op de inhoud en de

breedte van het verzekerde basispakket. Verzekeraars moeten alle burgers accepteren die zich aanmelden voor een basisverzekeringspolis en mogen geen hogere premies vragen van mensen die meer kosten maken. Dat kan nooit goed gaan. Er lijkt een levensgrote prikkel voor verzekeraars om mensen te weren die oud zijn, chronische ziekten hebben of anderszins een hoog risico op een hoge 'schadelast'.

Andersom lijken er sterke prikkels ingebakken in ons hybride zorgstelsel voor de verzekeraars om selectief te werven onder jonge en hoogopgeleide, gemiddeld gezondere mensen (zie bijvoorbeeld de reclames voor 'verzekeringen voor hoger opgeleiden'). Selectie op basis van te verwachten gezondheids- en schadelastrisico's heet risicoselectie. Risicoselectie ondermijnt het fundament van ons zorgstelsel. Als de mechanismen die ingezet zijn om risicoselectie te voorkomen falen, dan is de zorg de facto onverzekerbaar.

Onderaan in **tabel 1** staat de verevening van kosten voor verzekeraars gerubriceerd als publiek element van ons stelsel (ministerie van VWS 2017). De risicoverevening is

AUTEURS

Aartjan T.F. Beekman, hoogleraar Psychiatrie en hoofd afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc en psychiater, GGz inGeest.

Arnold van der Lee, psycholoog, methodoloog, werkte tot zijn pensionering bij Zilveren Kruis, promoveerde in 2021 op een proefschrift over continuïteit van zorg van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Correspondentie

Prof. dr. A.T.F. Beekman (a.beekman@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-5-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7):411-415

bedoeld om verzekeraars financieel te compenseren als zij in hun bestand van verzekerden mensen hebben die disproportioneel veel kosten maken. Risicoverevening is bedoeld om risicoselectie tegen te gaan. Een verevening kan gebaseerd worden op voorspellingen van later te maken kosten (ex ante), of achteraf berekend worden, op basis van de werkelijk gemaakt kosten (ex post). Het idee is dat een ex-postverevening de prikkel bij de verzekeraar weghaalt om in onderhandeling met aanbieders van zorg te streven naar doelmatigheid en kostenbewustzijn.

Om die reden is de risicoverevening gebaseerd op de ex-antevoorspellingen van toekomstige kosten. Het nadeel van een ex-anteverevening is dat het moeilijk is om zorgkosten te voorspellen. Als de voorspelling van zorgkosten niet goed genoeg is, dan komt er teveel premiegeld terecht bij de verkeerde verzekeraar en de prikkel om toch op financieel risico te selecteren blijft in stand. Dit klinkt abstract. Om een idee te geven van de omvang: in 2019 ging volgens VWS 47,7 miljard euro om in de verevening: 3,9 miljard op gebied van ggz en 43,7 miljard op gebied van de overige zorg (ministerie van VWS 2019).

In deze bijdrage onderzoeken we hoe goed de onderlinge verevening van de verzekeraars werkt op gebied van de geneeskundige ggz. Gezien de enorme hoeveel-

heid geld die hierin omgaat, denken we dat de verevening een essentieel element is in ons stelsel. Een slecht werkende verevening betekent dat er een massieve financiële prikkel is bij financiers om psychiatrische patiënten te weren. Deze prikkel is dan sterker bij de kwetsbaarste en de duurste patiënten. De achterliggende gedachte is dat een slecht werkende verevening een fundamentele weeffout oplevert, met funeste effecten voor de verhoudingen tussen financiers, aanbieders van zorg en patiënten. De nieuwe bekostiging van de ggz die in januari 2022 is ingegaan zal dit probleem niet oplossen.

Wat maakt de ggz-verevening bijzonder?

In 2019 gebruikte 5,3% van de verzekerden die ouder was dan 18 jaar ggz-zorg (PWC 2019a, b). In **tabel 2** en in **figuur 1** is goed te zien hoe scheef de verdeling van die kosten is.

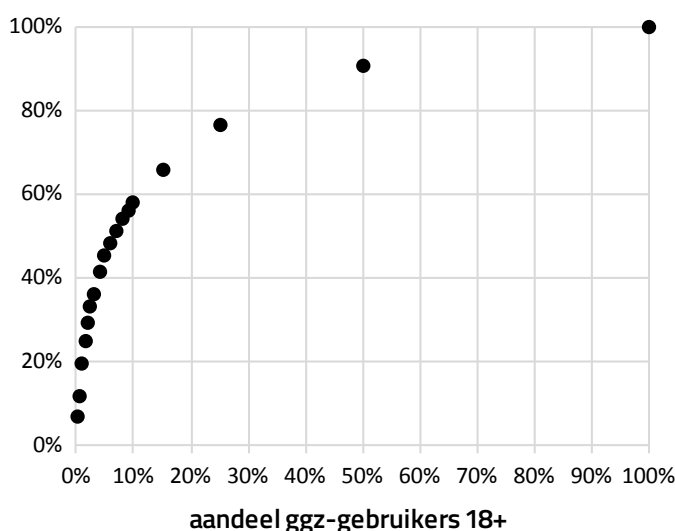
De duurste 15% van de ggz-gebruikers maakt 66% van de kosten. Op het niveau van alle inwoners van Nederland is het dus zo dat 15% van 5,3% = 0,8% van de mensen 66% van de ggz-kosten maakt. Deze verdeling is extreem scheef en daarmee per definitie moeilijk te voorspellen. Daarnaast blijkt dat de zorgkosten van patiënten in de tijd niet stabiel zijn, met name bij mensen die veel kosten maken.

Tabel 1. Mix van publieke en private kenmerken ingebouwd in de zorgverzekeringswet

Publieke kenmerken	Markgerichte private kenmerken
Alle burgers verplicht verzekerd	Burgers kunnen vrij kiezen uit verschillende verzekeraars
Zorgverzekeraars zijn verplicht alle burgers te accepteren voor de basisverzekering	Burgers kunnen kiezen tussen aanbieders van zorg
De premie van een polis binnen een verzekeraar is voor iedereen gelijk, ongeacht gezondheid	Premies kunnen verschillen tussen verzekeraars
Zorgverzekeraars hebben zorgplicht	Zorgverzekeraars en aanbieders onderhandelen over volume en prijs van zorg
Breed pakket in de basisverzekering; wordt wettelijk bepaald voor heel Nederland	Er zijn weinig drempels voor nieuwe aanbieders van zorg
Macrokader voor de zorg wordt door de overheid vastgesteld	
Verevening van kosten voor verzekeraars	

Tabel 2 en figuur 1. Zorgverzekeringswetkosten geneeskundige ggz in Nederland van alle verzekerden die kosten maakten in 2019, gesorteerd vanaf de duurste gebruiker

Aandeel ggz-gebruikers (18 jaar en ouder) (in %)	Aandeel in ggz-kosten (in %)
0,25	7,1
0,5	12,0
1	19,5
1,5	25,0
2,	29,4
2,5	33,1
3	36,3
4	41,4
5	45,3
6	48,5
7	51,4
8	54,2
9	56,2
10	58,0
15	65,8
25	76,4
50	90,8
100	100



Bron: PWC (2019a), tabel 2.2-1.

Dat is een tweede reden waarom ex ante voorspellen van ggz-kosten erg moeilijk is. Chronische psychiatrische patiënten met veel zorgkosten, met name de patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en patiënten met gedwongen behandelingen (van Asselt e.a. 2018; PWC 2019a), wisselen jaren met veel zorg, crisis en opnames af met jaren zonder zorg. Een patiënt kan door crisis of opnames in de ex-antef jaren een hoog zorggebruik hebben en in het vereveningsjaar géén kosten. Een ander kan in een ex-antejaar géén ggz-zorggebruik hebben en in het vereveningsjaar zeer veel. Of een ggz-gebruiker in een jaar hoge of lage kosten zal hebben, is daardoor niet goed te voorspellen. Grote getallen helpen helaas niet heel erg. Een ex-ante-ggz-verevening kan zodoende niet goed werken. Geavanceerde statistieken en ook grote getallen kunnen dit probleem helaas niet oplossen.

De verevening in de ggz werkt niet goed

De minister van VWS bepaalt wat het budget voor de ggz-kosten in een vereveningsjaar zal zijn. Dat budget wordt door de verevening verdeeld over alle inwoners van 18 jaar en ouder. Iedereen krijgt een bedrag toegekend: het normbedrag. Iedereen wordt in een relevante subgroep ingedeeld op basis van voorspellende kenmerken in eerdere jaren, de ex-antef jaren. Eenvoudige voorbeelden van subgroepen zijn mannen van 40-45 jaar die enkele jaren géén ggz-zorg gebruikt hebben, of mannen van 40-45 jaar die véél ggz-zorg gebruikt hebben. Het probleem daarbij is dat de toewijzing aan de subgroepen niet goed genoeg is. Idealiter zou iedereen in

een subgroep ongeveer hetzelfde zorggebruik en dus dezelfde ggz-kosten hebben in het vereveningsjaar. Het zouden homogene kostengroepen moeten zijn. Echter, door de onvoorspelbaarheid van het zorggebruik bevatten de subgroepen steeds zowel verzekerden mét als verzekerden zonder kosten; of verzekerden met zeer hoge kosten en verzekerden met lage kosten.

Het voorbeeld in **tabel 3** laat zien dat in het vereveningsjaar zelf, een zorgverzekeraar op verzekerden met hoge kosten flink tekortkomt en op verzekerden met geen of lage kosten juist geld overhoudt. Het normbedrag voor verzekerden met een voorspeld hoog zorggebruik is € 24.700 en voor verzekerden met een voorspeld laag zorggebruik is het veel lager, namelijk € 675.

In het vereveningsjaar krijgen verzekerden met zeer hoge kosten, € 80.000 in het voorbeeld, in de subgroep met een ex ante voorspeld hoog zorggebruik ruim € 55.000 te weinig toegekend. In de subgroep met een voorspeld laag zorggebruik is dat zelfs bijna € 80.000. Bij verzekerden met hoge kosten, € 25.000, zijn de tekorten € 269 bij een voorspeld hoog zorggebruik en ruim € 24.000 bij een voorspeld laag zorggebruik.

Daarentegen worden verzekerden met in het vereveningsjaar géén of lage kosten juist te veel normbedragen toegekend, bij ex ante voorspeld hoog zorggebruik zelfs meer dan € 24.500 en bij voorspeld laag zorggebruik € 526.

Wat de ene groep, met hoge zorgkosten, te weinig toegekend krijgt aan normbedragen, krijgen andere groepen, met lage zorgkosten, te veel. Immers, het hele budgetbedrag aan zorgkosten (195 miljoen euro in het voorbeeld) wordt verdeeld over alle verzekerden.

Onderzoek van VWS (PWC 2019a) laat zien dat, in de praktijk, op elke ggz-gebruiker de verzekeraars € 2493 tekort komen. Op de top 1% duurste ggz-gebruikers is het tekort € 79.639 en dat loopt op tot een maximaal tekort van € 297.000 voor de duurste ggz-gebruiker. Zou iedere verzekeraar van deze tekorten evenveel last hebben, dan was er voor de verzekeraar géén probleem. Echter, de verdeling van ggz-gebruikers en vooral ook van de ggz-gebruikers met zeer hoge kosten varieert erg sterk over de verzekeraars. Het gevolg is dat verzekeraars met veel ggz-gebruikers tekortkomen en anderen onterecht overhouden.

Het is riskant voor een verzekeraar om een goede reputatie te hebben op ggz-zorginkoop. Een goede reputatie kan ggz-gebruikers aantrekken waarop een verzekeraar financieel tekortkomt. Een zorgverzekeraar mag géén hogere premie vragen aan zorggebruikers en mag ook niet aan risicoselectie doen. Zij moeten daarom of intren op de reserves of een hogere premie aan iedereen vragen.

Omdat de ggz apart wordt gefinancierd en de overgrote meerderheid (94,7% in 2019) van de verplicht verzekerden geen ggz-zorg gebruikt, is het zo dat elke ggz-patiënt een gegarandeerd verlies oplevert voor de verzekeraar. Gezien de enorme bedragen waar we over spreken, bestaat er dus een sterke en ongewenste prikkel tot risicoselectie. Hoe minder ggz-patiënten en hoe minder dure ggz-patiënten de verzekeraar heeft als klant, hoe beter hij uit de verevening komt. Onderzoek laat zien dat nieuwe inhoudelijke voorspellers (zorgvraagzwaarte; Boonzaaijer e.a. 2014; ministerie van VWS 2014) en gedwongen behandelingen (van Asselt e.a. 2018) de ggz-verevening enigszins kunnen verbeteren. Echter, naast privacybezwaren beperkt de onvoorspelbaarheid van ggz-gebruik de uiteindelijke verbetering. Ex-post-compensaties helpen helaas ook beperkt (PWC 2019a).

Conclusies

Onze conclusie is dat de huidige methode van vereve-

ning niet goed kan werken. De enorme bedragen die hierin omgaan, betekenen de facto dat de ggz onverzekeraar is. Er bestaat een massieve financiële prikkel voor verzekeraars om ggz-zorg te minimaliseren. Elke investering in de ggz betekent een gegarandeerd verlies. Dit betreft alle patiënten die ggz-zorg gebruiken, maar met name patiënten met de ernstigste en meest complexe problematiek.

Helaas zal het zorgprestatie-model (ZPM) dit probleem niet oplossen. De doorlooptijd tussen het leveren van zorg en financieel afrekenen wordt in het ZPM veel korter, maar dat lost het fundamentele probleem van onvoorspelbare kosten niet op. Oplossingen van dit probleem zijn zeker denkbaar, maar vragen een veel fundamentele herziening van de financiering van ons zorgstelsel dan het recent ingevoerde ZPM.

Ook de praktijk van de zorgin- en -verkoop, zoals die zich in Nederland heeft ontwikkeld, draagt bij aan de problemen. Door met maximum (gemiddelde) prijzen te werken verschuiven risico's – en daarmee de prikkel richting risicoselectie – naar de aanbieders van zorg. Zij zijn dan geneigd om te stoppen met aanbieden van zorg voor bijvoorbeeld patiënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen (Den Blijker 2022).

Er is consensus dat geestelijke gezondheid van immens belang is voor Nederland. Ook de verzekeraars erkennen dit. We investeren van oudsher veel in geestelijke gezondheid en zijn trots op de kwaliteit van zorg die we kunnen bieden. Het is daarom unfair en enorm risicovol om een stelsel te laten bestaan met zulke sterke prikkels die risicoselectie en desinvestering in de ggz in de hand werken. Zeker als er tegelijkertijd stevige volumeprikkels bestaan voor aanbieders van zorg. Het resultaat is een overbelaste sector waarbij alle partijen (zowel verzekeraars als aanbieders van zorg) oneigenlijke risico's moeten dragen. Het risico op onderling wantrouwen en vergiftigde relaties tussen de verschillende partijen die ons zorglandschap rijk is, wordt dan wel heel groot. Uiteindelijk zijn patiënten hiervan de dupe.

Tabel 3. Voorbeeld hoe de ex-antiserisicoverevening leidt tot tekorten op ggz-gebruikers met hoog zorggebruik in het vereveningsjaar

Subgroepen	Aantal verzekerden	Gem. zorgkosten per verzekerde	Normbedrag (gem. voorspelde kosten)	Resultaat per verzekerde
1. Ex ante voorspeld hoog zorggebruik Kosten vereveningsjaar			€ 24.700	
Zeet hoge kosten	200	€ 80.000		€ -55.269
Hoge kosten	4600	€ 25.000		€ -269
Geen tot lage kosten	500	€ 150		€ 24.581
2. Ex ante voorspeld laag zorggebruik Kosten vereveningsjaar			€ 675	
Zeet hoge kosten	50	€ 80.000		€ - 79.324
Hoge kosten	1850	€ 25.000		€ -24.324
Geen tot lage kosten	92.800	€ 150		€ 526
Totaal aantal verzekerden	100.000			

LITERATUUR

- Asselt M van, Faber D, Koster L, e.a. Dwang en drang in de GGZ, onderzoek in het kader van de risicovereeniging WOR 938 [Internet]. Barneveld; 2018. <https://docplayer.nl/135770845-Dwang-en-drang-in-de-ggz.html>.
- Blijker J den. Sanering in de specialistische ggz leidt tot onrust. Trouw 2022. <https://www.trouw.nl/es-bec03261>.
- Boonzaaijer GK, Visser J, Stam PJA. WOR 692 Ontwikkeling GGZ-model zorgvraagzwaarte. 2014.
- Ministerie van VWS. Curatieve zorg; Brief minister en staatssecretaris met hoofdlijnen visie bewindslieden VWS op nieuwe zorgstelsel. 2004. <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vi3am2d316z6>
- Ministerie van VWS. WOR 708 Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2015. 2014. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2014/10/14/wor-advies-2015-en-verslag-van-werkzaamheden>

- Ministerie van VWS. Het Nederlandse zorgstelsel. 2016. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
- Ministerie van VWS. Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet. 2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/03/01/beschrijving-van-het-risicovereveningssysteem-van-de-zorgverzekeringswet>
- Ministerie van VWS. Bepaling macro-deelbedragen 2019. 2019. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/10/11/bepaling-macro-deelbedragen-2019>
- PWC. WOR 958 Verbetering compensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten GGZ. 2019a: <https://open-pilot.overheid.nl/Details/ronl-03e5eda8-c90e-4905-812a-3627e437d0a7/1?hit=1&text=verbetering+compensatie+voor+GGZ-cliënten+met+zeer+hoge+kosten+GGZ>
- PWC. WOR 960 Verbetering ondercompensatie GGZ-cliënten met zeer hoge kosten. 2019b.

SUMMARY

Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidig stelsel

A.T.F. Beekman, A. van der Lee

- Background** The Dutch health care system is a hybrid mix of public and market oriented elements. The market orientation harbours strong financial incentives for health insurance companies to select for the most healthy, least costly insurees. This is countered by an elaborate financial compensation for high risk, more costly health care users. Dysfunctioning of the compensatory financial mechanisms would render the mental health sector uninsurable.
- Aim** To test the risk-compensatory mechanisms for mental health care in the Netherlands and to discuss consequences of malfunctioning.
- Method** We used governmental data to study: the distribution of mental health costs, the total mental health expenditures that are redirected to compensate insurance companies, and the accuracy of this compensation. The consequences of putative inaccuracies are discussed.
- Results** 0.8% of the insured (all Dutch citizens are insured) are responsible for 66% of the mental health care costs. To compensate insurance companies for unequal distribution of costs, 3.9 billion euros were redirected. This compensation is based on inaccurate predictions of future health care costs of individual patients. The consequence is that insurance companies run a loss on every patient that uses mental health care. This loss is directly proportional to the amount of care used and therefore highest in patients with severe mental illness.
- Conclusion** Due to inaccurate redirection of mental health-care costs, a strong financial incentive is in place to avoid investing in mental health care. Under prevailing regulations, mental health is de facto uninsurable in the Netherlands. This affects especially patients with the most severe and complex mental illness.