



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten

Besseling, P.; van Ewijk, C.; Elsenburg, W.

Published in:

Me Judice : Economen in Debat

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Besseling, P., van Ewijk, C., & Elsenburg, W. (2011). Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten. Me Judice : Economen in Debat, 2011(22 mei).

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

[Artikelen](#) [Auteurs](#) [Video](#) [Economenpanel](#) [Blogs](#) [Events](#) [Vacatures](#) [Personalia](#)


Over MJ

Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten

Onderwerp: [Gezondheidszorg](#)22 mei 2011 | [Paul Besseling](#), [Casper van Ewijk](#), [Wouter Elsenburg](#) | 2353 keer bekeken

Het plan van het kabinet om de AWBZ, vaak langdurige zorg voor mensen met een aandoening of beperking, risicodragend te laten uitvoeren door zorgverzekeraars gaat extra geld kosten. Dat stellen CPB-economen Paul Besseling, Wouter Elsenburg en Casper van Ewijk. De mate waarin zorgverzekeraars risicodragend worden is

nog niet bekend. Als ze alleen financieel verantwoordelijk worden voor de zorginkoop, wat vrij waarschijnlijk is, ontstaat opwaartse druk op het aantal indicaties voor langdurige zorg. Om zorgverzekeraars meer risico te laten dragen is verre van eenvoudig. Dan ontstaan problemen bij het switchen van verzekeraar en bij het ontwerpen van een vereveningssysteem. Daardoor blijft kans op selectie van patiënten op basis van verwachte zorgkosten. Hier komt nog bij dat verzekeraars een reserve moeten creëren van 1,5 tot 30 mld euro, afhankelijk van de mate waarin ze het schaderisico krijgen toebedeeld.

Kabinet wil AWBZ beter laten uitvoeren

In het regeerakkoord is afgesproken de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) over te hevelen van de 32 zorgkantoren – ingericht door de grootste zorgverzekeraar in een regio – naar risicodragende zorgverzekeraars. In dit artikel werken wij uit waarom wij denken dat het goed mogelijk is dat het introduceren van risicodragendheid binnen de uitvoering van de AWBZ kostenverhogend zal werken. Eerst bespreken we hoe risicodragendheid is te realiseren, vervolgens gaan we in op de consequenties op de kosten van de uitvoering.

Volledige risicodragendheid van zorgverzekeraars voor AWBZ moeilijk in te voeren

Volledige risicodragendheid betekent dat alle kosten die ontstaan op het moment dat een verzekerde voor zorg wordt geïndiceerd voor rekening van de verzekeraar komen. De schade is gelijk aan de netto contante waarde van de verwachte kosten over alle toekomstige jaren. Het is te vergelijken met een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werkenden. Dan moet de verzekeraar, indien tijdens de verzekering arbeidsongeschiktheid ontstaat, een vergoeding betalen gedurende de hele periode dat de verzekerde niet zal kunnen werken. Op het moment dat de schade optreedt moet de verzekeraar over een kapitaalbuffer beschikken ter dekking van alle toekomstige betalingen, de rentedekkingsreserve.

Deze vorm van verzekeren heeft het grote voordeel dat de verzekeraar vanwege het hoge schaderisico een stevige prikkel heeft om te voorkomen dat een verzekerde veel dure zorg nodig heeft en om toe te zien op een rechtvaardige maar strenge indicatiestelling. Tegelijk zitten aan de overstap naar zo'n model van verzekeren van de langdurige zorg diverse haken en ogen.

De verzekering van zorgbehoeften ver in de toekomst past slecht bij een stelsel waarbij zorg in natura wordt uitgekeerd, zoals voor het overgrote deel van de langdurige zorguitkeringen geldt. Het is namelijk niet goed mogelijk om de kwaliteit van de zorg in natura eenduidig contractueel over een lange tijdshorizon vast te leggen. Zorgnormen en technologie veranderen over de tijd, waardoor veel onzekerheid heerst over de totale zorgkosten als gevolg van een langdurige aandoening op het moment dat deze aandoening ontstaat.

Auteurs



[Paul Besseling](#)
Centraal Planbureau



[Casper van Ewijk](#)
Centraal Planbureau



[Wouter Elsenburg](#)
Centraal Planbureau

Gerelateerde artikelen

- [Houd het persoonsgebonden budget in de AWBZ](#)

Ontvang updates via e-mail

Onderwerpen

[Arbeidsmarkt](#)
[Corporate governance](#)
[Duurzaamheid](#)
[Economieonderwijs](#)
[Economisch denken](#)
[Economische geschiedenis](#)
[Energie](#)
[Europese integratie](#)
[Filosofie en economie](#)
[Financiële markten](#)

> toon alle

Wanneer mensen bovendien jaarlijks van verzekeraar mogen wisselen, ontstaan problemen met de onderlinge verrekening tussen verzekeraars. Vaak neemt de behoefte aan langdurige zorg toe als mensen ouder worden. Hierbij is het moeilijk om te bepalen of deze behoefte het gevolg is van de eerdere indicatie – en dus tot de schade van de eerdere verzekeraar hoort – of een nieuwe indicatie betreft. Als iemand die al zorg nodig heeft, bijvoorbeeld verpleegzorg thuis, van verzekeraar wisselt en vervolgens extra zorg behoeft, bijvoorbeeld opname in een verzorgingstehuis, dan is moeilijk te bepalen welke verzekeraar voor welk deel van de kosten aansprakelijk is. Uitkeringen in geld, zoals het persoonsgebonden budget (pgb), zijn makkelijker meerjarig te verzekeren, zeker als de hoogte van de uitkeringen op een vooraf afgesproken manier wordt geïndexeerd.

Een ander probleem is dat volledige risicodragendheid hoge eisen stelt aan het systeem van risicoverevening vooraf. Ook als verzekeraars net als in de Zorgverzekeringswet een acceptatieplicht krijgen opgelegd kunnen zij meer indirecte methoden van risicoselectie toepassen. Een afdoend systeem van risicoverevening vooraf moet dat voorkomen. Maar om zoiets te construeren is verre van eenvoudig aangezien de kans dat iemand langdurige zorg nodig heeft relatief klein is en de kosten hoog. De prikkel tot risicoselectie blijft bestaan zolang er onvolkomenheden zitten in de verevening.

En niet alleen de verzekeraar zal aan selectie doen. Die verzekerden die van zichzelf weten dat zij een relatief grote kans lopen zorg nodig te hebben zullen bij hun keuze voor een verzekeraar hier rekening mee houden. De verzekeraar die de beste, en duurste, zorg aanbiedt, trekt hierdoor de duurste klanten naar zich toe, maar maakt hierop, vanwege onvolkomenheden in verevening, verlies. Dit leidt onherroepelijk tot een neerwaartse spiraal in de kwaliteit van de zorg. Tenslotte is er ook een financieringsprobleem. Wanneer verzekeraars werkelijk risicodragend worden moeten zij buffers opbouwen om deze langdurige zorgrisico's voor hun rekening te kunnen nemen. Bij een jaarlijks niveau van uitkeringen van 15 mld euro en een gemiddelde uitkeringsduur van 3 jaar schatten wij deze rentedekkingsreserve conservatief op 30 mld euro. Ook deze "financieringshobbel" maakt het onwaarschijnlijk dat volledige risicodragendheid op korte termijn wordt ingevoerd.

Beperkte risicodragendheid leidt tot opwaartse druk op de indicatiestelling

Een veel lichtere vorm van risicodragendheid waarbij alleen het kostenrisico van de inkoop van zorg volledig bij verzekeraars wordt gelegd, lijkt op termijn wel uitvoerbaar. Bij dit systeem krijgt de verzekeraar, indien een verzekerde met ingang van 1 maart wordt geïndiceerd voor een bepaald zorgzwaartepakket, vanaf 1 maart een normvergoeding passend bij dat zorgzwaartepakket uit de collectieve middelen. Dit betekent dat het schaderisico, de kans dat een verzekerde zorg nodig heeft, net als nu collectief gedragen wordt. De verzekeraar draagt alleen het kostenrisico van de zorginkoop; dat is het risico dat de feitelijke kosten van de zorg afwijken van de normvergoeding.

In zo'n stelsel hebben verzekeraars in beginsel een prikkel om zorg scherp in te kopen. Hun rol blijft feitelijk beperkt tot die van zorginkoper. Maar wat betreft het schaderisico werken de prikkels juist de verkeerde kant op. Bij deze beperkte vorm van risicodragendheid wordt het zelfs aantrekkelijk voor verzekeraars om bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aan te dringen op zo hoog mogelijke indicaties. Dit levert immers een hogere normvergoeding op.

Het fijnmazige Nederlandse systeem van indicatiestelling is bij uitstek gevoelig voor druk tot eerder en hoger indiceren. Weliswaar is in het regeerakkoord afgesproken om de aanspraken op begeleiding over te hevelen naar de wmo en andere moeilijk te indiceren aanspraken naar de jeugdzorg. Maar daarmee is niet gezegd dat voor de overgebleven aanspraken een 'glasheldere polis' ontstaat. Een indicatiestelling met slechts enkele duidelijk afgebakende categorieën van zorgzwaarte, zoals in Duitsland, is in deze zin veel robuuster dan het Nederlandse systeem met zijn meer dan honderd zorgzwaartepakketten.

Bovendien hebben sinds de recente overgang van instellingsfinanciering naar cliëntvolgende financiering zorgaanbieders en cliënten al een gemeenschappelijk belang om zo snel mogelijk een zo hoog mogelijke indicatie te krijgen. Als verzekeraars alleen risico lopen over de zorginkoop, krijgen zij hetzelfde belang als de zorgaanbieders en de cliënten. Dat zal leiden tot een hoger niveau van uitgaven. Immers, het CIZ is dan nog slechts de enige partij die tegenwicht biedt aan de gecombineerde druk van de andere drie partijen. Een versterking van het CIZ zou helpen deze druk te weerstaan, maar juist de rol van het CIZ wordt momenteel teruggedrongen door het beleid om de indicatiestelling in toenemende mate aan zorgaanbieders toe te vertrouwen en het budget van het CIZ te korten.

Als sterk punt van uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars wordt geclaimd dat synergie op kan treden tussen curatieve en langdurige zorg. Uit organisatorisch oogpunt bestaan hier zeker

mogelijkheden. Maar uit financieel gezichtspunt ligt ook het risico op afwenteling op de loer zolang de twee vormen van zorg een verschillende risicoverevening kennen. Dit risico speelt onder meer bij ziekten die een progressief verloop kennen, zoals aan ouderdom gerelateerde aandoeningen, waarbij cliënten eerst in de curatieve zorg en later in de langdurende zorg worden behandeld. Hoe sneller behandelingen – met indicatie – onder de langdurende zorg kunnen worden geschaard, hoe gunstiger het is voor de verzekeraar. Deze ontvangt hiervoor immers een normvergoeding uit de collectieve middelen, terwijl dat bij kortdurende zorg niet het geval is.

Overigens is bij deze lichte vorm van risicodragendheid maar beperkt behoefte aan reservevorming. Bij de Heroverweging Langdurige Zorg (2010), schatte men de vereiste solvabiliteitsreserve in op 1,5 mld euro.

Wat zijn de alternatieven?

Het is nog niet bekend hoe het kabinet de risicodragendheid van de zorgverzekeraars vorm wil geven. Startpunt is waarschijnlijk risicodragendheid voor de zorginkoop. Om de scherpe kantjes, zoals de opwaartse druk op de indicatiestelling, daar van af te halen zou het uitgebreid kunnen worden met een deel van het schaderisico. De normvergoeding uit de collectieve middelen zou bijvoorbeeld pas in kunnen gaan op 1 januari van het eerstvolgende jaar, of nog weer 1 of 2 jaar later. Maar in ruil daarvoor gaan dan de nadelen die genoemd zijn bij het systeem van volledige risicodragendheid een rol spelen. Het gaat om problemen bij de overstap naar een andere verzekeraar, de moeilijkheid van ex ante verevening zoals geschetst door Schut en Van de Ven (2010), de resterende kans op risicoselectie en de noodzaak van het aanleggen van een rentedekkingsreserve. Bij dit laatste gaat het om een bedrag tussen de 1,5 en 30 mld euro, afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend worden.

Eenvoudige alternatieven zijn overigens niet voorhanden. Gezien de complexiteit van het vraagstuk moet de oplossing voor het gebrek aan doelmatigheidsprikkels in de huidige AWBZ waarschijnlijk gezocht worden in een pakket van maatregelen. Daarin past de reeds voorgenomen overheveling van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet enerzijds en naar de WMO anderzijds. Voor de overgebleven delen van de AWBZ kan meer eigen regie voor de cliënten zoals bepleit door de patiënten en cliënten organisaties en de zorgaanbieders, ruimte bieden voor meer maatwerk. Het stimuleert ook de efficiëntie doordat er naast verzekeraars ruimte ontstaat voor meer concurrerende zorginkopers. Daarnaast helpt een verhoging van eigen betalingen, zoals in bijvoorbeeld Duitsland heel gebruikelijk is, zorgkosten voor de overheid te beheersen. Voor de verzekering van het schaderisico zijn wellicht andere collectiviteiten, die naar hun aard een langere band hebben met de deelnemers dan verzekeraars, zoals gemeenten of pensioenfondsen beter toegerust om het risico te dragen dan landelijk opererende zorgverzekeraars waartussen jaarlijks kan worden gewisseld. Ook kan gedacht worden aan meerjarige verzekeringscontracten. Maar 'quick fixes' zijn er niet.

Referenties

Erik Schut en Wynand van de Ven, Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, *ESB*, 20 augustus 2010. Zie ook de reactie van Pieter Hasekamp en Marijke Verbeek op dit artikel in het nummer van 17 september 2010.

Heroverweging Langdurige Zorg, 2010, [Rapport werkgroep](#).

Maatschappelijke Coalitie Eigen Regie, Langdurende zorg: eigen regie maakt zorg beter, 10 juni 2010.

Bron foto bij artikel: Adam Jones, Flickr.

Te citeren als

Paul Besseling, Wouter Elsenburg, Casper van Ewijk, "Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten", *Me Judice*, 22 mei 2011.

Copyright

De titel en eerste zinnen van dit artikel mogen zonder toestemming worden overgenomen met de bronvermelding [Me Judice](#) en, indien online, een link naar het artikel. Volledige overname is slechts beperkt toegestaan. Voor meer informatie, zie onze [copyright richtlijnen](#).

