

Dia 1

Mijnheer de rector, geachte commissie, geachte aanwezigen. Ik laat u eerst een videofragment zien uit de verkiezingscampagne van Barack Obama. Hij is in een heftige strijd verwickeld met Hillary Clinton om de Democratische nominatie als presidentskandidaat. Het videofragment gaat over de problemen in de Amerikaanse gezondheidszorg en illustreert goed de aanleiding van mijn onderzoek.

Dia 2 (videofragment van 2 minuten)

<1 extra muisklik, paar seconden geduld s.v.p. totdat videofragment begint>

Amy en Leen hebben moeite om hun premie te betalen. Leen heeft in het verleden kanker gehad. Hoewel hij daarvan is genezen, brengt de verzekeraar hem en zijn gezin nog steeds een torenhoge premie in rekening. Meer dan 1.000 dollar per maand. Amy en Leen kunnen hun premie bijna niet meer betalen en zij dreigen daardoor failliet te gaan. Amy vindt dat dat niet hun schuld is. Ik denk dat velen onder u dat met haar eens zullen zijn.

Dia 3

In Nederland is op 1 januari 2006 de basisverzekering ingevoerd die voor alle 16 miljoen Nederlanders geldt. De ziekenfondsen zijn afgeschaft en alle zorgverzekeraars opereren sindsdien in een concurrerende markt voor zorgverzekeringen.

Marktwerving is ingevoerd in de gezondheidszorg om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer oog krijgen voor de kosten die zij genereren. Hun bedrijfsvoering moet zo doelmatig mogelijk zijn. En zij moeten beter leren in te spelen op de wensen van hun klanten. De klant moet koning worden. Dat betekent het leveren van een goede kwaliteit van zorg en van goede service (denk aan ruimere openingstijden en kortere wachttijden).

Echter, het gevaar bestaat dat de premies in zo'n markt onbetaalbaar worden voor mensen met een hoog gezondheidsrisico, mensen zoals Amy en Leen.

Dia 4

In de volgende figuur wordt de situatie nader toegelicht. We gaan er hierbij vanuit dat iedere verzekerde een premie betaalt die afhangt van zijn/haar gezondheidsrisico, net zoals in de situatie van Amy en Leen. Hoe maken we de premie dan toch betaalbaar in zo'n markt? De beste oplossing is invoering van een systeem van risicoafhankelijke premiesubsidies.

<muisklik>

Deze premiesubsidies worden vanuit een zgn. risicovereveningsfonds betaalt. De hoogte van de premiesubsidie hangt af van het gezondheidsrisico van iedere individuele verzekerde. Zo zouden Amy en Leen een vrij hoge premiesubsidie moeten krijgen vanuit dit risicovereveningsfonds. Zij betalen dan nog steeds dezelfde torenhoge premie aan hun verzekeraar, maar kunnen het grootste deel daarvan dekken met deze premiesubsidie. Het eventuele resterende verschil tussen de premie en de premiesubsidie is dan wat zij per saldo van hun eigen inkomen opzij moeten zetten om de premie te kunnen opbrengen.

Echter, in de Amerikaanse markt bestaan geen premiesubsidies en daarom zijn Amy en Leen in de problemen gekomen. En dat is het grote verschil met de Nederlandse situatie in de basisverzekering, waarin de overheid zo'n systeem wel heeft ingevoerd.

<muisklik>

In de praktijk worden de premiesubsidies nooit aan de verzekerden zelf uitgekeerd, maar aan de zorgverzekeraars. Dat scheelt uitvoeringskosten omdat dan voor grote groepen verzekerden tegelijk de premiesubsidies kunnen worden opgeteld en afgerekend. Een verzekeraar met veel oude, ongezonde verzekerden ontvangt dus een grotere som aan premiesubsidies, dan een verzekeraar met veel jonge, gezonde verzekerden. Verzekeraars worden aldus gecompenseerd voor de zorgzwaarte van hun verzekerdenportefeuille. Daarom wordt dit systeem wel 'risicoverevening tussen zorgverzekeraars' genoemd. De zorgverzekeraar trekt de premiesubsidie van de premie af en brengt het restant bij de verzekerde in rekening.

<muisklik>

Rest nog de vraag: hoe komt het risicovereveningsfonds aan het geld om die premiesubsidies uit te keren? In Nederland betalen de verzekerden een inkomensafhankelijke solidariteitsbijdrage die door de Belastingdienst wordt geïnd en vervolgens gestort in het risicovereveningsfonds. Deze bedraagt 6,5% tot een maximum van 30.600 euro. De financiering van het fonds kan ook op andere manieren gebeuren, maar daar gaat mijn onderzoek verder niet over.

Dia 5

In private verzekeringsmarkten, zoals die waar Amy en Leen mee te maken hebben, zie je premieverschillen ontstaan doordat verzekeraars rekening houden met verschillende risicofactoren. Premies zijn doorgaans hoger voor ouderen, voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd, verzekerden met een aandoening, alleenstaanden, mensen die in een dure regio wonen, bouwvakkers, degenen die nog maar pas verzekerd zijn bij een bepaalde verzekeraar, verzekerden die een laag eigen risico hebben gekozen, degenen met een risicovolle leefstijl of omdat de verzekeraar kan zien dat je in het verleden al veel ziektekosten hebt gemaakt. Dat laatste is het geval bij Amy en Leen.

In de praktijk zullen de premiesubsidies niet voor alle risicofactoren gewenst zijn. De keuze van risicofactoren waarvoor premiesubsidies wel zijn gewenst, wordt bepaald door het antwoord op vragen zoals: "Moeten jongeren garant staan voor alle zorgkosten die door ouderen worden gegenereerd, ook als deze ouderen onnodig vaak naar de dokter gaan?". En: "Moet iemand die woont in een regio waar ziekenhuizen efficiënt werken en de prijzen laag liggen, een subsidie betalen aan iemand met dezelfde leeftijd, geslacht en gezondheid, maar die woonachtig is in een regio waar ziekenhuizen juist slechte zorg leveren tegen een veel te hoge prijs?". Het antwoord op deze vragen heeft de Nederlandse overheid in de Zorgverzekeringswet gegeven.

Dia 6

In de Zorgverzekeringswet staat dat leeftijd, geslacht en gezondheid de enige risicofactoren zijn waarvoor de overheid premiesubsidies wil. De zgn. S-type

risicofactoren. Dat betekent dat voor alle andere risicofactoren die verzekeraars bij de premiestelling kunnen gebruiken, de zgn. N-type risicofactoren, geen subsidie wordt nagestreefd door de overheid. In het voorbeeld van zojuist dus wèl solidariteit tussen oud en jong, ook al gaan ouderen soms onnodig vaak naar de dokter, maar géén solidariteit tussen regio's.

Dia 7

Om de individuele premiesubsidie in de praktijk te kunnen berekenen, moet het geslacht bekend zijn, hoe oud iemand is en hoe gezond. Vooral het meten van gezondheid is vaak moeilijk. Leeftijd en geslacht kunnen eenvoudigweg uit de administratie van de zorgverzekeraars worden gehaald, maar gezondheidskenmerken zijn niet zomaar beschikbaar voor alle 16 miljoen Nederlanders. Bijvoorbeeld, privacywetgeving en de kosten van het verzamelen van de gegevens, stellen grenzen aan de mogelijkheden.

In Nederland worden op dit moment de volgende gezondheidskenmerken gebruikt: aard van inkomen, gezondheidsgerelateerde postcodegebieden, en zgn. farmacie en diagnose kosten groepen. Hoewel er al voor meer dan 30 specifieke aandoeningen compensatie wordt geboden, zijn er nog volop aandoeningen te bedenken waarvoor een premiesubsidie gerechtvaardigd zou kunnen zijn, maar die niet in het model zijn opgenomen. Deze beperkingen kunnen dus leiden tot onvoldoende compensatie voor gezondheidsverschillen tussen verzekerden, m.a.w. de premiesubsidies zijn dan imperfect.

Dia 8

In geval van imperfecte premiesubsidies moeten aanvullende maatregelen worden genomen om de premies toch voor iedereen betaalbaar te houden. Deze maatregelen hebben echter ieder hun eigen nadeel. Ik noem er twee.

Zo kan bijvoorbeeld worden besloten om, als de kosten van verzekerden aan het eind van het jaar veel hoger blijken uit te vallen dan de premiesubsidie, deze kosten achteraf te vergoeden. Nadeel van zo'n achteraf compensatie is echter dat hiermee de prikkel om de kosten in de gezondheidszorg in de hand te houden vermindert.

Een andere aanvullende maatregel bij imperfecte premiesubsidies zou een wettelijk verbod op premiedifferentiatie kunnen zijn. Zorgverzekeraars moeten dan voor iedere verzekerde met dezelfde polis dezelfde premie in rekening brengen. Dat geldt bijv. in Nederland. Het nadeel hiervan is echter dat terwijl de kosten voor iedere verzekerde kunnen verschillen, de verzekeraar voor iedere verzekerde hetzelfde ontvangt. Sommige groepen verzekerden worden aldus gewenste klanten voor die verzekeraar en andere worden ongewenste klanten. Het gevaar van risicoselectie door verzekeraars ligt dan op de loer met alle negatieve gevolgen van dien.

Dia 9

Wat ik heb onderzocht is in hoeverre het Nederlandse systeem van risicoverevening leidt tot premiesubsidies zoals de overheid deze heeft bedoeld. M.a.w. in hoeverre compenseren de premiesubsidies voor verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid?

Verder heb ik gekeken welke gezondheidskenmerken eventueel kunnen

worden toegevoegd aan het Nederlandse systeem van risicoverevening, als mocht blijken dat de premiesubsidies niet voldoende zijn?

Dia 10

Waarom heb ik dat onderzocht? Nederland loopt in de wereld voorop met haar systeem van risicoverevening en dat wordt ieder jaar beter. Echter, dat je het vandaag beter doet dan gisteren, wil nog niet zeggen dat je al klaar bent voor de toekomst. Antwoord geven op de vraag of het huidige systeem adequaat compenseert voor leeftijd, geslacht en gezondheid, is minder goed mogelijk met de onderzoeksmethoden die tot nog toe worden gehanteerd. Sterker nog, de onderzoeksmethode die tot nog toe het meest wordt toegepast in deze context, geeft feitelijk antwoord op een andere onderzoeksvraag.

De relevantie van het door mij uitgevoerde onderzoek is dat, met de in dit proefschrift ontwikkelde methode, beter kan worden bepaald of het huidige Nederlandse risicovereveningsmodel effectief is en klaar voor de toekomst. Het belang van het antwoord op deze vraag is dat als dit zo is, aanvullende maatregelen niet langer noodzakelijk zijn en dus ook de nadelige gevolgen daarvan kunnen worden voorkomen.

Dia 11

Wat zijn mijn bevindingen? Mijn eerste bevinding is dat het Nederlandse risicovereveningsmodel nog niet af is. Dat wil zeggen: de risicoafhankelijke premiesubsidies bieden onvoldoende compensatie voor kostenverschillen die samenhangen met verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid.

Dia 12

Mijn tweede bevinding is dat het Nederlandse risicovereveningsmodel kan worden verbeterd door toevoeging van gezondheidskenmerken die zijn gebaseerd op het gebruik-in-het-verleden van: fysiotherapie, medische hulpmiddelen en medicijnen voor psychische aandoeningen. Deze gegevens zitten in de administratie van de meeste zorgverzekeraars en kunnen dus worden gebruikt om de premiesubsidies te verbeteren.

Dia 13

Als de premiesubsidies worden aangevuld met een (gedeeltelijke) vergoeding van de werkelijke ziektekosten achteraf, dan blijkt dit tot een belangrijke verbetering te leiden. Ook nadat daaraan de veelbelovende gezondheidskenmerken uit de vorige dia zijn toegevoegd.

Dia 14

Uit mijn onderzoek blijkt dat de kostenverschillen van Agis verzekerden die zich tussen de provincies voordoen, in hoofdzaak worden veroorzaakt door andere risicofactoren dan leeftijd, geslacht en gezondheid. Welke andere risicofactoren dat zijn, blijft verder onbepaald in mijn onderzoek. In ieder geval gaat het om N-type risicofactoren, de risicofactoren waarvoor de overheid heeft aangegeven niet te willen compenseren via de risicoverevening. Er is daarom ook geen goede reden om zorgverzekeraars te verbieden hun premies te differentiëren naar de provincie waarin iemand woont. Overigens biedt de Zorgverzekeringswet deze mogelijkheid nu al aan zorgverzekeraars. Premiedifferentiatie naar provincies vormt de enige uitzondering op het

algemene verbod op premiedifferentiatie in Nederland. Uit mijn onderzoek volgt dus dat dit overheidsbesluit een juist besluit is geweest.

Echter, ten aanzien van andere risicofactoren biedt de Zorgverzekeringswet mogelijk te weinig ruimte. Zo blijkt dat lagere ziektekosten onder zelfstandige ondernemers ook vooral samenhangen met N-type risicofactoren, net zoals in het vorige voorbeeld. Een reden kan zijn dat zelfstandigen minder tijd hebben om naar de dokter te gaan. In dat geval zouden zorgverzekeraars de mogelijkheid moeten krijgen een lagere premie te vragen aan zelfstandige ondernemers dan aan andere verzekerden. Amy en Leen, die zelfstandige ondernemers zijn, zouden dan naast de premiesubsidie uit het risicovereveningsfonds ook een premiekorting ontvangen van hun verzekeraar. De Nederlandse Zorgverzekeringswet biedt deze mogelijkheid tot premiekorting bij individuele verzekerden nu niet. En dat is onjuist.

Ik dank u voor uw aandacht. Ik geef het woord terug aan de rector.