

Blog: De risicoverevening moet op de schop

... maart 2024 (795 woorden, 3 min)

Samenvatting: De overheid maakt met het risicovereveningsinstrument landelijke concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk. Dit instrument is volgens Thomas Hoyng, bestuurder van Gezond met Zorg, aan grondige revisie toe als samenwerking in de regio's een kans van slagen wil krijgen.

Intro: Concurrentie is niet altijd de beste weg om de gezondheidszorg te laten floreren, vindt Thomas Hoyng. Zeker niet in de sector waar teamwerk en intrinsieke motivatie de dominante drijfveren zijn en waar passende zorg en meer preventie grote culturele aanpassingen vragen met als resultaat een gezondere samenleving.

Toch hebben wij onze zorg zo ingericht dat concurrentie het leidende motief is voor betere zorg. Concurrentie moet de kwaliteit en doelmatigheid van zorg zoveel mogelijk stimuleren. De overheid maakt met het risicovereveningsinstrument landelijke concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk. Dit instrument is echter aan grondige revisie toe als samenwerking in de regio's een kans van slagen wil krijgen.

Risicoverevening als marktmeester

Met het risicovereveningsinstrument stuurt de overheid al sinds de jaren '90 op een gereguleerde concurrerende zorgmarkt. Dit instrument was allereerst ontworpen als ondersteunend middel om de financiële effecten van risicoselectie tussen ziekenfondsen en commerciële verzekeraars af te zwakken. Sinds 2006 is risicoselectie verboden en werd risicoverevening het centrale instrument voor het wegnemen van deze ongewenste financiële prikkels bij zorgverzekeraars. Daarnaast stimuleert het instrument de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars op het gebied van doelmatigheid door selectieve inkoop.

Toenemende complexiteit

Omdat de risicoverevening als financieel besturingsinstrument zo bepalend is voor de goede werking van de verzekeringsmarkt is het instrument door de jaren heen sterk verfijnd. Van een instrument dat in de negentiger jaren alleen een kenmerk op leeftijd en geslacht gebruikte voor de financiële compensaties is het uitgegroeid tot een model met 14 kenmerken en 233 risicoklassen met een schil van statistische herverdeling om alsnog te corrigeren voor onzuiverheden. De complexiteit van het model is gaandeweg bijzonder hoog geworden en daarmee ook zeer gevoelig voor aanpassingen.

Fundamentele starheid

Een belangrijk fundament van het vereveningsmodel zijn alle zorgdeclaraties van zorgaanbieders. De soorten declaraties zijn ingedeeld naar sectoren en voor deze sectoren worden elk jaar vaste budgetten bepaald die maximaal mogen worden gedeclareerd. Een zorgactiviteit die niet door een zorgaanbieder kan worden

gedeclareerd, leidt niet tot een compensatie van kosten bij de zorgverzekeraar vanuit het vereveningsinstrument. Het gevolg: de zorgaanbieder zal deze zorg niet regulier aanbieden.

Iedere declaratietitel is gedetailleerd omschreven, vastgelegd en gefiatteerd door de Nza. Een nieuwe declaratietitel kent een lange doorlooptijd door bijvoorbeeld controles op rechtmatigheid, effectiviteit, gevolgen voor de risicoverevening en sectorale budgetplafonds. Het vaststellen van een nieuwe zorggerelateerde declaratietitel kost dan ook jaren.

Moeras van modellering

De zorgverzekeraar heeft jarenlang de concurrentie tussen zorgaanbieders aangejaagd met selectieve inkoop. Over de resultaten hiervan zijn de meningen verdeeld. Samenwerken over sectoren heen lijkt een volgende stap waarmee in plaats van doelmatigheid van de geleverde zorg de aandacht verschuift naar het beheersen van de zorgvolumes door samenwerking.

Deze grote omslag in denken leidt in het vereveningsinstrument vervolgens tot technische adviesrapporten over nieuwe sectoroverstijgende declaratietitels, indirecte MDO betaaltitels, nieuwe macrokaders en overige compensatiemethodes. Een moeras van modellering zonder te kijken of de uitgangspunten van het vereveningsinstrument nog wel geldig zijn. Wil deze verandering naar samenwerken de beloofde vruchten afwerpen is dit geen bijzaak, maar een hoofdzaak.

Van concurreren naar samenwerken

Samenwerken vraagt om sterk teamwerk en intrinsieke motivatie. Het leidende motief van concurreren in de zorg houdt deze verandering echter tegen. Waarom?

- Preventieve zorg moet leiden tot afname van behandelingen. Preventie is in zijn aard zeer divers en hangt sterk af van lokaal teamwerk en intrinsieke motivatie. De resulterende prestaties – activiteit en resultaat - zijn niet direct te vangen in declaratietitels
- Samenwerken in de zorg veroorzaakt een sterke opkomst van alternatieve zorgpaden die weer leiden tot de noodzaak van nieuwe declaratietitels met eindeloze doorlooptijden die vernieuwing blokkeren
- Intensieve samenwerking tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders onderling leidt in het kader van de regelgeving tot mededingingsvragen
- Vanuit de gedachte van concurreren wordt van de verzekerde verwacht dat hij zich opstelt als een consument in de zorg. Hiermee sluit de regelgeving de verzekerde stelselmatig uit als samenwerkingspartner in de zorg

Samenwerken vraagt dus om een fundamenteel andere benadering van de overheid bij het financieel sturen op de beste zorg. Het leidende motief van landelijk concurrerende zorgverzekeraars zorgt voor een risicovereveningsinstrumentarium dat niet meer voldoet aan de eisen van deze veranderende tijd.

Sleutelen aan de risicoverevening

Met kleine technische aanpassingen in het vereveningsinstrument komen wij er dus niet. Samenwerken in de regio's zal dan zeer vertraagd en mondjesmaat van de grond komen. De urgentie van passende zorg en preventie vragen om versnelling.

Wij lijken echter te zijn vergeten dat concurrentie op doelmatigheid slechts een middel is voor een betere werking van ons zorgstelsel. De huidige risicoverevening is hiervan een afgeleide. Een bijstelling van dit uitgangspunt leidt tot een ingrijpende revisie en een vereenvoudiging van het risicovereveningsinstrument.

*Door: **Thomas Hoyng**, bestuurder Stichting Gezond met Zorg*