

Vergaderjaar 2014–2015

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 577

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 januari 2015

Met deze brief informeer ik u over de resultaten van een onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem in het jaar 2010 dat in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is uitgevoerd. Het onderzoeksrapport treft u in de bijlage bij deze brief aan¹. De resultaten van dit onderzoek heb ik aangekondigd in mijn brief² van 25 november 2014. In mijn brief³ van 17 december 2013 en in mijn brief van 25 november 2014 heb ik uw Kamer bericht over de werking van het risicovereveningssysteem in de jaren 2006 tot en met 2009.

Jaarlijks laat ik een kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem uitvoeren om de werking en de kwaliteit van het risicovereveningssysteem te kunnen monitoren. In deze brief bespreek ik de belangrijkste resultaten van de werking van de ex ante modellen voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en voor het verplicht eigen risico. Tevens ga ik na wanneer verzekeraars inzicht krijgen in de vereveningsbijdrage en wat de kwaliteit van de beslisinformatie is geweest. De conclusie van deze brief is dat het risicovereveningssysteem in 2010 op een vergelijkbaar hoog niveau heeft gewerkt als in de jaren ervoor.

Werking risicoverevening somatische zorg

De financiële risico's die verzekeraars lopen als gevolg van verschillen in de gezondheidsprofielen van hun verzekerdenpopulatie, worden zo goed mogelijk gecompenseerd door de risicoverevening. Het verschil tussen de financiële bijdrage die de verzekeraar ontvangt op basis van de risicoverevening en zijn werkelijke schadelast in euro's per verzekerde wordt het vereveningsresultaat genoemd. Hoe geringer de spreiding tussen

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Kamerstuk 29 689, nr. 560.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 492.

verzekeraars in dit vereveningsresultaat, des te beter het gelijke speelveld tussen verzekeraars. De werkelijke schadelast van een zorgverzekeraar wordt (mede) bepaald door het inkoopbeleid van deze verzekeraar. Door verschillen in inkoopbeleid ontstaan verschillen in schadelast. Hierdoor zal er altijd een zekere spreiding in de vereveningsresultaten blijven bestaan. In het onderzoek worden resultaten op verzekeraarsniveau vóór ex ante verevening, na ex ante verevening en na ex post verevening met elkaar vergeleken. Het verschil in spreiding van de vereveningsresultaten tussen de verschillende momenten is vervolgens uitgedrukt in een percentage, dat een maatstaf vormt voor de kwaliteit van de werking van de risicoverevening.

In 2010 wordt de somatische zorg voor verzekerden voor een belangrijk deel risicodragend uitgevoerd door zorgverzekeraars. Door de inzet van de ex ante risicoverevening neemt in 2010 de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars af met 80,6 procent en door de inzet van ex post compensatiemechanismen neemt de spreiding verder af met 5 procent. De risicoverevening in zijn geheel reduceert de spreiding in het vereveningsresultaat dus met 85,6 procent. Het effect van de verevening is in 2010 ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2009 (87,6 procent).

Kleine zorgverzekeraars hebben na inzet van het risicovereveningssysteem in 2010 gemiddeld een hoog, positief vereveningsresultaat van +23 euro per verzekerde. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt op -2 euro per verzekerde en voor middelgrote zorgverzekeraars op +2 euro per verzekerde. Wordt dit vermenigvuldigd met het aantal verzekerden, dan resulteert het totale voordeel of nadeel van het risicovereveningssysteem voor de somatische zorg. Uiteraard gaat het hier om een gemiddeld vereveningsresultaat dat per verzekeraar kan verschillen. Binnen de groepen klein, middelgroot en groot is er sprake van spreiding.

In het onderzoek is ook gekeken naar wel en niet in concernverband opererende verzekeraars. Aanleiding hiervoor is de motie van het lid van uw Kamer Leijten⁴. Mevrouw Leijten geeft aan dat thans 90 procent van de zorgverzekeringsmarkt beheerst wordt door vier grote concerns van zorgverzekeraars, terwijl de druk op de kleinere zorgverzekeraars relatief toeneemt. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat is na inzet van het risicovereveningssysteem vergelijkbaar voor risicodragers die deel uitmaken van een concern en zelfstandige risicodragers (respectievelijk 0 euro per verzekerde en 1 euro per verzekerde). Ook is de spreiding vergelijkbaar tussen de verzekeraars die wel en geen deel uitmaken van een concern.

Werking risicoverevening geneeskundige GGZ

In 2010 wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van achttien jaar en ouder risicodragend uitgevoerd door zorgverzekeraars. De kosten van minderjarigen worden volledig nagecalculeerd en zijn daarom buiten de kwantitatieve analyse gelaten.

Uit het onderzoek blijkt dat in 2010 door de inzet van de ex ante risicoverevening de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met 80,5 procent afneemt⁵. Daarmee is de spreidingsreductie door de ex ante verevening in de geneeskundige GGZ vergelijkbaar met de spreiding

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 179.

⁵ Omdat in de jaren 2008 en 2009 sprake was van volledige nacalculatie voor alle verzekerden (dus inclusief minderjarigen), is de vergelijking van de resultaten van 2010 met voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.

dingsreductie door de ex ante verevening in de somatische zorg. Door de inzet van ex post compensatiemechanismen neemt de spreiding verder af met 9,8 procent; de risicoverevening in zijn geheel reduceert de spreiding dus met 90,3 procent.

Kleine zorgverzekeraars hebben na inzet van het risicoverevenings-systeem gemiddeld gezien een negatief vereveningsresultaat van –2 euro per verzekerde. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt op +1 euro per verzekerde en voor middelgrote zorgverzekeraars op –1 euro per verzekerde. Het gemiddeld vereveningsresultaat van risicodragers die deel uitmaken van een concern en zelfstandige risicodragers ligt dicht bij elkaar (respectievelijk 1 euro per verzekerde en –1 euro per verzekerde). Ook is na inzet van het risico-vereveningssysteem de spreiding vergelijkbaar tussen de verzekeraars die wel en geen deel uitmaken van een concern.

Werking risicoverevening verplicht eigen risico

De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen wordt gekort voor het verplicht eigen risico, dat verzekeraars bij volwassen verzekerden kunnen innen. Deze korting op de vereveningsbijdrage wordt geschat op basis van het vereveningsmodel van het verplicht eigen risico. Het verschil tussen de geschatte korting op de vereveningsbijdrage en het eigen risico dat de verzekeraar daadwerkelijk bij verzekerden int is het vereveningsresultaat. Bij een negatief vereveningsresultaat kan de zorgverzekeraar minder verplicht eigen risico innen dan op basis van het vereveningsmodel geschat is, en bij een positief resultaat is dat precies omgekeerd. In het jaar 2010, net als in de twee jaren daarvoor, is het gewogen gemiddeld vereveningsresultaat negatief (–7 euro per verzekerde van achttien jaar en ouder). Dat betekent dat verzekeraars minder verplicht eigen risico kunnen innen dan op basis van het vereveningsmodel geschat wordt. Er zijn geen grote verschillen tussen zelfstandig opererende verzekeraars en verzekeraars die deel uitmaken van een concern. Bij de kleine verzekeraars is het resultaat nog iets negatiever (–10 euro per 18-plusser) dan bij de middelgrote en grote verzekeraars (respectievelijk –6 en –7 euro per 18-plusser). De reductie in spreiding van het vereveningsresultaat door de ex ante verevening is in 2010 44 procent, en schommelde in de twee voorgaande jaren rond de 50 procent⁶.

Inzicht in de definitieve vereveningsbijdrage

Vier jaar na afloop van het vereveningsjaar wordt de vereveningsbijdrage definitief vastgesteld. Deze relatief lange doorlooptijd heeft te maken met de verwerking van opbrengstverrekeningen en onderlinge afhankelijkheden door de ex post compensaties hogekostencompensatie en macronacalculatie. Om in de tussentijd zorgverzekeraars inzicht te geven in hun vereveningsbijdrage vindt vooruitlopend op deze definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage twee keer een voorlopige vaststelling plaats.

Voor 2010 blijkt dat na de tweede voorlopige vaststelling, die drie jaar na afloop van het vereveningsjaar plaatsvindt, nagenoeg geen wijzigingen meer plaatsvinden. Dit geldt voor zowel de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en het verplicht eigen risico. Voor de somatische zorg en het verplicht eigen risico geldt dat de voorspellende waarde van de eerste voorlopige vaststelling, die één jaar na afloop van het vereveningsjaar plaatsvindt, redelijk respectievelijk goed is. Dit is niet het geval bij de

⁶ Er is geen sprake van ex post compensaties voor het eigen risicomodel.

geneeskundige GGZ. Daar is in 2010 de voorspellende waarde van de eerste voorlopige vaststelling voor de definitieve vaststelling nihil.

Dit heeft te maken met de relatief lange doorlooptijd van DBC's in de GGZ, waardoor verzekeraars ten tijde van de eerste voorlopige vaststelling nog in onzekerheid zijn over de schade.

Kwaliteit van de beslisinformatie

Bij de besluitvorming rond de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel en de inzet van ex post compensaties zijn historische kostengegevens over 2007 gebruikt. Deze historische kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2010.

Voor de somatische zorg geldt dat de verwachte spreiding in de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars na ex ante verevening voor 2010 (op basis van gegevens over 2007) gelijk is aan de werkelijke spreiding in de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars. Na ex post compensaties is de spreiding in werkelijkheid groter dan op basis van de gegevens 2007 werd verwacht. Dit was in voorgaande jaren ook zo, zij het dat de verschillen na ex post in 2010 groter zijn dan in voorgaande jaren.

Voor de geneeskundige GGZ geldt dat de verwachte spreiding in de vereveningsresultaten na ex ante verevening voor 2010 (op basis van gegevens over 2007) iets groter is dan de werkelijke spreiding in de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars. Na toepassing van ex post mechanismen is de verwachte spreiding in vereveningsresultaten ongeveer gelijk met de werkelijke spreiding in vereveningsresultaten.

Ik concludeer hieruit dat, net als voorgaande jaren, de gegevens op verzekeraarniveau op basis waarvan de besluitvorming over het risico-vereveningssysteem voor 2010 heeft plaatsgevonden voldoende representatief waren.

Conclusie

Ik constateer dat het risicovereveningssysteem in 2010 op een vergelijkbaar hoog niveau heeft gewerkt als in de jaren ervoor. Hiermee levert de risicoverevening een belangrijke bijdrage aan de werking van het zorgstelsel. Mijn inspanningen blijven gericht op het van jaar op jaar op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel. Door de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars zoveel mogelijk te beperken wordt een gelijk speelveld bewerkstelligd.

Ik constateer dat zorgverzekeraars voor het vereveningsjaar 2010 ongeveer drie jaar in onzekerheid zijn geweest over hun definitieve vereveningsbijdrage. Om die onzekerheid te verkleinen is het kabinetsbeleid er op gericht om het systeem van correcties achteraf op het risicovereveningsmodel (de zogenaamde ex post compensaties) af te bouwen. Tevens worden zorgverzekeraars daarmee maximaal aangezet tot doelmatige zorginkoop. Door afbouw van de ex post compensaties en invoering van de prestatiebekostiging in de somatische zorg en geneeskundige GGZ krijgen verzekeraars al na één jaar een beter inzicht in het vereveningsresultaat.

Ik vind het belangrijk om de werking van het risicovereveningssysteem en de kwaliteit van de beslisinformatie te blijven monitoren. Dit zal ik jaarlijks doen op basis van de meest recente realisatiecijfers. Vanzelfsprekend zal ik de Kamer blijven informeren over de resultaten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers