

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 810

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 februari 2017

Met deze brief informeer ik u over de resultaten van een onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem in het jaar 2011 dat in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is uitgevoerd. Het is gebruikelijk om uw Kamer op basis van definitieve cijfers te informeren over de werking van het risicovereveningssysteem in eerdere jaren.

Zoals ik u heb toegezegd bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij het «Overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014»¹ zal ik daarbij ook ingaan op de vereveningsresultaten op macro-totaalniveau. Daarnaast heb ik een evaluatie laten uitvoeren van het flankerend beleid, zoals ik uw Kamer heb toegezegd naar aanleiding van de evaluatie van de afschaffing van de macronacalculatie². De onderzoeksrapporten treft u in de bijlagen bij deze brief aan³.

De hoofdlijn van deze brief is als volgt:

- Het risicovereveningssysteem in 2011 heeft op een vergelijkbaar hoog niveau gewerkt als in de jaren ervoor. De risicoverevening heeft daarmee in belangrijke mate bijgedragen aan het bewerkstelligen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en aan de werking van het zorgstelsel.
- Het vereveningsresultaat op macro-totaalniveau bedraagt € – 132 mln. voor 2011, € 1.396 mln. voor 2012, en € 2.578 mln. voor 2013. Dit betekent dat in 2011 de werkelijke schadelast op macro-totaalniveau hoger is dan de bijdrage uit de risicoverevening, de geïnde premies en het geïnde verplicht eigen risico; voor 2012 en 2013 is het precies omgekeerd. De positieve vereveningsresultaten voor 2012 en 2013 zijn door zorgverzekeraars voor een belangrijk deel teruggegeven aan

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 690

² Kamerstuk 32 620, nr. 156

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

verzekerden via een verlaging van de premie (in totaal € 2,1 mld. via een lagere premie in 2013 en 2014) en zijn daarnaast gebruikt voor het versterken van de solvabiliteit in het kader van Solvency II.

- Uit de evaluatie van het flankerend beleid blijkt dat het flankerend beleid bijdraagt aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Er is onder zorgverzekeraars en andere partijen veel draagvlak voor het flankerend beleid. De evaluatie geeft geen aanleiding om het flankerend beleid te heroverwegen.

Werking risicoverevening somatische zorg

De financiële risico's die verzekeraars lopen als gevolg van voorspelbare verschillen in de gezondheidsprofielen van hun verzekerdenpopulatie worden zo goed mogelijk gecompenseerd door de risicoverevening. Het verschil tussen de voorspelde kosten op basis van de risicoverevening en de werkelijke kosten wordt het vereveningsresultaat genoemd. Een reductie van de spreiding van het vereveningsresultaat draagt bij aan het gelijke speelveld tussen verzekeraars, voor zover deze spreiding niet voortkomt uit verschillen in inkoopbeleid. De werkelijke schadelast van een zorgverzekeraar wordt namelijk (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 bestaan, en dat is ook gewenst. 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 2011 wordt de somatische zorg voor verzekerden voor een belangrijk deel risicodragend uitgevoerd door zorgverzekeraars. Door de inzet van de ex ante risicoverevening neemt in 2011 de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars af met 79,9 procent (dit was 80,6 procent in 2010) en door de inzet van ex post compensatiemechanismen neemt de spreiding verder af met 6 procent (dit was 5 procent in 2010). De risicoverevening in zijn geheel reduceert de spreiding in het vereveningsresultaat dus met 85,9 procent (was in 2010 85,6 procent). Hoewel in 2011 de reductie van de spreiding door de ex ante stap iets afneemt en de reductie van spreiding door de ex post iets toeneemt ten opzichte van 2010, concluderen de onderzoekers dat «het vereveningsjaar 2011 een jaar met sterke gelijkenissen aan 2010 is». Deze conclusie ligt in de lijn van de verwachting aangezien het ex ante model 2011 nagenoeg gelijk is aan 2010 en de mate waarin ex post wordt ingezet zelfs precies hetzelfde is als in 2010.

De verschillen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars zijn beperkt. Kleine zorgverzekeraars hebben in 2011 gemiddeld een positief vereveningsresultaat van + 4 euro per verzekerde. Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt op – 1 euro per verzekerde en voor middelgrote zorgverzekeraars op + 5 euro per verzekerde. Het vereveningsresultaat is hoger voor zelfstandige risicodragers (+ 10 euro) dan voor risicodragers die deel uitmaken van een concern (– 1 euro per verzekerde). De spreiding is groter bij kleine zorgverzekeraars en bij zelfstandige zorgverzekeraars.

Werking risicoverevening geneeskundige GGZ

In 2011 wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor een deel 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 2011 door de inzet van de ex ante risicoverevening de spreiding in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met 76,3 procent afneemt (was 80,5 procent in 2010). Door de inzet van ex post compensatiemechanismen neemt de spreiding verder af met 16,1 procent (was 9,7 procent in 2010); de risicoverevening in zijn geheel reduceert de spreiding dus met 92,5 procent (was 90,3 procent in 2010). De spreidingsreductie in de geneeskundige GGZ is grofweg vergelijkbaar met de spreidingsreductie in de somatische zorg, en net als in de somatische zorg neemt de reductie van de spreiding door de ex ante stap iets af en de reductie van spreiding door de ex post iets toe ten opzichte van 2010. Een duidelijke verklaring voor dat laatste is er niet; er zijn geen wijzigingen tussen 2010 en 2011 in het ex ante model en in de inzet van ex post compensaties.

De verschillen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars zijn beperkt. Kleine zorgverzekeraars hebben een negatief vereveningsresultaat van – 2 euro per verzekerde. Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt op + 1 euro per verzekerde en voor middelgrote zorgverzekeraars op – 1 euro per verzekerde. De spreiding is vergelijkbaar tussen de kleine, grote en middelgrote verzekeraars. Het vereveningsresultaat van risicodragers die deel uitmaken van een concern en zelfstandige risicodragers ligt dicht bij elkaar (respectievelijk 0 euro per verzekerde en 2 euro per verzekerde). Ook is 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. In het jaar 2011 is het gewogen gemiddeld vereveningsresultaat, net als in de jaren daarvoor, negatief (– 11 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 is geen verschil tussen zelfstandig opererende verzekeraars en verzekeraars die deel uitmaken van een concern. Bij de kleine verzekeraars is het resultaat nog iets negatiever (– 14 euro per 18-plusser) dan bij de middelgrote en grote verzekeraars (– 11 euro per 18-plusser). De reductie in spreiding van het vereveningsresultaat door de ex ante verevening is in 2011 46,7 procent, was in 2010 44,1 procent, en schommelde in de twee voorgaande jaren rond de 50 procent⁴.

Het vereveningsresultaat op macro-totaalniveau

Op macro-totaalniveau is het vereveningsresultaat op de somatische zorg en de geneeskundige GGZ in 2011 beperkt (€ 17 mln.) omdat in dat jaar nog macrona calculatie werd toegepast. Verzekeraars kunnen echter € 149 mln. minder verplicht eigen risico innen bij hun verzekerden dan ex ante werd verwacht. Daardoor is het uiteindelijke vereveningsresultaat in 2011 op macro-totaalniveau negatief: – € 132 mln. (zie tabel 1).

In tabel 1 heb ik de resultaten toegevoegd over de recentste jaren waarover een tweede voorlopige vaststelling heeft plaatsgevonden (2012 en 2013). Voor de jaren 2014 en 2015 heeft wel al de eerste voorlopige

⁴ Er is geen sprake van ex post compensaties voor het eigen risicomodel.

vaststelling plaatsgevonden, maar nog niet de tweede voorlopige vaststelling.

Tabel 1: Vereveningsresultaat Zvw (macrototaal, in mln. euro)

	2011		2012 ¹		2013 ¹	
Variabele kosten ²	10	59%	466	31%	409	15%
Overige prestaties	0	0%	949	63%	1.732	63%
GGZ 18+	7	41%	99	7%	595	22%
Totaal	17	100%	1.514	100%	2.736	100%
Verplicht eigen risico	- 149		- 118		- 158	
Totaal incl. verplicht eigen risico	- 132		1.396		2.578	

¹ Op basis van de tweede voorlopige vaststelling

² Medisch-specialistische zorg exclusief kosten die onder de vaste kosten vallen

Bron: Zorginstituut Nederland

In 2012 en 2013 behaalden de zorgverzekeraars een positief vereveningsresultaat op macroniveau van € 1,4 mld. en € 2,6 mld. over de gehele Zvw, inclusief verplicht eigen risico. Dit betekent dat de werkelijke schadelast op macro-totaalniveau lager is dan de bijdrage uit de risico-verevening, de geïnde premies en het geïnde verplicht eigen risico. De oorzaken hiervoor zijn reeds eerder met u gecommuniceerd⁵. Het grootste aandeel van het positieve vereveningsresultaat is in 2012 en 2013 terug te voeren op «overige prestaties», waaronder de farmacie valt. Redenen voor overschrijdingen in de farmacie zijn doelmatigheidswinsten die het gevolg zijn van het preferentiebeleid en het beschikbaar komen van generieke varianten van bepaalde medicijnen. Het positieve resultaat voor de geneeskundige GGZ in 2012 en 2013 is deels terug te voeren op een verdeling tussen de kosten voor 18-minners en 18-plussers die achteraf anders bleek dan vooraf geraamd. De kosten voor de geneeskundige GGZ voor 18-plussers zijn lager dan vooraf geraamd, en de kosten voor 18-minners hoger. Door afschaffing van de macronacalculatie per 2012 vloeien overschotten op macroniveau niet meer automatisch terug naar het Zorgverzekeringsfonds en komen eventuele tekorten niet ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Zoals ik in de brief «Overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014»⁶ heb aangegeven, kunnen de vereveningsresultaten *niet één op één* worden doorvertaald naar bedrijfskundige resultaten van zorgverzekeraars. Het bedrijfskundig resultaat wordt ook bepaald door onder andere de inschatting van voorzieningen, teruggave van reserves en beleggingsopbrengsten. Via een lagere vaststelling van de premie in 2013 en 2014

⁵ Bijvoorbeeld in Kamerstuk 29 689, nr. 690

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 663

hebben zorgverzekeraars een belangrijk deel van de positieve vereveningsresultaten (ongeveer € 2,1 mld.) aan verzekerden teruggegeven⁷.

Evaluatie flankerend beleid

Het afschaffen van de macronaïcalculatie is in 2012 gepaard gegaan met de introductie van flankerend beleid⁸. Als de macrokosten hoger uitvallen dan geraamd, is de verwachting dat zorgverzekeraars met relatief veel chronisch zieke verzekerden zonder flankerend beleid grotere verliezen per verzekerde lijden dan zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie. Het doel van de introductie van het flankerend beleid is om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen in geval van een afwijking tussen geraamde en gerealiseerde macrokosten.

Het toepassen van het flankerend beleid heeft op macroniveau geen effect op het gemiddelde vereveningsresultaat. Voor verzekeraars met een verzekerdenportefeuille die een goede afspiegeling is van de Nederlandse bevolking, is het effect van het flankerend beleid nihil. Dit geldt voor de meeste grote verzekeraars en voor concerns. De effecten van het flankerend beleid zijn groter voor verzekeraars met een afwijkende verzekerdenportefeuille, waarvan de zorgkosten per premieplichtige verschillen van het Nederlands gemiddelde. Uit de evaluatie blijkt dat verzekeraars met een relatief gezonde verzekerdenportefeuille in 2012 en 2013 profiteren van het flankerend beleid. In de betreffende jaren is er sprake van een macro-onderschrijding. Dat betekent dat de macrovereveningsbijdrage hoger is vastgesteld dan de macrokosten, en verzekeraars met een ongezonde portefeuille hebben daar relatief meer van geprofiteerd dan andere verzekeraars. Met het flankerend beleid wordt dit hersteld. Uit de evaluatie blijkt voorts dat vooral zelfstandige verzekeraars en middelgrote verzekeraars in 2012 en 2013 geprofiteerd hebben van het toepassen van flankerend beleid. In totaal wordt door het flankerend beleid respectievelijk 0,1 mld. en 0,2 mld. herverdeeld tussen de zorgverzekeraars. De onderzoekers hebben gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en andere belanghebbenden⁹. Uit deze gesprekken blijkt dat er veel draagvlak is voor het flankerend beleid.

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

⁷ Bij de beantwoording van de Kamervragen inzake overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 690) is bij de beantwoording van de vraag over de teruggave aan verzekerden (vraag 27) aangegeven dat bij teruggave van vereveningsresultaten rekening moet worden gehouden dat de werkelijke (de uiteindelijke) vereveningsresultaten na verloop van tijd beschikbaar komen en daardoor niet afzonderlijk per jaar kunnen worden bekeken. Rekening houdend met deze vertraging, is het beter een link te leggen tussen het vereveningsresultaat in jaar t en het saldo van de opslagpremie minus beheerskosten in het jaar daarna. De opslagpremie minus beheerskosten bedraagt in 2013 € – 0,5 mld. en in 2014 € – 1,6 mld, samen dus € – 2,1 mld.

⁸ Er zijn verschillende vormen van flankerend beleid. Het gaat hier echter alleen om flankerend beleid als gevolg van het afschaffen van de macronaïcalculatie, en niet om flankerend beleid waarmee de gevolgen van late besluitvorming over pakketwijzigingen en de gevolgen van catastrofes verdisconteerd kunnen worden.

⁹ Experts van Zorgverzekeraars Nederland, het Zorginstituut Nederland, De Nederlandsche Bank en het Centraal Planbureau.