

Vergaderjaar 2006–2007

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 129

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 januari 2007

1 Aanleiding

In mijn brief van 11 september 2006 (29 689, nr. 113) heb ik u, volgend op het bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland, geïnformeerd over de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2007. Ik heb daarbij aangegeven dat met Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken om in het najaar van 2006 vast te leggen langs welk tijdpad en onder welke voorwaarden de inzet van ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem kan worden afgebouwd.

Ik heb in een algemeen overleg met uw Kamer van 5 oktober 2006 toegezegd een brief met voorwaarden en tijdpad voor de afbouw van ex post compensatiemechanismen aan de Kamer te sturen.

De opbouw van deze brief is als volgt. Paragraaf 2 geeft een korte samenvatting en presenteert een zo concreet mogelijk tijdpad voor de afbouw van de bestaande ex post compensatiemechanismen. In paragraaf 3 wordt ingegaan op de vormgeving van het ex ante risicovereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet. Paragraaf 4 geeft aan dat het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet een minimale inzet van ex post compensatiemechanismen is, maar dat een tijdelijke inzet noodzakelijk is. Paragraaf 5 beschrijft de thans bestaande ex post compensatiemechanismen, waarbij nadrukkelijk wordt aangegeven met welk doel deze mechanismen worden ingezet. In paragraaf 6 wordt aangegeven onder welke voorwaarden en langs welk tijdpad de ex post compensatiemechanismen kunnen worden afgebouwd.

2 Samenvatting en conclusies

De Zorgverzekeringswet gaat uit van een ex ante risicovereveningssysteem, waarbij vooraf een zo goed mogelijke compensatie plaatsvindt voor te verwachten verschillen in zorgkosten per verzekerde. Niettemin is

het in sommige gevallen ook noodzakelijk om achteraf (een deel van) de werkelijk gemaakte kosten in het compensatiebedrag mee te nemen. Bij de inzet van ex post compensatiemechanismen heb ik gestreefd naar een goede balans tussen de beleidsdoelstellingen van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars en het voorkomen van risicoselectie enerzijds en het versterken van de prikkel tot doelmatige zorginkoop en uitvoering van de zorgverzekering anderzijds.

Om de ex post compensatiemechanismen zo beperkt mogelijk te houden, worden binnen het risicovereveningsmodel per categorie van prestaties verschillende compensatiemechanismen ingezet. De mate van compensatie achteraf hangt samen met de mate waarin de verzekeraar de kosten kan beïnvloeden en de mate waarin de kosten voorspeld kunnen worden. Van 2006 op 2007 is een grote stap gezet in het verhogen van het financiële risico van zorgverzekeraars door deze in één keer volledig risicodragend te maken voor de overige prestaties (€ 10,3 miljard), waaronder vallen huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie en hulpmiddelen. Er is nog slechts sprake van de hogekostenverevening (HKV) voor deze kosten.

De afbouw van ex post compensatiemechanismen betreft zowel de vermindering van het effect van de hogekostencompensatie als de afbouw van de generieke verevening, nacalculatie en de bandbreedte-regeling. In de samenvattende tabel is de gewenste afbouw van de ex post compensatiemechanismen samengevat. Het tempo en de mate van afbouw is echter wel geclausuleerd. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen van de risicoverevening – gaat werken. De ex post compensatiemechanismen kunnen worden afgebouwd als het ex ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld en de juiste prikkels te genereren. In september 2007 en september 2008 zal bij de vaststelling van het risicovereveningssysteem voor respectievelijk 2008 en 2009 op basis van de dan beschikbare informatie worden bekeken welke inzet van ex post compensaties en daarmee welke mate van risicodragendheid op dat moment mogelijk is.

Voor de kortdurende geestelijke gezondheidszorg – die in 2008 onder de Zorgverzekeringswet zal vallen – is zowel de het risicovereveningsmodel als de organisatie van de gegevensstromen nog in ontwikkeling. Daarnaast is er nog weinig duidelijkheid over de beïnvloedingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars met betrekking tot de zorgverlening. Ik ga er vanuit dat bij de invoering van de risicoverevening voor het jaar 2008 gewerkt zal worden met een apart vereveningsmodel voor de kosten van de kortdurende geestelijke gezondheidszorg in combinatie met een aanzienlijke inzet van ex post compensaties.

Samenvattend overzicht gewenste afbouw ex post compensatiemechanismen

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|------------|----------------------------|---|
| Algemeen | | | |
| Verzekerdennacalculatie | Handhaven | Handhaven | Handhaven |
| Macro-nacalculatie | Handhaven | Handhaven | Handhaven |
| | | | Hogekostenverevening: |
| – drempelwaarde: | € 12 500 | Verhogen tot € 15 – 25 000 | Deels vervangen door hogerisicoverevening |
| – nacalculatiepercentage: | 90 procent | 90 procent | |

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|-------------|--|---------------|
| Deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | | | |
| Generieke verevening | 30 procent | 0 | 0 |
| Nacalculatie | 35 procent | 35–50 procent | 35–50 procent |
| Bandbreedteregeling: | | | |
| – bandbreedte: | € 35 | Verbreden | |
| – nacalculatiepercentage: | 90 procent | 90 procent | Beëindigen |
| Deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging | | | |
| Nacalculatie | 100 procent | 100 procent | 100 procent |
| | | Overhevelen van vaste kosten naar variabele kosten ziekenhuisverpleging (minder nacalculatie) en naar fondsen (geen risicoverevening). | |

3 Ex ante risicoverevening in de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie haast wel gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Hierdoor is niet de samenstelling van het verzekerdenbestand, maar de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiency van uitvoering van de verzekering bepalend voor het uiteindelijke financiële resultaat van de verzekeraar. Daarmee is een extra prikkel ontstaan voor zorgverzekeraars om zich te richten op het betaalbaar houden van de zorg, om zich zo via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verschaffen. Naast het bereiken van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en daarmee de prikkel tot doelmatige zorginkoop is risicoverevening ook van belang voor het waarborgen van een goede toegankelijkheid van de verzekering voor alle verzekerden. De vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie dient zoveel mogelijk te worden voorkomen door een goed werkend systeem van risicoverevening. De totstandkoming van verschillende collectief contracten (met korting) voor patiëntenverenigingen en groepen chronisch zieken laat zien dat er op dit terrein aanzienlijke vooruitgang is geboekt.

Om de prikkel tot doelmatig handelen te effectueren in combinatie met verevening van de gezondheidsrisico's is in de Zorgverzekeringswet gekozen voor een systeem van ex ante risicoverevening. Kenmerkend hierin is dat niet de verschillen in kosten worden gecompenseerd maar dat de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde zo goed mogelijk worden geschat. Deze kenmerken dienen als basis voor de bijdrage die deze zorgverzekeraar krijgt uit het zorgverzekeringsfonds. Aanvullend op deze bijdrage kan de zorgverzekeraar bij zijn verzekerden een (nominale) premie in rekening brengen, waarvan hij de hoogte zelf kan bepalen.

4 Noodzaak ex post compensatiemechanismen

De Zorgverzekeringswet gaat dus uit van een ex ante risicovereveningssysteem, waarbij *vooraf* een zo goed mogelijke compensatie plaatsvindt voor te verwachten verschillen in zorgkosten per verzekerde. Niettemin is het in sommige gevallen ook noodzakelijk om *achteraf (een deel van) de werkelijk gemaakte kosten in het compensatiebedrag mee te nemen*.

Dergelijke ex post compensatiemechanismen zijn (tijdelijk) noodzakelijk omdat de mate van ex ante compensatie van verschillen in kosten tussen de zorgverzekeraars nog niet op een dusdanig niveau is dat alle zorgverzekeraars min of meer in een gelijke uitgangspositie worden gebracht. Belangrijke redenen hiervoor zijn de noodzaak om de gewichten van de vereveningscriteria te baseren op gegevens uit het oude systeem en significante wijzigingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Verder is ex post compensatie nog noodzakelijk vanwege verschillen in beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars van de kosten. Bij de inzet van ex post compensatiemechanismen heb ik gestreefd naar een goede balans tussen de beleidsdoelstellingen van een gelijke uitgangspositie en het voorkomen van risicoselectie enerzijds en het versterken van de prikkel tot doelmatige zorginkoop anderzijds.

Betrouwbaarheid statistische verbanden ex ante risicoverevening

Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet was het nog niet mogelijk de kwaliteit te garanderen van de statistische verbanden tussen kosten en kenmerken van de voormalig privaat- en publiekrechtelijke particuliere verzekerden. De ex ante risicoverevening heeft dan ook nog niet het niveau van betrouwbaarheid dat bereikt was bij de risicoverevening in de Ziekenfondswet. Weliswaar is reeds jarenlang ervaring opgedaan met de ontwikkeling van een risicovereveningssysteem binnen de Ziekenfondswet, maar het is onjuist de resultaten hiervan één-op-één te vertalen naar een risicovereveningssysteem dat voor een bredere groep verzekerden geldt, te weten verzekerden die waren ondergebracht bij particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Het gaat hier immers om groepen verzekerden met (mogelijk) andere kenmerken; bovendien ontbreekt, door een andere wijze van registratie van zorgkosten en door het gebruik van een eigen risico, een deel van de voor de schatting van de verbanden benodigde gegevens. Om dit te kort schieten van de ex ante verevening op te vangen zijn tijdelijk ex post compensatiemechanismen toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van kostenrealisaties. Tot 2010 wordt in het vereveningsmodel nog gebruik gemaakt van gegevens uit het oude systeem. Weliswaar wordt in het vereveningsmodel voor 2009 al gebruik gemaakt van kostengegevens onder de Zorgverzekeringswet, voor de FKG's en DKG's wordt echter nog gewerkt met prevalentiegegevens uit 2005. Deze gegevens zullen voor alle verzekeraars consistent zijn in termen van onderliggend pakket, wijze van registratie, etc.. De betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevens zal vanaf die tijd weer op het hoge niveau van de Ziekenfondswet liggen.

Aansluiting aan veranderingen in bekostiging zorgaanbod kost tijd

De noodzaak voor tijdelijke ex post compensatiemechanismen wordt nog versterkt doordat de invoering van de Zorgverzekeringswet deels samenvalt met ingrijpende wijzigingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Dit heeft onder andere vorm gekregen in de invoering van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) per 1 januari 2005, waarbij de betalingen die ziekenhuizen en medisch-specialisten ontvangen voor verleende zorg beter dan in de tot 2005 gehanteerde bekostigingssystematiek aansluit bij de onderliggende kosten. Door de dbc-invoering mag worden verwacht dat de kosten bij bijvoorbeeld jongere verzekerden (die relatief intensieve zorg ontvangen) in verhouding toenemen en bij oudere verzekerden afnemen. In de gewichten van de gehanteerde criteria kan, vanwege onvoldoende informatie vooraf over de precieze omvang van dergelijke verschuivingen, hiermee maar beperkt rekening worden gehouden. De komende jaren zullen fasegewijs verdere aanpassingen worden gedaan in de bekostiging en financiering van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp in de richting van volledige dbc-bekostiging. Door

deze veranderingen kost het tijd om de risicoverevening op orde te krijgen in termen van de nieuwe bekostiging. Ook dit vergt ex post compensatiemechanismen. Deze compensaties zijn alleen tijdelijk noodzakelijk, en zullen worden afgebouwd zodra betere informatie beschikbaar komt om de ex ante verevening aan te passen aan de kostenpatronen van alle verzekerden in termen van de nieuwe bekostiging van het zorgaanbod.

Beïnvloedingsmogelijkheden zorgverzekeraars

Het financiële risico voor de zorgverzekeraars verschilt per type kosten, vanwege het verschil in beïnvloedingsmogelijkheden van de risico's en daarmee de kosten. Daarom onderscheidt het risicovereveningssysteem drie typen kosten waarvan de kosten van overige prestaties en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging worden verevend op grond van een objectief vereveningsmodel en de vaste kosten van ziekenhuisverpleging voornamelijk worden verevend op basis van verzekeraarspecifieke historische kosten.

De beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars op de hoogte van de kosten verschilt per type kosten. De kosten van overige prestaties, zoals de farmaceutische hulp, zijn in onderhandelingen met zorgaanbieders in grote mate beïnvloedbaar door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen de financiële risico's dus beïnvloeden. Voor de kosten van ziekenhuisverpleging ligt dit anders, waarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen verschillende typen ziekenhuiskosten. De kosten van ziekenhuisverpleging zijn daarom opgesplitst in een vast en variabel deel, omdat zorgverzekeraars maar een deel van de kosten van ziekenhuizen kunnen beïnvloeden. Vooral op de vaste kosten hebben zorgverzekeraars nauwelijks invloed. De vaste kosten worden (ook voor de ziekenhuizen) bepaald door beslissingen van de overheid over bijvoorbeeld de beschikbaarheid van academische ziekenhuizen (met hele hoge vaste kosten) en tot 1 januari 2007 de aard en omvang van opleidingen in ziekenhuizen. Hierbij komt dat bijvoorbeeld de kapitaallasten sterk kunnen verschillen tussen ziekenhuizen en dus ook tussen zorgverzekeraars. Mede vanwege de verschillen in beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars op kosten is de inzet (en vormgeving) van de ex post compensatiemechanismen per type kosten verschillend. Op het moment dat de huidige vaste kosten van ziekenhuisverpleging onderdeel uit gaan maken van integrale dbc's, zijn deze kosten voor een zorgverzekeraar beïnvloedbaar en moeten verzekeraars hierop risico gaan lopen.

5 Overzicht huidige ex post compensatiemechanismen

Om de ex post compensatiemechanismen zo beperkt mogelijk te houden, worden binnen het risicovereveningsmodel per categorie van prestaties verschillende compensatiemechanismen ingezet. Van 2006 op 2007 is een grote stap gezet in het verhogen van het financiële risico van zorgverzekeraars door deze in één keer volledig risicodragend te maken voor de overige prestaties (€ 10,3 miljard), waaronder vallen huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie en hulpmiddelen. Er is, buiten de algemeen geldende verzekerdenaalcuatie en macro-nacalcuatie, nog slechts sprake van de hogekostenverevening (HKV) voor deze kosten. Voor de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (€ 4,5 miljard) geldt dat de verzekeraars voor 100 procent worden nagecalculeerd. Over dit deelbedrag lopen zorgverzekeraars dus geen risico. Deze kosten zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar voor een verzekeraar. Voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (€ 10,6 miljard) gelden in 2007 naast de macro-nacalcuatie en HKV ook generieke verevening, nacalcuatie en een specifieke

bandbreedteregeling op het resultaat. Hieronder wordt nader ingegaan op de bestaande ex post compensatiemechanismen.

Verzekerdennacalculatie

In de eerste plaats moet achteraf de bijdrage aan zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen. Doel van de verzekerdenacalculatie is dat de vereveningsbijdrage aansluit bij de werkelijke verzekerdenaantallen. De ex ante vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds vindt vooraf (oktober t-1) plaats op basis van de vastgestelde normbedragen en de geraamde aantallen verzekerden per zorgverzekeraar onderverdeeld naar de verschillende relevante kenmerken van verzekerden. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afwikkelt, voor deze toestroom pas gecompenseerd wordt via de vereveningsbijdrage voor een later jaar. Daarom is in de Zorgverzekeringswet (artikel 34) geregeld, dat alle bijdragen achteraf worden herberekend, rekening houdend met de werkelijke verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, en hun kenmerken. De geschatte normbedragen blijven gelijk. Zorgverzekeraars met hogere kosten dan vooraf geraamd vanwege meer verzekerden, worden dus volledig gecompenseerd. Van zorgverzekeraars met lagere kosten vanwege minder verzekerden, wordt de herberekende vereveningsbijdrage naar beneden bijgesteld ten opzichte van de onterecht hogere ex ante vereveningsbijdrage.

Dit nacalculatiemechanisme is inherent verbonden aan het ex ante vereveningssysteem. Het vermindert niet de prikkels tot doelmatige zorginkoop; sterker nog, zonder nacalculatie op het aantal verzekerden zouden er volstrekt verkeerde prikkels ontstaan. In deze brief over de afbouw van ex post compensatiemechanismen wordt de verzekerdenacalculatie daarom verder buiten beschouwing gelaten.

Macro-nacalculatie

Vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 wordt in de risicoverevening macro-nacalculatie toegepast. Het doel van macro-nacalculatie is het compenseren van afwijkingen tussen macro-kostenramingen en macro-kostenrealisaties¹. Verzekeraars lopen hiermee in het betreffende jaar geen risico op de ontwikkeling van de zorgkosten in hun totaliteit. Als de macrokosten – bijvoorbeeld door het niet doorgaan van overheidsmaatregelen zoals pakketbeperkingen, of door een hogere sectorale loonof prijsontwikkeling – hoger uitvallen dan geraamd, is er sprake van een evenredig hogere vereveningsbijdrage. Omgekeerd gaat als de kosten lager uitvallen de bijdrage omlaag.

Het Centraal Planbureau (CPB)² heeft aangegeven dat (de kwaliteit van) de verevenende werking van het vereveningsmodel afneemt als de macro-kostenramingen afwijken van de macro-kostenrealisaties. Het CPB toont aan dat als de geraamde kosten lager zijn dan de gerealiseerde kosten, de risicoverevening verschillend uitpakt voor verzekeraars. Zorgverzekeraars met een gezonde portefeuille zijn in het voordeel ten opzichte van verzekeraars met een ongezonde portefeuille, omdat ze per verzekerde minder extra kosten hebben dan geraamd die niet worden gecompenseerd via de risicoverevening. Het CPB pleit voor «compenserende maatregelen achteraf» om te corrigeren voor een verkeerde raming van de totale kosten. Ook de Nederlandsche Bank heeft gepleit voor macro-nacalculatie omdat afwijkingen van de macro-kostenramingen een onbeheersbaar risico vormen voor zorgverzekeraars. Verzekeraars kunnen de – door de overheid vastgestelde – raming van de zorguitgaven immers niet beïnvloeden. Ook de uiteindelijke realisatie van de zorguitgaven is maar voor een zeer beperkt deel door een individuele verzekeraar beïnvloedbaar. Macro-nacalculatie gaat daardoor niet ten koste van de prikkel tot doelma-

¹ De normbedragen worden ex ante dusdanig geschaald dat vermenigvuldiging met het geraamde totale aantal verzekerden uitkomt op de totale kosten van prestaties (het macro-prestatiebedrag) onder de Zorgverzekeringswet. In de praktijk is het echter mogelijk dat er afwijkingen tussen het vooraf geraamde en het achteraf vastgestelde macro-prestatiebedrag, ontstaan. Het is mogelijk dat, bijvoorbeeld door een rechter verbieden van een kostenbeheersende maatregel van de overheid, of een andere gebeurtenis die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kan worden gerekend, de zorgkosten afwijken van vooraf gestelde ramingen. In dergelijke gevallen bestaat de mogelijkheid om achteraf de bijdragen aan alle verzekeraars aan te passen, aan de uiteindelijke totale kosten. De hoogte en verdeling van deze extra middelen wordt vastgelegd in een ministeriële regeling.

² CPB (2004), Risk adjustment in the Netherlands: an analysis of insurers' health care expenditures, CPB discussion paper 39, Den Haag.

tige zorginkoop. Sterker nog, zonder deze vorm van nacalculatie, kunnen verkeerde prikkels ontstaan omdat de onderlinge concurrentiepositie tussen verzekeraars niet meer afhangt van een doelmatige zorginkoop, maar van de kwaliteit van de macro-kostenraming.

Ik handhaaf derhalve deze vorm van ex post compensatie, omdat macro-nacalculatie een essentiële bijdrage levert aan de doelstelling van een gelijke uitgangspositie voor alle zorgverzekeraars. Net als de verzekerden-nacalculatie zal deze in het vervolg van deze brief buiten beschouwing blijven.

Hogekostencompensatie

Doel van hogekostencompensatie is tegemoet komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Bovendien vermindert hogekostencompensatie in sterke mate de prikkel tot risicoselectie die anders zou optreden ten nadele van zeer kleine, specifieke groepen verzekerden met zeer hoge kosten. Hierbij geldt dat als geprobeerd wordt de individuele gevallen vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening onevenredig toeneemt.

Als invulling voor de hogekostencompensatie is voornamelijk gekozen voor de hogekostenverevening. Voor het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en het deelbedrag «overige prestaties» vindt een specifieke verevening plaats van hoge kosten¹. Zorgverzekeraars kunnen in 2007 de kosten van verzekerden boven een drempel van € 12 500 ten laste van een fictieve pool brengen. Deze kosten worden voor 90 procent nagecalculeerd. Deze fictieve pool wordt gefinancierd door alle zorgverzekeraars, zodanig dat in totaal de ten laste en de ten gunste van de pool te brengen bedragen per deelbedrag aan elkaar gelijk. Aldus krijgen zorgverzekeraars 90 procent van de ingebrachte hoge kosten gecompenseerd.

Generieke verevening

Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verevende werking van het model te corrigeren. Generieke verevening wordt ingezet om te compenseren voor het tekortschieten van het vereveningsmodel *nadat rekening* is gehouden met de hogekostencompensatie. In principe is generieke verevening een bijstelling van de vereveningsbijdrage op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en de bijdrage in relatie met de verschillen tussen de kosten en de bijdrage bij andere zorgverzekeraars. Op deze wijze vindt dus onderlinge verrekening tussen verzekeraars plaats van verschillen tussen kosten en bijdragen (gecorrigeerd voor de hogekostencompensatie). De totale bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds blijft gelijk. Hierdoor wordt vastgehouden aan de totale kosten van de zorg. In 2007 wordt generieke verevening alleen toegepast op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging. Er geldt een vereveningspercentage van 30 procent, dit wil zeggen dat 30 procent van het verschil tussen de kosten en de ex ante vereveningsbijdrage (gecorrigeerd voor de effecten van de HKV) ex post tussen verzekeraars wordt verevend.

Nacalculatie

Na hogekostencompensatie en generieke verevening wordt nacalculatie per verzekeraar toegepast². Bij de nacalculatie geldt een bijstelling van de vereveningsbijdrage op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en de bijdrage (gecorrigeerd voor hogekostenverevening en generieke verevening). Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden. Nacalculatie wordt dus ingezet om te compenseren voor tekortschietende beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars. In 2007 wordt nacalculatie toege-

¹ Het deelbedrag «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» valt buiten de hogekostenverevening, omdat dit bedrag volledig wordt nagecalculeerd.

² Toepassing van generieke verevening in combinatie met macro-nacalculatie, komt er overigens op neer dat de generieke verevening effectief gelijk is aan nacalculatie. Immers, in totaal is door de macro-nacalculatie het resultaat 0, waardoor herschikking van verliezen/winsten tussen verzekeraars hetzelfde is als herschikking van verliezen/winsten met het zorgverzekeringsfonds.

past op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging. Er geldt voor de nacalculatie, bovenop de generieke verevening van 30 procent, een percentage van 35 procent. Dit wil zeggen dat 35 procent van het verschil tussen de kosten en de ex ante vereveningsbijdrage (gecorrigeerd voor de effecten van de HKV en generieke verevening) ex post met het zorgverzekeringsfonds wordt nagecalculeerd. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden volledig nagecalculeerd.

Vangnet of bandbreedteregeling

Naast alle bovengenoemde ex post compensatiemechanismen wordt in 2007 nog een specifieke bandbreedteregeling toegepast. Vooral door de onzekerheid over de consequenties van de invoering van de dbc's op de schadelast van verzekeraars is de betrouwbaarheid van de risicoverevening op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging nog niet op het niveau van de Ziekenfondswet. Bedacht moet worden dat het vereveningsmodel 2007 is gebaseerd op kostengegevens 2004 waarin dus nog geen dbc-kosten zitten. Uit recente onderzoeken blijkt het niet mogelijk de kostencijfers 2004 adequaat te corrigeren voor de dbc-invoering. Daarom heb ik voor 2007 gekozen, naast de inzet van bovengenoemde reguliere ex-post compensatiemechanismen, voor een bandbreedteregeling met een nominale bandbreedte van in totaal € 35 voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Deze bandbreedte van € 35 betekent dat indien een verzekeraar na toepassing van alle compensatiemechanismen meer dan € 17,50 hogere variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde heeft dan het landelijk gemiddelde, het meerdere voor 90 procent wordt nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij € 17,50 lagere kosten. Hiermee blijven de potentiële verliezen en winsten van zorgverzekeraars dus beperkt.

Resumerend

De inzet van ex post compensatiemechanismen in 2007 komt er gemiddeld voor een verzekeraar op neer dat een verzekeraar:

- over ongeveer 40 procent van de kosten (namelijk de kosten van overige prestaties, macro € 10,3 miljard) volledig risicodragend is;
- over 40 procent van de kosten een verzekeraar voor ongeveer 45 procent risicodragend (variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp, macro € 10,6 miljard) is, voor zover zijn uiteindelijke resultaat niet buiten een bandbreedte van € 35 per verzekerde ligt ten opzichte van het marktresultaat. Deze mate van risicodragendheid komt voort uit de cumulatie van de generieke verevening (30 procent) en nacalculatie (35 procent). Als het uiteindelijke resultaat buiten de bandbreedte valt dan geldt vanwege de nacalculatie in de bandbreedteregeling een risicodragendheid van 10 procent;
- over 20 procent niet risicodragend (vaste kosten ziekenhuisverpleging, macro € 4,5 miljard).

Dit betekent – kort gezegd, afgezien van de bandbreedteregeling – dat een gemiddelde zorgverzekeraar over bijna 60 procent van de zorgkosten (schade) risicodragend is¹.

6 Afbouw ex post compensatiemechanismen

Zoals eerder aangegeven vallen zowel de verzekerdenacalculatie als de macro-nacalculatie – beide mechanismen die essentieel zijn voor een goede werking van de ex ante risicoverevening en de prikkel voor een doelmatige zorginkoop versterken – buiten het bestek van de afbouw van de ex post compensatiemechanismen. Daarenboven geldt dat zorgverzekeraars met ingang van 2007 voor de overige prestaties al volledig risicodragend zijn. De afbouw van ex post compensatiemechanismen op dit deelbedrag – op de inzet van hogekostenverevening na – is dus niet

¹ Bij deze percentages is afgezien van de inzet van HKV, omdat de effecten van de HKV per verzekeraar verschillen en moeilijk in termen van risicodragendheid zijn te vatten.

aan de orde. De vaste kosten ziekenhuisverpleging worden voor 100 procent nagecalculeerd. Ook deze ex post compensatie neem ik niet expliciet mee in de voorgestelde afbouw, omdat de vaste kosten op termijn geheel of grotendeels overgaan in de variabele kosten van ziekenhuisverpleging (bij integraal onderhandelbare dbc-prijzen) of de financiering van deze kosten buiten de verzekeraars om gaat verlopen zoals de opleidingskosten via het opleidingsfonds. In het eerste geval worden deze kosten net zo behandeld als de variabele kosten van ziekenhuisverpleging. In het tweede geval vindt financiering buiten de risicoverevening om plaats. De afbouw van ex post compensatiemechanismen betreft dus in algemene zin de afbouw van de hogekostencompensatie en specifiek voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging de generieke verevening, nacalculatie en de bandbreedteregeling.

Hogekostencompensatie

Ik acht hogekostencompensatie een blijvend onderdeel van het ex ante risicoverevenings-systeem, omdat als geprobeerd wordt de hoge kosten van individuele gevallen vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening – als het al technisch mogelijk is – onevenredig toeneemt. De mate van inzet en de vormgeving van hogekostencompensatie kan echter wel ter discussie staan. Ondanks modelverbeteringen en autonome kostenstijgingen in de afgelopen jaren is de drempelwaarde van € 12 500 ongewijzigd gebleven. Ik heb dan ook het voornemen om in 2008 de drempelwaarde minimaal aan te passen aan de kostenstijgingen van de afgelopen jaren en dus te verhogen naar € 15 tot 25 duizend. Om dit op een zorgvuldige wijze te doen zal ik wel onderzoek laten verrichten naar de herverdelingseffecten op verzekeraarsniveau. Een verdere verhoging van de drempelwaarde in 2009 is mede afhankelijk van de mogelijkheid om (ook) hogerisicoverevening in te zetten. In een systeem van hogerisicoverevening wordt niet achteraf bekeken welke verzekerden bij de onderlinge verevening van kosten worden betrokken, maar kunnen verzekeraars vooraf, op basis van een eigen risicoschatting, de verzekerden aanwijzen waarvan de kosten voor onderlinge verevening in aanmerking komen. Mede op verzoek van uw Kamer heb ik het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC gevraagd onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden van hogerisicoverevening.

Generieke verevening

Op grond van het derde lid in artikel 34 van de Zorgverzekeringswet dient generieke verevening uiterlijk in 2011 te zijn afgebouwd. Ik zie echter mogelijkheden om reeds in 2008 de generieke verevening volledig af te bouwen. De belangrijkste redenen zijn dat toepassing van generieke verevening in combinatie met macro-nacalculatie, er op neer komt dat de generieke verevening effectief gelijk is aan nacalculatie. Voorts ben ik van mening dat bij handhaving de onwenselijke situatie blijft bestaan dat het financiële resultaat van een zorgverzekeraar mede afhankelijk is van de resultaten van andere zorgverzekeraars. Tenslotte acht ik het vereveningsmodel inmiddels op hoofdlijnen uitontwikkeld. De laatste belangrijke wijzigingen voor de komende jaren zullen de invoering van een criterium voor sociaal economische status en – indien mogelijk en zinvol – een nieuw gezondheidsgerelateerd criterium op basis van hulpmiddelen- en/of fysiotherapiegebruik zijn.

Nacalculatie

De mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden zal de komende jaren weliswaar langzaam toenemen, maar vanwege de onzekerheid die de komende jaren nog zal bestaan over de kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens waarop het risicovereveningsmodel wordt gebaseerd, wil ik de inzet van nacalculatie

latie op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistisch zorg handhaven. De belangrijkste reden is mijn verwachting dat door de veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod, in het bijzonder voor ziekenhuizen, de kostengegevens waarop ik het risicovereveningsmodel baseer voorlopig niet of onvoldoende aansluiten bij de verwachte kosten. Hierdoor blijft de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel onder druk staan. Onderzoek moet uitwijzen of mijn doelstelling van een min of meer gelijke uitgangspositie voor alle zorgverzekeraars wordt bereikt bij een afbouw van de inzet van nacalculatie, zonder dat dit ten koste gaat van voldoende prikkel (risicodragendheid) voor doelmatige zorginkoop. Omdat in 2008 reeds afschaffing van de generieke verevening voorzien is, en voor 2009 afschaffing van de bandbreedteregeling (zie hieronder), ga ik er vanuit dat afbouw van de nacalculatie per verzekeraar pas vanaf 2010 zijn beslag kan krijgen. Tot die tijd acht ik handhaving van de nacalculatie voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg op een percentage van 35 tot 50 procent gewenst.

Bandbreedteregeling

Ik acht de tijdelijke bijsturing in de vorm van een bandbreedteregeling ook in 2008 nog noodzakelijk. Dit komt omdat de hoofdfreden voor een bandbreedteregeling in 2007 – namelijk het ontbreken van betrouwbare kostencijfers over alle verzekerden op basis van de in 2005 ingevoerde dbc's – ongewijzigd blijft. De bandbreedte wil ik wel oprekken, zodat zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. Onderzoek naar de kwaliteit van het vereveningsmodel moet uitwijzen in welke mate de bandbreedte kan worden opgerekt. Het vereveningsmodel voor 2009 baseer ik voor het eerst op kostengegevens uit de Zorgverzekeringswet: deze hebben betrekking op de in 2006 gedeclareerde dbc's. Ik ga er vanuit dat deze zodanig compleet en consistent zijn dat een betrouwbare schatting van de kostenverbanden mogelijk is. Ik verwacht dan ook dat een bandbreedteregeling in 2009 niet meer aan de orde zal zijn.

7 Tot slot

Het perspectief voor de ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening is duidelijk: voor zover de compensatie bedoeld is om het risico dat zorgverzekeraars lopen te verminderen moeten de ex post compensaties zo snel mogelijk worden afgebouwd. Dit is ook de visie van Zorgverzekeraars Nederland. Het tempo en de mate van afbouw is echter geclausuleerd. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen van de risicoverevening – gaat werken. De ex post compensatiemechanismen zijn een onderdeel van het totale risicovereveningssysteem. Het ex post deel kan worden afgebouwd als het ex ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld en de juiste prikkels te genereren. Dit is vooral afhankelijk van de vorderingen die gemaakt worden op het terrein van de bekostiging. Het afbouwtraject zal ik begeleiden met onderzoek op basis waarvan de kwaliteit en de beschikbaarheid van kostengegevens vastgesteld kan worden, zodat elk jaar verantwoorde stappen worden gezet.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst