

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

VRZ zorgverzekeraars  
LEIDEN

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

Datum 17 mei 2010  
Betreft Risicoverevening 2010

**Ons kenmerk**  
Z/F-3001499

**Bijlagen**

**Uw brief**

Geachte heer/mevrouw,

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

## 1 Inleiding

Op 28 januari heb ik met de Tweede Kamer gesproken over de evaluatie van de Zorgverzekeringswet. In het kader van dit overleg heeft u een position paper over de risicoverevening openbaar gemaakt. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd richting u te reageren op de twaalf vragen in het position paper en deze reactie naar de Tweede Kamer te zenden.

De twaalf vragen in uw position paper vallen in te delen in vier aandachtsgebieden, te weten de ex ante risicoverevening, de ex post risicoverevening, solvabiliteit- en premieconsequenties en de positie van verzekeraars in de zorg. Ik zal langs deze weg ingaan op uw vragen.

## 2 Ex ante risicoverevening

In de beantwoording – eind 2008 – van de vragen van de Tweede Kamer (kamerstuk 29 689, nr. 232) ben ik uitgebreid in gegaan op de factoren die de kwaliteit van het risicovereveningssysteem beïnvloeden. De kwaliteit van de ex ante risicoverevening wordt grotendeels door de volgende aspecten bepaald:

- 1 de criteria in het vereveningsmodel;
- 2 de volledigheid en kwaliteit van de onderliggende gegevens;
- 3 de representativiteit van de onderliggende gegevens.

### 2.1 Criteria vereveningsmodel

In januari 2007 heeft mijn ambtsvoorganger al aangegeven (zie kamerstuk 29 689, nr. 129) dat het vereveningsmodel op hoofdlijnen is uitontwikkeld. Toen en nu vindt er nog onderzoek plaats naar twee nieuwe vereveningscriteria:

- 1 hulpmiddelen kostengroepen (HKG's), waarbij verwacht wordt dat hulpmiddelengebruik in het verleden een voorspeller is van zorgkosten. Verschillende onderzoeken hebben uitgewezen dat de registraties op basis waarvan een dergelijk criterium kan worden geoperationaliseerd (nog) niet voldoende op orde zijn. Ik zal binnenkort weer bezien of de registraties nu zodanig zijn dat onderzoek naar de operationalisering van een dergelijk vereveningscriterium en naar de effecten op de verevenende werking van het vereveningsmodel kan plaatsvinden;

- 2 hoge risicoverevening en meerjarige hoge- en meerjarige lage schades als ex ante vereveningscriterium. Zoals uiteengezet in een eerdere brief over dit onderwerp aan de Tweede Kamer (kamerstuk 29 689, nr. 165) zal de introductie in het vereveningsmodel vanwege gebrek aan gegevens voor de operationalisering van dergelijke criteria op zijn vroegst in 2012 kunnen.

Ons kenmerk  
Z/F-3001499

Wellicht zijn er verder nog kleine verbeteringen mogelijk in de huidige vereveningscriteria, maar ik verwacht hier geen grote verbeteringen mee te kunnen realiseren. Wel is van belang dat het huidige systeem wordt onderhouden, bijvoorbeeld door onderhoud aan de vereveningscriteria diagnosekostengroepen (DKG's) of farmaciekostengroepen (FKG's). Overigens geldt dit vooral voor het somatische deel van de curatieve zorg. Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg vindt de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem, inclusief gegevensverzameling, zich nog in een minder ver ontwikkelde fase. In het hierna volgende zal ik verder niet ingaan op het vereveningsmodel voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

De informatie die benodigd is voor de operationalisering van de bestaande vereveningscriteria is een aandachtspunt. Zo zou het invoeren van DOT betekenen dat het moeilijker wordt om informatie over DKG's te verzamelen. Op dit moment kan deze informatie uit de DBC-declaratie gehaald worden. Als DOT wordt doorgevoerd zal deze informatie niet direct meer af te leiden zijn en moet hiervoor een oplossing bedacht worden.

Al met al is het nog onzeker wat vanuit dit perspectief de consequenties op de kwaliteit van het ex ante vereveningssysteem zijn. Ik ben wel van mening dat als bovenstaande criteria zijn opgenomen in het vereveningsmodel maximaal tegemoet wordt gekomen aan het doel van de risicoverevening om kostenverschillen voortvloeiend uit voorspelbare gezondheidsverschillen te compenseren. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat alle kostenverschillen zijn gemitigeerd. Kostenverschillen kunnen ook door factoren anders dan verschillen in gezondheid worden veroorzaakt. Ik beoog niet met de risicoverevening deze kostenverschillen te verevenen.

### *2.2 Volledigheid en kwaliteit onderliggende gegevens*

Elk jaar bepaal ik de relatie tussen (uitgedeclareerde) kosten en verzekerdenskenmerken als basis voor het vereveningsmodel. Zowel de kosten als verzekerdenskenmerken worden door zorgverzekeraars vrijwillig ter beschikking gesteld. De volledigheid en kwaliteit is goed. Er zijn nog een klein aantal aandachtspunten, zoals ontbrekende gegevens van volmachten en geen eenduidige en stabiele bepaling van balansposten.

Andere gegevens die naast de verzekerdenskenmerken en kosten die nodig zijn bij het vaststellen van het ex ante vereveningsmodel betreffen de verwachte verzekerdens aantallen en de verwachte omvang van het vooraf beschikbare bedrag, het macro-prestatiebedrag. De kwaliteit van deze ramingen zijn van belang voor de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel.

Ik heb de genoemde aandachtspunten opgepakt, maar verwacht geen grote consequenties op de kwaliteit van het ex ante vereveningssysteem. Het vertrouwen in het ex ante vereveningsmodel neemt hierdoor wel toe.

### *2.3 Representativiteit gegevens*

Voor het vaststellen van de relatie tussen de kosten en de vereveningscriteria dienen (nagenoeg volledig) uitgedeclareerde kostengegevens gebruikt te worden. Als gevolg van de lange doorlooptijd van dbc's worden declaraties gebruikt uit jaar t-3. Medio 2010 zal ik derhalve op basis van kostengegevens en gegevens van verzekerdkenmerken uit 2008 de relatie tussen kosten en de vereveningscriteria vaststellen. De kosten en daarmee de vastgestelde relatie moeten echter wel representatief zijn voor de kosten en daarmee voor de relatie met de verzekerdkenmerken van jaar t, in dit geval 2011. Als er sprake is van wijziging in de bekostiging in de jaren tussen t-3 en t die niet te voorspellen zijn, dan komt deze representativiteit onder druk te staan. De uitdaging voor de komende jaren zal zijn om de consequenties van de veranderingen in de bekostiging tussen t-3 en t op de individuele declaraties van zorgverzekeraars en daarmee op de schadelast te simuleren. Deze simulaties gebruik ik om de relatie tussen de kosten en de verzekerdkenmerken representatief te maken voor de verwachte relatie in jaar t.

Ons kenmerk  
Z/F-3001499

#### 2.4 Conclusie

Sinds 2006 is ieder jaar het risicovereveningsmodel verbeterd. Ik verwijs u daarvoor naar de brieven die aan de Tweede Kamer zijn geschreven ter begeleiding van de regeling voor het komende jaar. De criteria zijn verbeterd, de gebruikte gegevens zijn verbeterd, de voorspelkracht neemt toe (zie ook kamerstuk 29689, nr, 232). De werkgroep onderzoek risicoverevening<sup>1</sup> geeft al een aantal jaren achtereenvolgend vertrouwen te hebben in de robuustheid van het vereveningsmodel. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het ex ante vereveningsmodel circa 75 procent van de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars compenseert.

U vraagt op welke wijze de ex ante verevening in de komende jaren kan worden verbeterd (vraag 1). Ik heb u drie vlakken aangegeven waarop de risicoverevening nog verder kan worden verbeterd. Ik verwacht alleen door de introductie van de hoge risicoverevening en/of meerjarige hoge- en meerjarige lage schades als ex ante vereveningscriterium nog een forse stap te kunnen zetten in de verbetering van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel, in de zin van mitigering van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in gezond van hun portefeuilles.

De kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel zal naar verwachting de komende jaren vooral worden beïnvloed door de mate waarin veranderingen tussen het gegevensjaar (jaar t-3) en het voorspeljaar waarop de risicoverevening van toepassing is (jaar t) kunnen worden gesimuleerd en verwerkt in de gegevens of het vereveningsmodel.

Om de representativiteit verder te verbeteren is het nodig rekening te houden met veranderingen in het zorgaanbod die doorwerken in de hoogte van individuele declaraties. Wijzigingen in de declaratie tussen het gegevensjaar (t-3) en het voorspeljaar (t) moeten zo goed mogelijk in kaart worden gebracht en er moet bekeken worden wat de gevolgen zijn voor verzekeraars. De prioriteit in de komende jaren in het onderzoeksprogramma in het kader van de risicoverevening zal mijn inziens dan ook meer en meer moeten worden gelegd bij dit soort

---

<sup>1</sup> De Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening, in de WOR nemen deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel.

(simulatie)onderzoeken. Zo is er enkele maanden geleden al een onderzoek gestart naar de gevolgen voor de schadelast voor verzekeraars als gevolg van de invoer van DOT. Op deze wijze wordt de "voorspelbaarheid als gevolg van aanzienlijke stelselwijzigingen" zoals u aangeeft in uw vraag 2 naar mijn mening niet uitgehouden. De wijze waarop "de discrepantie tussen de kostendefinities jaar t-3 en jaar t kan worden verminderd" (vraag 3) is maatwerk en afhankelijk van de wijzigingen in de bekostiging.

Ons kenmerk  
Z/F-3001499

### 3 Ex post compensatiemechanismen

In de brief «Waardering voor Betere Zorg IV» (kamerstuk 29 248, nr. 109), die op 19 januari jongstleden naar de Tweede Kamer is gestuurd is aangegeven de ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem (de macronacalculatie, de hogekostenverevening, de nacalculatie en de bandbreedteregeling) via een geleidelijk traject af te schaffen. Randvoorwaarde voor afschaffing is dat de schadelast per verzekeraar zo voorspelbaar is, dat de ex ante risicoverevening op zich voldoende is voor een gelijk speelveld op de verzekeraarsmarkt en risicoselectie en ongewenste premieopslagen uitblijven. Dit vereist dat de bekostiging van de zorg stabiel en/of voorspelbaar is.

Het voorstel in deze brief was om de ex post compensaties in de risicoverevening af te schaffen langs het volgende tijdpad:

- vanaf 2011 kan naar de afschaffing van de bandbreedteregeling worden toegewerkt. De bandbreedteregeling geeft op dit moment zekerheid over het maximale vereveningsresultaat en bestaat vanwege onzekerheden over de representativiteit van de onderliggende gegevens. Ik wil deze onzekerheden zoveel mogelijk vooraf wegnemen en ondervangen in het ex ante vereveningsmodel. Afbouw van de bandbreedteregeling is daarom opportuun;
- per 2012 forse afbouw of mogelijk zelfs afschaffing van de hogekostenverevening door uitbreiding van het ex ante vereveningsmodel met hogericoverevening of meerjarig hoge kosten;
- de macronacalculatie wordt in 2011 afgebouwd tot 70% onder de voorwaarden dat er geen onverantwoorde problemen ontstaan met betrekking tot risicoselectie ten aanzien van patiënten en met betrekking tot premieverhogingen (koopkracht). Ingeval zich deze contra-indicaties voordoen kan dat invloed hebben op tempo en/of de hoogte van de afbouw. Op dit moment doe ik onderzoek naar deze voorwaarden en verwacht ik besluitvorming over de afbouw van de macronacalculatie in augustus 2010;
- per 2014 afschaffing van de nacalculatie en de bandbreedteregeling, als er een stabiele situatie is ontstaan in de vooral de bekostiging van de ziekenhuiszorg en het ex ante vereveningsmodel is gebaseerd op gegevens die gerelateerd zijn aan de vigerende bekostiging.

In de voorwaarden zit besloten dat de afbouw van de ex post compensaties verbonden is aan verbeteringen in het model, zoals in paragraaf 2 zijn genoemd (vraag 4). Voorts ging dit tijdpad uit van de invoering van DOT, prestatiebekostiging en afschaffing functiegerichte budgettering ziekenhuizen in 2011, in de verwachting dat er dan in 2014 voldoende stabiliteit is gerealiseerd voor de volledige afbouw van de ex post compensaties. Door het controversieel verklaren van de voorgenomen wijzigingen in de bekostiging en financiering van de ziekenhuizen zal er in 2014 mogelijk geen voldoende stabiele situatie zijn

bereikt. Ik ga er voorsnog wel vanuit dat vóór 2018 een voldoende stabiele situatie is bereikt.

Ons kenmerk  
Z/F-3001499

In vraag 9 vraagt u hoe ik aankijk tegen een ontwikkeling waarbij bestaande zorgverzekeraars als gevolg van een onevenwichtige afbouw van ex post correcties hun bestaansmogelijkheid verliezen. Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling de ex post compensatiemechanismen onevenwichtig af te bouwen. De afbouw van de ex post compensaties is reeds in 2007 ingezet en is tot nu toe niet onevenwichtig gebleken. Het doel van de risicoverevening is om een gelijke uitgangspositie te creëren voor alle zorgverzekeraars door kostenverschillen en als gevolg van voorspelbare gezondheidsverschillen tussen verzekeraars te compenseren. Dit is ook de reden dat de ex post compensatiemechanismen niet zomaar worden afgebouwd, maar dat het onder voorwaarden geschiedt. Ieder jaar vindt een afweging plaats hoe de feitelijke inzet van ex post compensatiemechanismen er in het komende jaar uit zal zien.

De ex post compensaties zijn in de afgelopen jaren al geleidelijk en verantwoord gedeeltelijk afgebouwd. Het is inderdaad zo dat door het afbouwen van de ex post compensatiemechanismen binnen de risicoverevening verzekeraars meer risicodragend zijn geworden. Dit is in de afgelopen jaren bewust gedaan om de financiële prikkels voor efficiënte zorginkoop toe te laten nemen. Dit is gebeurd op de terreinen waar het ook mogelijk was. Een belangrijk voorbeeld is de uitbreiding van het B-segment voor de ziekenhuizen. Door individuele onderhandelingen en vrije prijsonderhandelingen hebben verzekeraars meer ruimte en invloed gekregen om zorg in te kopen. Dat is een belangrijke reden dat in de afgelopen jaren de risicodragendheid voor verzekeraars is opgevoerd.

Met de uitbreiding van het vereveningsmodel met hoge risicoverevening en/of meerjarige hoge- en meerjarige lage schades als ex ante vereveningscriterium zou het doel van een gelijk speelveld (vanuit het perspectief van de compensatie van gezondheidsverschillen) als gevolg van het ex ante vereveningsmodel, bereikt zijn. Er van uitgaande dat dan aan alle hiervoor genoemde voorwaarden is voldaan, is er dan geen reden meer om ex post compensatiemechanismen in risicovereveningssysteem te handhaven. In de brief «Waardering voor Betere Zorg IV» is een zorgvuldig afbouwtraject opgenomen. Dit afbouwtraject heeft oog voor de voorspelbaarheid van de schade. Mijns inziens is er dus geen sprake van het gebruiken van het risicovereveningssysteem voor experimenten waarvan de gevolgen niet te overzien zijn, zoals u suggereert in vraag 10.

#### **4 Solvabiliteit- en premieconsequenties**

In vraag 11 vraagt u wat de omvang is van de premiestijging die ik verwacht als gevolg van de steeds verdere verhoging van de vereiste solvabiliteit door DNB in verband met de afbouw van de ex post compensaties.

Tot nu toe zijn de solvabiliteitseisen door de minister van Financiën op advies van DNB met 1%-punt (van 8% naar 9%) verhoogd. Op dit moment worden de consequenties van verschillende scenario's van de afbouw van ex post compensaties op de onzekerheid van het vereveningsresultaat – hetgeen maatgevend is voor de benodigde solvabiliteitseisen – onderzocht. Er loopt een separaat onderzoek naar de consequenties van de afbouw van de macronacalculatie. Deze onderzoeken worden begeleid door DNB, het ministerie van Financiën, Zorgverzekeraars Nederland en mijn ministerie.

Ik zal bij mijn uiteindelijke beslissing in augustus over de afbouw van de ex post compensaties en in het bijzonder de inzet van de ex post compensaties in 2011, de consequenties op de solvabiliteitseis meewegen.

Ons kenmerk  
Z/F-3001499

U vraagt in vraag 12 ook hoeveel de premie verder zal toenemen als gevolg van de invoering van Solvency II. Aangezien er nog geen beslissing is genomen over Solvency II en in het bijzonder de positie van zorgverzekeraars hierin, kan ik hierover momenteel geen nader inzicht verschaffen.

## **5 Positie van verzekeraars**

Verzekeraars hebben een forse verandering doorgemaakt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. De introductie van de Zorgverzekeringswet ging gepaard met concurrentie om de verzekerde; concurrentie met een voordelige premie en goede service als inzet. Om dit te kunnen bieden zijn verzekeraars gestimuleerd om meer doelmatig te werken, middels automatisering en reorganisaties. Daarnaast hebben zij financiële reserves ingezet. Dat heeft mede geleid tot een tendens van fusies en schaalvergroting. Het is onmogelijk de causaliteit exact vast te stellen, maar het is onwaarschijnlijk dat deze ontwikkeling uitsluitend is veroorzaakt door de risicoverevening.

In uw position paper worden enkele vragen (vragen 5, 6, 7 en 8) gesteld over het – toekomstig - functioneren van de verzekeringsmarkt. Vanzelfsprekend ben ik alert op ontwikkelingen in de verzekeraarsmarkt. Het beschikbaar zijn en blijven van voldoende keuzemogelijkheden voor de verzekerde is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Tot op dit moment zijn er geen signalen dat er sprake is van te weinig keuze tussen verzekeraars, onnodig hoge premies of risicoselectie. Uit onderzoek blijkt dat positieve en negatieve resultaten bij zowel grote als kleine verzekeraars voorkomen (kamerstuk 29 689, nr 292, pagina 30).

De ideale zorgverzekeringsmarkt kent geen vaststaand aantal verzekeraars van een zekere omvang. Voor mij is van belang dat mensen zich verzekeren, dat er voor hen iets te kiezen valt en dat de verzekering voor iedereen betaalbaar blijft. Of dit gebeurt met 5 grote verzekeraars, 5 grote en 5 kleine, of 15 kleine is daarbij van secundair belang. Ik ben van mening dat de huidige markt heeft laten zien dat verzekeraars kansen hebben. Regionale zorgverzekeraars zijn gegroeid sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. Zij hebben weliswaar landelijk een klein marktaandeel, maar in de eigen regio zijn zij vaak een grote speler. Dat maakt hen tot een serieuze partij voor zorgaanbieders in de regio.

Ik vertrouw er op u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd

Een afschrift van deze brief stuur ik naar de Tweede Kamer.

Met vriendelijke groet,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

**Ons kenmerk**  
Z/F-3001499

dr. A. Klink