

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 350

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 september 2011

1 Inleiding

Met deze brief informeer ik u over de voorgenomen vormgeving van het risicovereveningssysteem 2012. Ik voldoe hiermee aan drie moties die uw Kamer in april jongstleden heeft aangenomen. De motie Gerbrands c.s. verzoekt mij uw Kamer te informeren over voorgenomen stappen in de afbouw van de ex post compensaties en niet eerder te besluiten dan na overleg met uw Kamer. De motie Dijkstra c.s. verzoekt om een concrete doelstelling te formuleren voor de te bereiken verbetering van het ex ante vereveningsmodel en de afbouw van ex post compensaties hiermee te onderbouwen. In deze brief ga ik expliciet en concreet in op de werking en de verbeteringen van het ex ante vereveningsmodel. Hierbij besteed ik tevens aandacht aan de kleine zorgverzekeraars conform de motie Leijten.

Zoals ik in de brief «zorg die loont» aan uw Kamer al heb aangegeven wordt parallel met het invoeren van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen de risicodragendheid van verzekeraars verder vergroot. Zo schaf ik de macronacalculatie per 2012 volledig af met flankerend beleid. Het ex post mechanisme hogekostenverevening schaf ik volledig af onder gelijktijdige verbetering van het ex ante vereveningsmodel. Ik heb aangegeven dat ik de ex post compensaties nacalculatie en bandbreedte-regeling gefaseerd afschaf.

In deze brief maak ik mijn afwegingen inzichtelijk bij de afbouw van deze laatste twee ex post compensatiemechanismen in 2012. Tevens ga ik in op de inzet van ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2012.

De vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2012 dient volgens de Zorgverzekeringswet vóór 1 oktober vast te liggen in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering en in beleidsregels van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De planning voorziet voorts in een

2 Ex ante vereveningsmodel

Het ex ante risicovereveningssysteem 2012 is gebaseerd op kostengegevens en verzekerdenkenmerken over 2008 en 2009. De kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2012. De invoering van DOT levert enige mate van onzekerheid in de gegevens voor het somatische model. De verwerking van opbrengstresultaten vermindert de kwaliteit van de gegevens voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Met inachtneming van deze onzekerheden ben ik van mening dat de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen 2012 op te baseren.

Als gevolg van een aantal wijzigingen in de vereveningscriteria verbetert de kwaliteit van zowel het ex ante vereveningsmodel van de somatische zorg als dat van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De voorgestelde wijzigingen in de vormgeving zijn in lijn met het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)¹. De vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg en voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kan op de instemming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rekenen.

In de motie Dijkstra c.s. wordt gevraagd naar meetbare, realistische tijdgebonden doelstellingen met betrekking tot verbeteringen in het ex ante vereveningsmodel en de daarmee gepaard gaande afname van de ex post compensaties.

Bij het beoordelen van de kwaliteit van het ex ante model betrek ik enerzijds statistische informatie, daarnaast is het van belang om een inschatting te maken van de representativiteit van de onderzoeksgegevens voor de situatie in het vereveningsjaar (nu 2012). Dit laatste is een meer subjectieve afweging, waarbij ik me laat adviseren door de WOR. Bij het afbouwen van de ex post compensaties wordt naast de kwaliteit van het ex ante model ook naar de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben tot doelmatige inkoop gekeken.

In antwoord op de motie heb ik in deze brief een aantal statistische maten met betrekking tot de verklaringskracht van het ex ante model opgenomen, en heb ik aangegeven hoe ik de kwaliteit van het ex ante model en de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars meeweeg bij de inzet van ex post compensaties.

2.1 Ex ante vereveningsmodel somatische zorg

Gegevens

De gegevens, die als basis voor het vereveningsmodel somatische zorg 2012 gebruikt zijn, zijn afkomstig uit één uniform systeem. De kwaliteit van deze basisgegevens is verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Voor het eerst kan worden beschikt over kenmerken van verzekerden van alle Zvw-verzekerden.

De kostengegevens 2009 zijn representatief gemaakt voor het jaar 2012, waarop de risicoverevening van toepassing is.

Deze bewerkingen zijn uitgevoerd onder begeleiding van de WOR. De belangrijkste aanpassing is dat de kostengegevens ziekenhuiszorg (in termen van dbc's) zijn vertaald naar de DOT-zorgproducten.

Ik deel de mening van de WOR dat het patroon van de schadelastverschuivingen na conversie naar DOT plausibel lijkt, maar dat er onzekerheden zijn over de representativiteit van de gebruikte conversietabel. Desondanks ben ik van mening dat ik met de conversie voldoende rekening houd met de effecten van de invoering van de prestatiebekostiging en DOT. Verder is ook de uitbreiding van het vrije segment naar 70 procent

¹ De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening; in de WOR nemen deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekering deel.

doorgevoerd en is een nieuwe systematiek toegepast bij de toedeling van kosten ziekenhuiszorg naar de deelbedragen die binnen de risico-verevening worden onderscheiden. Tevens zijn de effecten van verschillende pakket- en beleidsmaatregelen verwerkt.

De nieuwe gegevens en doorgevoerde aanpassingen resulteren in een verbetering van het vereveningsmodel. De veranderingen in het vereveningsmodel zijn plausibel en goed te duiden. Hieruit concludeer ik dat het vereveningsmodel somatische zorg kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Het model is bestand tegen veranderingen in de omgeving.

Ex ante model

Op advies van de WOR stel ik voor in 2012 drie wijzigingen door te voeren in de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg.

De belangrijkste wijziging is dat het ex ante vereveningsmodel wordt uitgebreid met een vereveningscriterium Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Met MHK wordt een betere compensatie gegenereerd voor groepen verzekerden met chronische aandoeningen. Deze verzekerden hebben structureel (voorspelbaar) hoge kosten. Daarnaast stel ik voor om het vereveningscriterium Farmaceutische Kostengroepen (FKG's) uit te breiden met twee FKG's en de vormgeving van de FKG Kanker aan te passen. Derde wijziging is een aanpassing in de vormgeving van de Diagnose Kostengroepen (DKGs).

Ik concludeer, mede op basis van bevindingen van de WOR, dat de voorgestelde wijzigingen in het model een substantiële verbetering van de kwaliteit van het vereveningsmodel betekenen. De verklaringskracht van het vereveningsmodel stijgt op verzekerdeniveau met circa 7 procentpunt naar bijna 30 procent.

De verklaringskracht op verzekeraarsniveau blijft onverminderd hoog op circa 98 procent. De bandbreedte in de resultaten op verzekeraarsniveau neemt af met 75 euro tot ongeveer 220 euro.

2.2 Ex ante vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Gegevens

Het vereveningsmodel 2012 voor de geneeskundige GGZ kan voor het eerst volledig gebaseerd worden op kostengegevens uit de Zvw. Deze gegevens zijn afkomstig uit een uniform en volledig registratiesysteem en zijn nagenoeg uitgedeclareerd. De volledigheid en kwaliteit van deze gegevens is verbeterd ten opzichte van vorig jaar.

Op de basisgegevens worden enkele bewerkingen uitgevoerd waarmee de gegevens zo veel mogelijk representatief gemaakt worden voor de situatie 2012. Belangrijkste bewerking is de correctie op de kostengegevens 2009 voor de opbrengstverrekeningen bij gebudgetteerde GGZ-instellingen. De verwerking van de opbrengstverrekeningen is een onzekere factor, daarom zal ik het advies van de WOR om volgend jaar extra aandacht te besteden aan het zo goed mogelijk representatief maken van de onderzoeksgegevens opvolgen.

Desondanks acht ik het onderzoeksbestand van voldoende kwaliteit voor de vaststelling van het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ.

Ex ante model

Op advies van de WOR stel ik voor het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2012 op één onderdeel te wijzigen. De FKG psychische aandoeningen kan worden opgesplitst in vijf afzonderlijke FKG's voor verschillende psychische aandoeningen.

De normbedragen in het vereveningsmodel veranderen nauwelijks door toepassing van de nieuwe gegevens. De veranderingen die optreden na aanpassing van de FKG's zijn plausibel en verklaarbaar. Hieruit concludeer ik dat het vereveningsmodel voor de geneeskundige zorg stabiel en robuust is. Doordat van twee opeenvolgende jaren uniforme Zvw-kostengegevens beschikbaar zijn, verbeteren de schattingsresultaten substantieel. De uitsplitsing van de FKG psychische aandoeningen in vijf FKG's leidt ook tot een verbetering van het model. Mede op basis van de bevindingen uit de WOR constateer ik dat de kwaliteit van het vereveningsmodel 2012 is verbeterd ten opzichte van het vereveningsmodel 2011. De verklaringskracht op individueel niveau stijgt op verzekerden-niveau van bijna 5 procent in 2011 naar 8,5 procent in 2012. De verklaringskracht op verzekeraarsniveau blijft onverminderd hoog op ruim 99 procent. De bandbreedte in resultaten op verzekeraarsniveau neemt substantieel af van ruim 200 euro in 2011 naar ongeveer 120 euro in 2012.

3 Ex post compensatiemechanismen

Mijn beleid is erop gericht om de ex post compensatiemechanismen zo snel als verantwoord mogelijk is af te bouwen. Zoals ik ook in de brief «Zorg die loont» aan uw Kamer heb aangegeven zal in de periode tot 2015 jaarlijks een verantwoorde en betekenisvolle stap gezet worden in het afbouwen van de twee ex post compensaties nacalculatie en bandbreedteregeling. De ex post compensatiemechanismen zijn een onderdeel van het totale risicovereveningssysteem. Het ex post deel kan worden afgebouwd naar de mate waarin het ex ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te genereren en naar mate zorgverzekeraars meer in staat zijn de kosten te beïnvloeden.

In paragraaf 2 heb ik aangegeven dat de kwaliteit van zowel het vereveningsmodel van de somatische zorg als het model voor de geneeskundige GGZ goed is. Voor beide modellen geldt echter dat met betrekking tot de gegevens waarop de modellen zijn gebaseerd er onzekerheden zijn. Zowel door invoering van DOT voor de ziekenhuiszorg als door het vergroten van het vrije segment neemt de beïnvloedbaarheid van de kosten door verzekeraars volgend jaar toe. De beïnvloedbaarheid van de kosten van geneeskundige ggz blijft ongeveer gelijk en is minder dan in de ziekenhuiszorg of eerstelijnszorg.

De (meetbare) kwaliteit van de modellen, de onzekerheden en de beïnvloedingsmogelijkheden heb ik tegen elkaar afgewogen bij de vaststelling van de ex post compensatiemechanismen.

3.1 Ex post compensatiemechanismen somatische zorg

Bij de inzet van ex post compensatiemechanismen wordt in de risico-verevening somatische zorg onderscheid gemaakt naar verschillende kosten (zogenoemde deelbedragen), te weten kosten vrije segment ziekenhuiszorg, variabele kosten geregleerde segment ziekenhuiszorg, vaste kosten geregleerde segment ziekenhuiszorg en kosten eerste-lijnszorg (overige prestaties). Dit onderscheid komt voort uit verschillen in de kwaliteit en betrouwbaarheid van het vereveningsmodel en de beïnvloedingsmogelijkheden.

Vrije segment (ziekenhuiskosten)

In de brief «Zorg die loont» heb ik aangegeven dat ik het vrije segment in 2012 zal uitbreiden van 30 naar 70 procent van de ziekenhuiszorg. Het vrije segment is gebaseerd op twee criteria: het is géén WBMV-zorg en het zorgproduct is stabiel (er zijn geen concrete plannen voor doorontwik-

keling). Over deze zorgproducten kunnen verzekeraars goed afspraken maken met ziekenhuizen. Uit het advies van de WOR blijkt dat het vereveningsmodel voor de kosten die onder het deelbedrag «kosten vrije segment ziekenhuiszorg» vallen beter is geworden.

Tegen deze achtergrond bezien stel ik voor om het nacalculatiepercentage op dit deelbedrag in 2012 te handhaven op 0 procent. Hiermee blijft de risicodragendheid tussen eerstelijnszorg en het vrije segment gelijk en zijn er in de risicoverevening geen belemmeringen voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

Gereguleerde segment (ziekenhuiskosten)

De DOT zorgproducten uit het gereguleerde segment zijn ingedeeld in de deelbedragen «vaste kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg» en «variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg». Voor het eerste deelbedrag stel ik voor om in 2012 100 procent nacalculatie te handhaven. Achtergrond hiervan is dat in dit deelbedrag ziekenhuiskosten zitten die niet of nauwelijks door een zorgverzekeraar zijn te beïnvloeden. Dit deelbedrag neemt overigens ten opzichte van 2011 zeer fors af.

In de brief «Zorg die loont» heb ik u laten weten dat de nacalculatie op de «variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg» in de periode 2012–2014 geleidelijk afgeschaft wordt. Aangezien de omvang van dit deelbedrag is afgenomen (van 53 procent van de ziekenhuiskosten in 2011 naar 14 procent in 2012) en het effect van de nacalculatie op het verwachte resultaat van verzekeraars zeer gering is, ben ik voornemens de inzet van de nacalculatie, die in 2011 nog 30 procent bedroeg, in 2012 volledig af te bouwen. Ook de beïnvloedbaarheid van deze kosten voor zorgverzekeraars is, door het afschaffen van budgettering (en bijbehorende opbrengstresultaten), toegenomen.

Hogekostencompensatie

Zoals ik u al in de brief «Zorg die loont» heb gemeld, schaf ik in 2012 de hogekostencompensatie af. Tot nu toe werden zorgverzekeraars via de hogekostencompensatie achteraf gecompenseerd voor verschillen in kosten die ontstaan als gevolg van de ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades. Dit is na introductie van het nieuwe vereveningscriterium «meerjarige hoge kosten» niet meer nodig. Dit criterium maakt het mogelijk om verzekerden met voorspelbare (meerjarige) hoge kosten vooraf te compenseren.

Voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten worden verzekeraars niet meer gecompenseerd. Deze kosten reken ik tot de normale verzekeraarsrisico's.

Bandbreedteregeling

De bandbreedteregeling wordt ingezet als de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel tijdelijk minder goed is. Het is een tijdelijk vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd worden. Bij de vaststelling van de bandbreedteregeling heb ik tevens betrokken dat ik de transitiebedragen van ziekenhuizen niet verreken met zorgverzekeraars. Het transitiebedragmodel heb ik geïntroduceerd om onzekerheden bij de afschaffing van de fb-budgettering voor ziekenhuizen te mitigeren. Ik ben van mening dat in de ex ante verevening voldoende rekening wordt gehouden met de introductie van DOT zodat een extra verrekening van de transitiebedragen met zorgverzekeraars niet nodig is.

In de brief «Zorg die loont» heb ik u laten weten dat ik voornemens ben de bandbreedte regeling in 2015 af te schaffen. In 2011 geldt een bandbreedte van 45 euro waarbuiten het resultaat voor 90 procent wordt nagecalculeerd. De bandbreedteregeling is van toepassing op «kosten vrije segment ziekenhuiszorg» en «variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg». Uit onderzoek naar de vereveningsmodel blijkt dat de verwachte bandbreedte in dit gemiddelde resultaat per verzekerde in 2012 circa 140 euro bedraagt (maximaal 70 euro winst per verzekerde en maximaal 70 euro verlies per verzekerde). Dit betekent dat wanneer een lineair pad naar afschaffing gevolgd wordt en de verwachte bandbreedte in het resultaat hetzelfde blijft, de bandbreedteregeling de komende drie jaar telkens met ruim 30 euro opgerekt zal moeten worden.

De kwaliteit van het vereveningsmodel wordt mede bepaald door de representativiteit van de gegevens waarop het vereveningsmodel geschat wordt.

Alhoewel de patronen van de schadelastverschuiving als gevolg van de (gesimuleerde) DOT-zorgproducten plausibel zijn, zijn er onzekerheden met betrekking tot de representativiteit van de gehanteerde conversie-tabel.

Om recht te doen aan de onzekerheden rond het vereveningsmodel voor de ziekenhuiszorg in dit transitiejaar en het niet verrekenen van de transitiebedragen met verzekeraars, stel ik voor de bandbreedte in 2012 vast te stellen op 45 euro rond het gemiddelde marktresultaat per premieplichtige. Dit laat onverlet, dat de bandbreedteregeling per 2015, conform de brief «Zorg die loont» beëindigd zal worden. Verzekeraars zijn zich hiervan ook ten volle bewust. Het is mijn voornemen om in de afbouw van de bandbreedte vanaf 2013 stappen van gelijkwaardige omvang te nemen.

Resultaat

Door de afbouw van de inzet van nacalculatie en het anders toedelen van ziekenhuiskosten over de verschillende deelbedragen stijgt de totale risicodragendheid¹ van zorgverzekeraars voor de somatische zorg met ongeveer 14 procentpunt van 2011 op 2012. De zorgverzekeraars lopen in 2011 op 92 procent van deze kosten risico. Ik acht de vergroting van de risicodragendheid verantwoord, omdat ik vertrouwen heb in de kwaliteit en betrouwbaarheid van de risicoverevening voor de kosten van ziekenhuiszorg.

3.2 Ex post compensatiemechanismen geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

In het Regeerakkoord is opgenomen dat ook voor de geneeskundige ggz prestatiebekostiging wordt ingevoerd. In samenhang hiermee zullen de ex post compensaties uiterlijk in 2015 afgeschaft worden. Bij de bepaling van de inzet van ex post compensatiemechanismen voor de geneeskundige ggz in 2012 heb ik de beschikbaarheid van gegevens, de beïnvloedbaarheid van de kosten door verzekeraars en de mate van onzekerheid voor verzekeraars meegewogen.

¹ Met het percentage risicodragendheid of risicodragende kosten wordt bedoeld dat van elke euro meerkosten dan de verwachte kosten op basis van het vereveningsmodel het genoemde percentage direct voor rekening is van de zorgverzekeraars. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de risicomitigerende ex post mechanismen hogekostencompensatie en bandbreedteregeling.

Verzekerden jonger dan 18 jaar

Het kabinet streeft naar een stelselherziening om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Eén van de onderdelen is de voorgenomen overheveling van de jeugd ggz naar de gemeenten. In het verleden hebben verzekeraars geen financieel risico gelopen over de kosten geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Met het oog op

de voorgenomen overheveling stel ik voor om verzekeraars ook in 2012 volledig na te calculeren voor de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Verzekeraars lopen op dit deelbedrag dus geen financieel risico.

Hogekostencompensatie

Op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg pas ik in 2011 hogekostencompensatie toe, daarbij hanteer ik een drempelwaarde van 10 000 euro en een nacalculatiepercentage van 100 procent boven de drempelwaarde. Aangezien zeer hoge kosten in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over het algemeen gerealiseerd worden in een klinische setting en de beïnvloedbaarheid van deze kosten voor verzekeraars gering is, stel ik voor in 2012 90 procent nacalculatie toe te passen op het deel van de kosten boven de drempelwaarde. Door de kosten boven de drempel niet volledig na te calculeren, zorg ik ervoor dat verzekeraars zo veel mogelijk geprikkeld worden om ook bij de inkoop van deze zorg doelmatigheid na te streven.

Bandbreedteregeling en nacalculatie

Ook voor de geneeskundige ggz wordt de bandbreedteregeling ingezet als de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel tijdelijk minder goed is. Het is een tijdelijk vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd worden.

Zoals ik in paragraaf 2 van deze brief heb aangegeven is de kwaliteit van de gegevens, waarop het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gebaseerd is, verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toch blijven er, door de verwerking van opbrengstverrekening, onzekerheden met betrekking tot de representativiteit van deze gegevens. Daarom stel ik voor de bandbreedteregeling in 2012 te handhaven op het hetzelfde niveau als in 2011, met een bandbreedte van 15 euro. Door de verbetering van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel, stel ik voor de kosten buiten de bandbreedte voor 90 procent (is 100 procent in 2011) na te calculeren. Net als bij de somatische zorg centreer ik de bandbreedteregeling voor de geneeskundige ggz rond het gemiddelde marktresultaat.

4 Overige aspecten

Inschatting effecten voor kleine verzekeraars

Zoals aangegeven zal ik expliciet en concreet in gaan op de werking van het vereveningsmodel somatische zorg voor de kleine zorgverzekeraars zoals ook in de motie Leijten bij het debat over de invoering van Prestatie-bekostiging van ziekenhuizen naar aanleiding van de brief «Zorg die loont» (onderdeel risicoverevening) is gevraagd. Mevrouw Leijten geeft aan dat thans 90 procent van de zorgverzekeringsmarkt beheerst wordt door vier grote concerns van zorgverzekeraars. Kleinere zorgverzekeraars zijn actief op de resterende 10 procent van de markt.

In de analyse van de effecten wordt aangesloten bij deze indeling door de effecten van het risicovereveningssysteem op de (kleinere) niet in concernverband opererende verzekeraars te vergelijken met de effecten voor de wel in concernverband opererende zorgverzekeraars. Volledigheidshalve wil ik opmerken dat risicoverevening aangrijpt op risicodragerniveau en niet op concernniveau en dat de vergelijking die ik hier op verzoek van de Tweede Kamer maak dus hypothetisch is. Daarnaast zal ik terughoudend zijn met het verstrekken van resultaten van verzekeraars, dit betreft immers bedrijfsgevoelige informatie. Alle berekeningen zijn gebaseerd op de onderzoeksuitkomsten naar het risicovereveningsmodel

2012. In de berekeningen zijn de resultaten van twee verzekeraars met een afwijkend verzekerden- en kostenprofiel niet meegenomen.

Het ex ante vereveningsmodel compenseert verzekeraars voor voorspelbare gezondheidsverschillen. De hoogte van de ex ante bijdrage per verzekerde geeft daarmee informatie over het gemiddelde gezondheidsprofiel van een zorgverzekeraar. Een hoge ex ante bijdrage duidt op een minder gezonde verzekerdenpopulatie, een lage ex ante bijdrage duidt op een gezondere populatie. Als alle (kleinere) niet in concernverband opererende zorgverzekeraars tezamen genomen worden is de gemiddelde ex ante bijdrage lager dan de gemiddelde ex ante vereveningsbijdrage voor elk van de vier grote concerns. De spreiding in de ex ante bijdragen, en dus de spreiding in het gezondheidsprofiel op verzekeraarsniveau is voor verzekeraars in concernverband gelijk aan die voor (kleinere) zorgverzekeraars die niet in concernverband opereren. Dit duidt erop dat de (kleinere) niet in concernverband opererende zorgverzekeraars gemiddeld gezien een gezondere verzekerdenpopulatie hebben dan zorgverzekeraars in concerns.

Vervolgens is gekeken naar het effect van het vereveningsmodel waarbij 30% nacalculatie op «variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg» geldt en een bandbreedte van 45 euro. Hiertoe is het gemiddelde resultaat berekend; dat is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten per verzekerde.

Bij een gemiddeld negatief resultaat maakt een verzekeraar verlies, een positief resultaat duidt op winst. Als alle (kleinere) niet in concernverband opererende zorgverzekeraars tezamen genomen worden is er sprake van een negatief resultaat, verlies, van ruim 9 euro per verzekerde. De in concernverband opererende verzekeraars kennen op concernverband een meer gematigd resultaat uiteenlopend van een verlies van bijna 3 euro per verzekerde tot een winst van circa 7 euro per verzekerde. De spreiding in de resultaten na ex ante verevening is voor verzekeraars in concernverband gelijk aan die voor (kleinere) zorgverzekeraars die niet in concernverband opereren.

Het afschaffen van de nacalculatie heeft weinig effect op de resultaten van verzekeraars. De kleine effecten verschillen niet voor al dan niet in concernverband opererende zorgverzekeraars.

Resumerend stel ik vast dat kleine zorgverzekeraars gemiddeld gezien een gezondere verzekerdenpopulatie hebben. De spreiding in de resultaten wijkt niet af voor kleine zorgverzekeraars. Kleine zorgverzekeraars kennen wel een beperkt negatief resultaat. De stappen die ik voorstel in de afbouw van ex post compensaties leiden tot een zeer beperkte verslechteringen van het verwachte resultaat. Ik concludeer dat de afbouw van de ex post compensaties niet onevenredig neerslaat bij kleine zorgverzekeraars. Ik ben van mening dat ook vanuit dit perspectief mijn voorgestelde stappen verantwoord zijn.

Normering verplicht eigen risico 2012

In 2012 wordt het verplicht eigen risico verhoogd naar 210 euro voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij de normering van het eigen risico stel ik voor hetzelfde model als in de risicoverevening van 2011 te hanteren. De eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico van 210 euro voor verzekerden van 18 jaar en ouder, die géén FKG hebben, worden genormeerd op basis van het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio. Voor verzekerden met een FKG ga ik uit van een maximale eigen betaling door verzekerden.

Solvabiliteit

De Nederlandsche Bank (DNB) heeft middels een brief op 4 juli jl. aan de minister van Financiën een advies uitgebracht ten aanzien van de solvabiliteiteisen voor zorgverzekeraars. Op dat moment waren de hoofdlijnen van de kabinetsvoornemens bekend. Hierin adviseert DNB de minister van Financiën om de solvabiliteitseis voor de Zvw-zorgverzekeraars in 2012 te verhogen van de huidige ca. 9% naar 11% gelet op het totaalpakket aan maatregelen, waardoor het risicoprofiel van zorgverzekeraars enigszins zal toenemen. Niet elke maatregel is volgens DNB exact te kwantificeren, waardoor het advies ook staande blijft wanneer de hoofdlijnen worden ingevuld zoals thans is gebeurd. DNB geeft aan dat de zorgverzekeringssector als geheel adequaat is gekapitaliseerd om deze stijging in te passen.

De minister van Financiën is voornemens om dit advies van DNB over te nemen en zal daartoe de betreffende Regeling onder de Wft aanpassen.

Onderzoeksprogramma 2012

Ik neem de aanbevelingen van de WOR over verschillende onderzoeksrichtingen voor het komende onderzoeksjaar ter harte. Na overleg met de betrokken partijen stel ik komend najaar het onderzoeksprogramma voor 2012 vast. Binnen dit onderzoeksprogramma 2012 wordt toegewerkt naar de vaststelling van het ex ante risicovereveningssysteem van 2013. Belangrijke aandachtspunten voor het somatische model zijn de veranderingen die gepaard gaan met de invoering van DOT. Op advies van de WOR zal ik aandacht besteden aan verdere verbeteringen in de conversiesystematiek en zal ik noodzakelijk onderzoek laten uitvoeren naar de impact van DOT op de vormgeving van DKG's. Voorts zal ik het komende onderzoeksprogramma aandacht besteden aan het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz.

Met oog op de ontwikkelingen in de hoogte van het verplichte eigen risico en de recente ontwikkelingen van het ex ante model voor de somatische zorg zal ik op advies van de WOR in het komend onderzoeksprogramma aandacht besteden aan het normatieve model voor het verplichte eigen risico.

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