



cutting through complexity

Afschaffing van de macronacalculatie en introductie van het flankerend beleid

Evaluatie

April 2015



Inhoudsopgave

1	Managementsamenvatting	1
2	Inleiding	10
3	Macrona calculatie en flankerend beleid	13
3.1	Risicovereveningssysteem	13
3.2	Macrona calculatie	16
3.3	Flankerend beleid	18
4	Analyses en resultaten	22
	Onderdeel 4A: Inleiding van de kwantitatieve analyse	23
	Onderdeel 4B: Macro-effecten	24
	Onderdeel 4C: Spreiding van het vereveningsresultaat	28
	Onderdeel 4D: Verklaringskracht	38
	Onderdeel 4E: Samenhang van vereveningsresultaten	40
	Onderdeel 4F: Effect op overige vereveningsstappen	45
5	Inzichten uit het veld	49
5.1	Interviewvragen met betrekking tot de afschaffing van de macrona calculatie	49
5.2	Interviewvragen met betrekking tot de invoering van het flankerend beleid	53
6	Conclusies en aanbevelingen	57
Appendix 1	Begrippen	60
Appendix 2	Achtergrondinformatie	61
Appendix 3	Uitgangspunten	65

A close-up, profile view of a man with dark hair and glasses, wearing a white lab coat over a blue and yellow patterned shirt. He is looking intently at a laptop screen, with his hand resting on his chin. The background is blurred, showing a person in a white lab coat and a laptop keyboard.

Managementsamenvatting

1 Managementsamenvatting



Inleiding

Met het in 2006 ingevoerde zorgstelsel is de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in Nederland ondergebracht bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn verplicht elke verzekerde te accepteren en mogen geen hogere premie vragen aan ongezondere verzekerden. Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor verzekerden zouden zorgverzekeraars zonder aanvullend mechanisme geprikkeld worden om over te gaan tot risicoselectie: het proberen aan te trekken van verzekerden met gunstige gezondheidsrisico's of het weren van verzekerden met ongunstige gezondheidsrisico's. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen vindt er risicoverevening plaats. Hiermee wordt beoogd de prikkel tot indirecte risicoselectie weg te nemen en gelijke uitgangsposities te creëren voor alle zorgverzekeraars, ongeacht het risicoprofiel van hun verzekerden.

Het risicovereveningssysteem bestaat uit een ex ante deel en een ex post deel. In de periode 2006-2011 bestonden er vijf ex post compensatiemechanismen: macronacalculatie, hoge kosten compensatie, generieke verevening, nacalculatie en de bandbreedteregeling (voorheen ook 'vangnet' genoemd). In december 2011 heeft de overheid, in samenhang met andere aanpassingen aan het zorgstelsel, besloten om het ex post deel van het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg in een periode van drie jaar af te schaffen.

Met de macronacalculatie werd het verschil tussen de macrozorgkostenraming en de daadwerkelijke zorgkosten verevend. Vanaf 2012 is de macronacalculatie, als onderdeel van de afbouw van de ex post mechanismen, afgeschaft. Het doel hiervan is het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem en daarmee zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten. Tegelijk met het afschaffen van de macronacalculatie is het flankerend beleid geïntroduceerd om het gelijke speelveld voor de zorgverzekeraars zo veel mogelijk te waarborgen. Zorgverzekeraars met veel verzekerden in hun bestand met ongunstige gezondheidsrisico's behalen bij hogere gerealiseerde zorgkosten dan de macroraming naar verwachting gemiddeld een lager vereveningsresultaat dan zorgverzekeraars met een gunstig risicoprofiel. Het flankerend beleid zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars met een ongunstig risicoprofiel in een dergelijke situatie compensatie ontvangen en dat de zorgverzekeraars met een gunstig risicoprofiel inleveren om de compensatie voor zorgverzekeraars met een ongunstig risicoprofiel te financieren.

De transitie van macronacalculatie naar flankerend beleid heeft ook voor het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg plaatsgevonden in 2012.

Gelet op het feit dat dit beleid nu enkele jaren in werking is, leidt dit tot de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van zorgverzekeraars?
2. Worden de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid behaald?

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft KPMG een onderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op deze twee onderzoeksvragen. Hiervoor hebben wij allereerst een kwantitatieve analyse uitgevoerd. Vervolgens hebben wij op basis van de resultaten van de kwantitatieve analyse en op basis van interviews in het veld (Centraal Planbureau, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, een concernzorgverzekeraar en een zelfstandige zorgverzekeraar) vastgesteld of de beoogde doelstellingen zijn behaald.

Kwantitatieve effecten afschaffen macronaïcalculatie en introduceren flankeren beleid

In deze paragraaf worden de belangrijkste observaties van de kwantitatieve analyse naar de afschaffing van de macronaïcalculatie en de invoering van het flankerend beleid gepresenteerd, om antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag. De vereveningsresultaten op risicodragersniveau vormen de basis van deze kwantitatieve analyse. Het vereveningsresultaat is het verschil tussen gerealiseerde zorgkosten en de ontvangen vereveningsbijdrage. De kwantitatieve analyse richt zich op:

- de macro-effecten van het toepassen van macronaïcalculatie en flankerend beleid;
- het gewogen gemiddelde en de spreiding in het vereveningsresultaat per premieplichtige;
- de verklaringskracht (relatie tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage);
- de samenhang van het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren;
- het effect van macronaïcalculatie en flankerend beleid op de overige vereveningsstappen in het risicovereveningsmodel.

De kwantitatieve analyse is uitgevoerd op het niveau van risicodragers (zorgverzekeraars), maar er is ook onderscheid gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote risicodragers. Daarnaast is er rekening mee gehouden of de risicodragers deel uitmaken van een concern of niet. Het onderzoek beperkt zich tot de deelbedragen 'overig', 'variabel + B-DBC' en 'gGGZ18+', en het totaal van deze deelbedragen. De deelbedragen 'vaste ziekenhuiskosten' en 'gGGZ18-' worden buiten beschouwing gelaten, omdat er volledige naïcalculatie toegepast wordt op deze deelbedragen. De kwantitatieve analyse is uitgevoerd over de jaren 2010 tot en met 2013. De gebruikte data voor het jaar 2010 komt uit de definitieve vaststelling, voor de overige jaren wordt er data uit voorlopige vaststellingen gebruikt.

Macro-effecten

In de kwantitatieve analyse naar de macro-effecten worden verschuivingen in de vereveningsbijdrage beoordeeld op macroschaal (voor alle risicodragers samen). We vergelijken de ontvangen vereveningsbijdrage na het toepassen van macronaïcalculatie en die na het toepassen van flankerend beleid.

In Tabel 1 zijn per analysejaar de ontvangen vereveningsbijdrage na macronaïcalculatie (MNC) en na flankerend beleid (FB) weergegeven. De vereveningsbijdrage na macronaïcalculatie is op macroschaal per definitie gelijk aan de totale gemaakte zorgkosten. De grijsgedrukte waarden in de tabel zijn gesimuleerde waarden en geven een indruk van wat het macro-effect van flankerend beleid zou zijn geweest wanneer flankerend beleid toegepast zou worden in 2010 en 2011. De vereveningsbijdrage na macronaïcalculatie is op macroschaal gelijk aan de gemaakte zorgkosten. Het verschil tussen de vereveningsbijdrage met flankerend beleid (zonder macronaïcalculatie) en de vereveningsbijdrage na macronaïcalculatie op macroschaal is daarom tevens het gerealiseerde vereveningsresultaat van alle risicodragers samen.

Tabel 1 – Zorgkosten en vereveningsbijdrage na macronacalculatie/na flankerend beleid over alle risicodragers samen (in miljarden euro).

Jaar	Kosten/ Bijdrage incl. MNC	Bijdrage incl. FB	Verschil FB-MNC
2013	33,543	35,374	1,832
2012	31,944	32,611	0,667
2011	30,015	30,064	0,049
2010	29,124	29,645	0,521

- In 2012 is de macronacalculatie afgeschaft en vanaf dit jaar ontstaat er een macrovereveningsresultaat dat af kan wijken van 0 euro. In 2012 was het macrovereveningsresultaat 0,667 miljard euro en in 2013 was het macrovereveningsresultaat 1,832 miljard euro. Dit wil zeggen dat alle zorgverzekeraars samen in deze jaren een hogere vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds hebben ontvangen dan de gerealiseerde zorgkosten. Dit overschot (of tekort) vloeit niet terug naar het Zorgverzekeringsfonds (zoals onder macronacalculatie zou gebeuren), maar blijft bij de zorgverzekeraars. Deze resultaten zijn in beide jaren voornamelijk veroorzaakt doordat de macroraming op het deelbedrag 'overig' hoger lag dan de zorgkosten. Dit is veroorzaakt door lager dan geraamde zorgkosten bij met name de farmacie. In de farmacie zijn de zorgkosten in 2012 en 2013 gedaald als gevolg van het aflopen van patenten en het gevoerde preferentiebeleid. Ondanks de positieve resultaten in 2012 en 2013 op macroniveau kunnen individuele zorgverzekeraars wel negatieve vereveningsresultaten behalen in deze jaren. Wel heeft iedere zorgverzekeraar in deze jaren van de invoer van het flankerend beleid geprofiteerd; alle vereveningsresultaten op totaalniveau na het toepassen van flankerend beleid zijn hoger dan de vereveningsresultaten die na toepassen van macronacalculatie gerealiseerd zouden zijn.
- Indien de macronacalculatie reeds in 2010 en 2011 zou zijn afgeschaft, zou dit ook tot positieve resultaten hebben geleid (van 0,5 miljard euro in 2010 en 0,0¹ miljard euro in 2011), zo blijkt uit de simulatie voor die jaren. Voor de gehele analyseperiode 2010-2013 geldt dus dat de macroraming hoger is geweest dan de daadwerkelijke zorgkosten (hetgeen in de jaren vóór 2010 overigens meestal niet het geval was).
- Het absolute effect van het flankerend beleid (de som van de absolute waarden van het effect van het flankerend beleid voor iedere risicodrager) is in alle analysejaren kleiner dan dat van macronacalculatie. Desalniettemin is de gemiddelde absolute resultaatverschuiving door flankerend beleid gelijk aan 4 euro per premieplichtige in 2012 en 11 euro per premieplichtige in 2013.
- Alvorens de effecten van het flankerend beleid uit te kunnen rekenen dient het volledige vereveningsjaar uitgedeclareerd te zijn. Dit is een nadeel van het toepassen van het flankerend beleid, omdat risicodragers die in hun resultaat afhankelijk zijn van het flankerend beleid langere tijd in onzekerheid zijn over het vereveningsresultaat. Dit was ook het geval bij het toepassen van macronacalculatie.

Spreiding

De kwantitatieve analyse van de spreiding onderzoekt de spreiding in het vereveningsresultaat per premieplichtige van de verschillende risicodragers na het toepassen van macronacalculatie en na het toepassen van flankerend beleid.

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (na flankerend beleid) op totaalniveau bedraagt 50 euro per premieplichtige in 2012 en 138 euro per premieplichtige in 2013. In de periode 2010-2011 was het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, behoudens de beperkte macro-effecten van de overige ex post compensatiemechanismen, nihil, aangezien er in 2010 en 2011 nog macronacalculatie van toepassing was.

¹ Dit betreft een afronding; het verschil van 0,049 geeft wel een positief vereveningsresultaat.

- De spreiding in de vereveningsresultaten na het toepassen van macronacalculatie en na het toepassen van flankerend beleid is (per definitie) gelijk.
- In 2012 en 2013 behalen concernrisicodragers (na flankerend beleid) een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van 49 euro in 2012 en 134 euro per premieplichtige in 2013) dan zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 66 euro in 2012 en 171 euro per premieplichtige in 2013). In 2010 en 2011 was dit beeld vergelijkbaar en was er (na macronacalculatie) bij concernrisicodragers een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van -1 euro in 2010 en -2 euro per premieplichtige in 2011) dan bij zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 8 euro in 2010 en 22 euro per premieplichtige in 2011).
- Voor risicodragers van verschillende grootte is er geen eenduidige tend in resultaatverschillen te herkennen:
 - ✓ In 2013 waren het de middelgrote risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige na toepassen van flankerend beleid boekten (187 euro per premieplichtige) en de kleine risicodragers die het kleinste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (91 euro per premieplichtige). Grote risicodragers behaalden een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat hiertussen (124 euro per premieplichtige).
 - ✓ In 2012 waren het juist de kleine risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (84 euro per premieplichtige) en de grote risicodragers met het laagste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (47 euro per premieplichtige). De middelgrote risicodragers behaalde een gewogen gemiddelde vereveningsresultaat hiertussen (56 euro per premieplichtige).
- Wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers, wordt over het algemeen de grootste spreiding gevonden bij de zelfstandige risicodragers. Wanneer er onderscheid wordt gemaakt in de grootte van de risicodragers, wordt over het algemeen de grootste spreiding gevonden bij de kleine risicodragers.
- De gemiddelde resultaatverschuivingen van het flankerend beleid ten opzichte van geen flankerend beleid (en geen macronacalculatie) zijn beperkt voor risicodragers met een gemiddeld risicoprofiel, maar groter voor risicodragers waarvan de daadwerkelijke zorgkosten per premieplichtige sterk afwijken van de gemiddelde zorgkosten per premieplichtige. Het effect van het flankerend beleid is per definitie nihil als de daadwerkelijke vereveningsbijdrage van een risicodrager gelijk is aan de gemiddelde vereveningsbijdrage. Eveneens is het effect van het flankerend beleid per definitie nihil als de vereveningsbijdrage (per deelbedrag) op macroschaal gelijk is aan de daadwerkelijke zorgkosten op macroschaal.

Verklaringskracht en Samenhang

De verklaringskracht beschrijft hoe goed de vereveningsbijdrage die een risicodrager na een vereveningsstap heeft ontvangen aansluit bij de gemaakte zorgkosten. De samenhang geeft aan hoe de vereveningsresultaten na toepassen van flankerend beleid en na toepassen van macronacalculatie in opeenvolgende jaren gerelateerd zijn.

- Er zijn geen verschillen in verklaringskracht en samenhang na het toepassen van flankerend beleid en de verklaringskracht en samenhang na toepassen van macronacalculatie.

Effect op overige vereveningsstappen

De verschuiving tussen het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na toepassen van macronacalculatie en na flankerend beleid werkt door in de overige vereveningsstappen in het risicovereveningsmodel (hoge kosten compensatie, nacalculatie en de bandbreedtestap). De effecten zijn onderzocht op het gebied van spreiding en samenhang in 2010 en 2011, omdat in deze jaren data beschikbaar zijn over de overige vereveningsstappen. De vergelijking is gemaakt door het vergelijken van gesimuleerde resultaten van flankerend beleid met de werkelijke resultaten van macronacalculatie.

- De effecten van de overige vereveningsstappen zijn slechts in beperkte mate veranderd als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid.

- De spreiding in de vereveningsresultaten van de overige vereveningsstappen is in de situatie dat macronacalculatie wordt toegepast vergelijkbaar met de spreiding in het geval dat er flankerend beleid wordt toegepast. Dit geldt ook wanneer er onderscheid wordt gemaakt op het gebied van concerns en grootte.

Beoogde doelstellingen van het afschaffen van macronacalculatie en het introduceren van flankerend beleid

Het doel van het afschaffen van de macronacalculatie is om het risicovereveningssysteem verder te verbeteren en daarmee de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten; het doel van het invoeren van het flankerend beleid is om het gelijke speelveld voor de zorgverzekeraars zo veel mogelijk te waarborgen. Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden hebben wij interviews afgenomen bij experts in het veld. We vroegen naar hun visie op of de doelstellingen van het afschaffen van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid gehaald zijn. In deze paragraaf presenteren we de samenvatting van de resultaten van deze interviews.

Afschaffen macronacalculatie

- Vanwege het afschaffen van de macronacalculatie ligt, op macroniveau, het risico dat de macrokosten hoger uitvallen dan de raming bij de zorgverzekeraars. Op individueel zorgverzekeraar niveau is de prikkel die uitgaat van het afschaffen van de macronacalculatie (met name voor kleine zorgverzekeraars) beperkt: voor elke euro die de zorgverzekeraar bespaart in de situatie met macronacalculatie werd een bedrag ter hoogte van het marktaandeel terugbetaald aan het zorgverzekeringsfonds, in de situatie zonder macronacalculatie is er geen terugbetaling aan het zorgverzekeringsfonds. Aangezien in de situatie met macronacalculatie ook de overige zorgverzekeraars een betaling aan het zorgverzekeringsfonds dienen te doen als een concurrent een besparing doet heeft het afschaffen van de macronacalculatie geen invloed gehad op de concurrentieverhoudingen. Sommige geïnterviewden beweren om deze reden dat er helemaal geen prikkelwerking is uitgegaan van het afschaffen van de macronacalculatie.
- Vanwege het afschaffen van de macronacalculatie ligt, op macroniveau, het risico dat de macrokosten hoger uitvallen dan de raming bij de zorgverzekeraars. De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat zij dit risico voor een deel hebben meegenomen door een opslag te nemen op de premies voor 2012-2013. Daarnaast is de uit wet- en regelgeving voorgeschreven solvabiliteitsmarge vanuit De Nederlandsche Bank die zorgverzekeraars aan dienen te houden in die periode toegenomen van 9% naar 11% van de zorgkosten als gevolg van het toegenomen risico voor de zorgverzekeraars. Het is niet bekend welk deel van de stijging verklaard wordt door het afschaffen van de macronacalculatie.
- Volgens de meeste geïnterviewden is het effect van het afschaffen van de macronacalculatie op het vergroten van de prikkels tot doelmatigheid niet goed meetbaar; er wordt aangegeven dat er veel effecten tegelijkertijd spelen en dat het effect van het afschaffen van de macronacalculatie moeilijk te isoleren is. Veel geïnterviewden geven echter aan dat in hun beleving het afschaffen van de macronacalculatie niet direct geleid heeft tot goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten. Desondanks zorgt de afschaffing van de macronacalculatie ervoor dat zorgverzekeraars meer risicodragend zijn ten aanzien van de zorgkostenontwikkeling. De afschaffing van de macronacalculatie is slechts één maatregel in het pakket met maatregelen ter vergroting van de doelmatigheidsprikkels en deze maatregelen tezamen zorgen er bijvoorbeeld voor dat onder andere de afspraken in de Hoofdlijnenakkoorden worden versterkt.
- Vanwege het afschaffen van macronacalculatie neemt het belang van het juist ramen van macrokosten toe voor zorgverzekeraars, aangezien zij risicodragers worden voor een afwijking tussen de raming en daadwerkelijke zorgkosten. Dit belang van goed ramen heeft zowel betrekking op de raming van de zorgverzekeraars zelf als op de raming van de macrozorgkosten door de overheid (in het macroprestatiebedrag). Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat er over de periode 2010-2013 (achteraf gezien) sprake is geweest van een te hoge raming. Een hoge raming zonder macronacalculatie leidt per definitie tot een verwacht positief vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars. Het betekent echter niet per definitie dat zorgverzekeraars winsten behalen; zij kunnen bijvoorbeeld het verwachte, positieve vereveningsresultaat (indien dit van tevoren was

voorzien) direct meenemen in de prijsvorming (verlaging) van de premie. Daarnaast hoeft het financiële voordeel dat samenhangt met een positief macrovereveningsresultaat niet voor alle zorgverzekeraars gelijk te zijn. De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat zij in de periode 2012-2013 niet de verwachting hadden dat het vereveningsresultaat dusdanig positief zou zijn; zij hebben dit dus niet (volledig) meegenomen in hun premiestelling. Uitgaande van deze bevinding kan gesteld worden dat een deel van de winst van de zorgverzekeraars in de periode 2012-2013 mede is veroorzaakt door het afschaffen van de macronaculatie. Dit geldt niet voor alle zorgverzekeraars, aangezien een beperkt aantal zorgverzekeraars een negatief vereveningsresultaat heeft behaald in deze jaren, ondanks het positieve vereveningsresultaat op macroniveau.

- De stelling dat zorgverzekeraars door afbouw van de ex post compensatiemechanismen meer financieel risico lopen wordt niet door alle geïnterviewden ondersteund. Veelal wordt het gezien als timingskwesitie van wanneer overschotten of tekorten van het vereveningsresultaat gefinancierd worden.

Introduceren flankerend beleid

- De onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars blijven hetzelfde na afschaffing van de macronaculatie en het introduceren van het flankerend beleid, maar de absolute vereveningsresultaten zijn anders. Een deel van de geïnterviewden zijn daarom van mening dat door invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden is gebleven, hetgeen als positief wordt ervaren. Dit punt wordt echter niet breed onderkend als een groot voordeel:
 - ✓ De impact van het flankerend beleid is nihil voor zorgverzekeraars die een populatie hebben die gelijk is aan het marktgemiddelde. Voor grote (concern)zorgverzekeraars heeft het flankerend beleid op concernniveau per premieplichtige over het algemeen een kleiner effect dan voor kleine en/of zelfstandige risicodragers. Dit komt omdat deze concernverzekeraars op concernniveau een populatie hebben die ten opzichte van de populatie van kleine en/of zelfstandige risicodragers over het algemeen meer vergelijkbaar is met het marktgemiddelde.
 - ✓ Voor zorgverzekeraars met een afwijkende populatie (vaak kleinere en/of zelfstandige verzekeraars) kan de werking van het flankerend beleid een aanzienlijke impact op het vereveningsresultaat hebben. Deze impact leidt er in ieder geval toe dat zorgverzekeraars langer moeten wachten voordat de vereveningsresultaten bekend zijn (ten opzichte van het niet uitvoeren van flankerend beleid na de afschaffing van de macronaculatie), omdat voor het vaststellen van de vereveningsresultaten van het flankerend beleid de gerealiseerde zorgkosten bekend dienen te zijn. Dit heeft voor zorgverzekeraars met een afwijkende populatie een grotere impact dan voor zorgverzekeraars met een populatie die vergelijkbaar is aan het marktgemiddelde. Afhankelijk van naar welk deelbedrag wordt gekeken is deze informatie 1 tot 4 jaar na afloop van het jaar bekend.
- De impact van het flankerend beleid neemt af op het moment dat de macrozorgkostenraming beter aansluit op de gerealiseerde zorgkosten. Veel geïnterviewden geven aan dat naar hun mening een deel van het (positieve) vereveningsresultaat te voorzien was en dat, indien dit deel was meegenomen in de raming, de impact van het flankerend beleid kleiner was in 2012 en 2013.

Conclusie

Uit de bovenstaande bevindingen en conclusies van onze kwantitatieve analyse en de interviews met experts in het veld, concluderen wij:

1. *Wat zijn de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van zorgverzekeraars?*

De kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronacalculatie omvatten hoofdzakelijk een verschuiving van risico van de overheid naar de zorgverzekeraars en daarmee hoge vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars over 2012 en 2013 (van respectievelijk 0,7 miljard euro en 1,8 miljard euro). Het introduceren van het flankerend beleid heeft, met name als het macroprestatiebedrag een goede raming van de gerealiseerde zorgkosten is, geen grote effecten op het vereveningsresultaat ten opzichte van het niet uitvoeren van flankerend beleid, maar zorgt ervoor dat een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars behouden wordt. De spreiding en samenhang in onderlinge vereveningsresultaten blijft gelijk ten opzichte van de situatie waarin macronacalculatie uitgevoerd zou worden.

2. *Worden de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid behaald?*

Macronacalculatie

Wij constateren dat er in het veld gesteld wordt dat de doelstelling van het afschaffen van de macronacalculatie – het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem en daarmee het stimuleren van de zorgverzekeraars om meer te investeren in goede zorginkoop en een betere beheersing van de zorgkosten – gehaald is, het is echter niet duidelijk of dit kan worden toegeschreven aan de afschaffing van de macronacalculatie zelf. Het effect van het afschaffen van de macronacalculatie op het vergroten van de prikkels tot doelmatigheid is niet meetbaar en waarschijnlijk klein; er spelen veel effecten tegelijkertijd en het effect van het afschaffen van de macronacalculatie is moeilijk te isoleren. Voor het afschaffen van de macronacalculatie was er reeds een doelmatigheidsprikkel aanwezig bij zorgverzekeraars en het afschaffen van de macronacalculatie lijkt niet tot een directe substantiële extra toename in deze doelmatigheidsprikkel te hebben gezorgd. Het afschaffen van de macronacalculatie maakt echter deel uit van een totaalpakket aan maatregelen en deze maatregelen tezamen zorgen er bijvoorbeeld voor dat onder andere de afspraken in de Hoofddlijnenakkoorden worden versterkt.

Flankerend beleid

De onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars blijven hetzelfde na afschaffing van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid, maar de absolute vereveningsresultaten zijn anders. Daarom is het zo dat door invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden is gebleven, hetgeen positief is. Echter, voor zorgverzekeraars met een gemiddelde populatie (vaak grote/concern zorgverzekeraars) heeft het flankerend beleid slechts beperkte impact, terwijl voor zorgverzekeraars met een afwijkende populatie (vaak kleine/zelfstandige zorgverzekeraars) de impact groot kan zijn, maar het flankerend beleid een aanzienlijke onzekerheid kan geven in het vereveningsresultaat ten opzichte van de situatie waarin geen flankerend beleid zou worden toegepast, omdat het (afhankelijk van het deelbedrag 1 tot 4) jaren duurt voordat de resultaten definitief zijn en omdat het resultaat met het flankerend beleid mede afhankelijk is van de resultaten van de andere zorgverzekeraars. Vanwege de beperkte impact van het flankerend beleid, met name als het macroprestatiebedrag een goede raming van de gerealiseerde kosten is, is het de vraag of de onzekerheid in vereveningsresultaat voor kleinere zorgverzekeraars opweegt tegen de voordelen van het gelijke speelveld. Een betere raming van het macroprestatiebedrag zal tot kleinere vereveningsresultaten op macroniveau leiden en het toepassen van flankerend beleid minder noodzakelijk maken. Het niet uitvoeren van flankerend beleid geeft zorgverzekeraars eerder zekerheid over hun resultaat en een lagere administratieve last; bij een betere raming van het macroprestatiebedrag zou het dus vanwege de tijdswinst en de onafhankelijkheid van resultaten ten opzichte van de overige zorgverzekeraars op kunnen wegen om het flankerend beleid niet uit te voeren.

Alles overwegende adviseren wij om:

- 1 te onderzoeken op welke wijze bij de vaststelling van de macrozorgkostenraming, waar mogelijk, beter en sneller aangesloten kan worden op ontwikkelingen in de zorg. Dit dient tot doel te hebben dat deze raming een (nog) betere inschatting van de gerealiseerde zorgkosten wordt. Betere macroramingen leiden ertoe dat voorzienbare kostenontwikkelingen (zoals volgens sommigen de kostendaling in de farmacie in 2012 en 2013) niet leiden tot van nul afwijkende vereveningsresultaten bij zorgverzekeraars. Hierbij merken we op dat we grote waarde zien in een onafhankelijke raming waarbij van tevoren niet voorspeld kan worden of de werkelijke zorgkosten hoger/lager uit zullen vallen dan deze raming;
- 2 het flankerend beleid (deels) af te schaffen, tenzij hier grote bezwaren tegen zijn vanuit de zorgverzekeraars. Het flankerend beleid zorgt deels voor het behoud van een gelijk speelveld, maar leidt tot een grotere onzekerheid in vereveningsresultaten voor met name zorgverzekeraars met een afwijkende populatie (vaak kleine en/of zelfstandige zorgverzekeraars). Voor zorgverzekeraars met een gemiddelde populatie maakt het voor het vereveningsresultaat weinig uit of flankerend beleid wordt gecontinueerd of afgeschaft. Het belang van het hanteren van flankerend beleid neemt af wanneer de macroramingen verbeterd worden, zoals benoemd onder punt 1, omdat de impact van het flankerend beleid nihil is als de macrozorgkostenraming gelijk is aan de gerealiseerde zorgkosten. Betere macroramingen kunnen daardoor bijdragen aan het beheerst afschaffen van het flankerend beleid.



Inleiding

2 Inleiding



Met het in 2006 ingevoerde zorgstelsel is de bekostiging van de zorg in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in Nederland ondergebracht bij private risicodragers (zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars zijn verplicht elke verzekerde te accepteren en mogen geen hogere premie vragen aan ongezondere verzekerden. Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor verzekerden zouden zorgverzekeraars (in het vervolg van dit rapport ook wel genaamd: risicodragers) zonder aanvullend mechanisme geprikkeld worden om over te gaan tot risicoselectie: het proberen aan te trekken van verzekerden met gunstige gezondheidsrisico's of het weren van verzekerden met ongunstige gezondheidsrisico's. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen vindt er risicoverevening plaats. Hiermee wordt beoogd de prikkel tot risicoselectie weg te nemen en gelijke uitgangsposities te creëren voor alle zorgverzekeraars, ongeacht het risicoprofiel van hun verzekerden.

Het risicovereveningsmodel bestaat uit een ex ante deel en een ex post deel. In de periode 2006-2011 bestonden er vijf ex post compensatiemechanismen: macronacalculatie, hoge kosten compensatie, generieke verevening, nacalculatie en de bandbreedteregeling (voorheen ook 'vangnet' genoemd). In december 2011 heeft de overheid besloten² om het ex post deel van het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg over een periode van drie jaar af te schaffen, in samenhang met andere verbeteringen aan het zorgstelsel.

Vanaf 2012 is de macronacalculatie, als onderdeel van de afbouw van het ex post mechanisme, afgeschaft. Het doel hiervan is het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem en daarmee zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten. Tegelijk met het afschaffen van de macronacalculatie is het flankerend beleid geïntroduceerd om het gelijke speelveld voor de zorgverzekeraars zoveel mogelijk te waarborgen.

De transitie van macronacalculatie naar flankerend beleid vond in 2012 ook plaats in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ). In een later besluit³ is opgenomen dat ook de overige ex post compensatiemechanismen van het risicovereveningsmodel voor de gGGZ zullen worden afgebouwd tussen 2015 en 2017. Met het afbouwen van de ex post compensatiemechanismen tracht de overheid te bereiken dat het financiële belang van de zorgverzekeraars bij goede zorginkoop en volumebeheersing toeneemt en dat de prikkel om hierin te investeren ook toeneemt.

KPMG voert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een onafhankelijk onderzoek uit naar de effecten van het afschaffen van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid in het risicovereveningsmodel. De analyse richt zich op de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van zorgverzekeraars?
2. Worden de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronacalculatie en de introductie van het flankerend beleid behaald?

² Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Staatsblad 654).

³ Besluit van 2 oktober 2013, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Staatsblad 384).

Om antwoord te geven op deze vragen hebben wij een kwantitatieve analyse uitgevoerd en hebben wij interviews afgenomen bij experts in het veld (Centraal Planbureau, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, een concernzorgverzekeraar en een zelfstandige zorgverzekeraar). Dit rapport bevat onze bevindingen.

Ons onderzoek is begeleid door een commissie waarin vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland (ZINL) zitting hebben genomen. De commissie heeft het onderzoeksproces begeleid; de conclusies die getrokken worden in dit rapport en de aanbevelingen die gedaan worden zijn geschreven door KPMG en weerspiegelen niet per definitie het standpunt van de leden van de begeleidingscommissie.

De structuur van het verdere rapport is als volgt: in hoofdstuk 3 worden de werking en de doelstelling van macronacalculatie en het flankerend beleid beschreven. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen van de kwantitatieve analyse gepresenteerd. Deze kwantitatieve analyse geeft inzicht in de effecten van het afschaffen van macronacalculatie en het introduceren van flankerend beleid. In hoofdstuk 5 worden de inzichten uit het veld besproken. We hebben verschillende experts geïnterviewd en de beelden uit de interviews worden hier gepresenteerd. In hoofdstuk 5 is zoveel mogelijk vastgehouden aan de feitelijke wijze waarop de interviews zijn verlopen en verbindingen worden veelal gelegd in hoofdstuk 6 waar wij onze conclusies en aanbevelingen geven.



Macronacalculatie en flankerend beleid



3 Macronacalculatie en flankerend beleid



In dit hoofdstuk wordt eerst een korte inleiding op het risicovereveningmodel gegeven. Vervolgens worden in de paragrafen 3.2 en 3.3 de werking en de doelstelling van respectievelijk de macronacalculatie en het flankerend beleid beschreven.

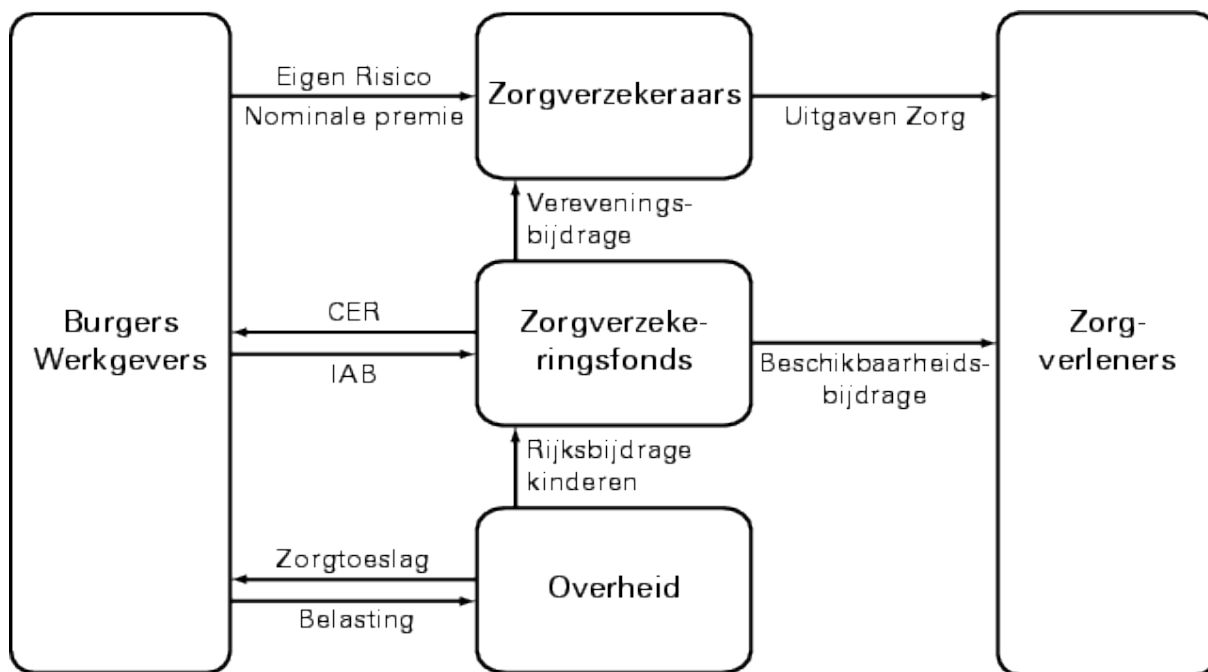
3.1 Risicovereveningssysteem

In de Zvw is opgenomen dat een zorgverzekeraar iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering wil afsluiten moet accepteren. In dezelfde wet is opgenomen dat de premie die de zorgverzekeraar vraagt voor een zorgverzekering niet mag worden gedifferentieerd naar kenmerken van de verzekerden, zoals het gezondheidsrisico. Zonder ingrijpende maatregelen kunnen de hierboven beschreven acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie leiden tot een ongelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar met relatief veel ongezonde verzekerden is dan in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde verzekerdenpopulatie, omdat die gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrenten met een gezondere populatie.

Om te voorkomen dat er een ongelijk speelveld voor de zorgverzekeraars wordt gevormd, is er een risicovereveningssysteem geïntroduceerd. Elke zorgverzekeraar ontvangt jaarlijks een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Deze vereveningsbijdrage is gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille van de zorgverzekeraar. Het doel van de vereveningsbijdrage is om zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van niet beïnvloedbare risicoverschillen in hun verzekerdenportefeuille en daarmee een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars te creëren.

Financiering

Het ZVF wordt beheerd door Zorginstituut Nederland. Het ZVF ontvangt ter financiering van zijn uitgaven de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage kinderen. De laatstgenoemde bijdrage wordt verstrekt door de overheid (gefinancierd uit het belastinginkomsten) en maakt het mogelijk dat er voor kinderen tot 18 jaar geen nominale premie in rekening hoeft te worden gebracht. Ter financiering van hun uitgaven ontvangen zorgverzekeraars een bijdrage uit het ZVF, een nominale premie van hun verzekerden en opbrengsten uit betalingen binnen het eigen risico. In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de betalingen binnen het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen samen. Dit wordt de 50/50-verdeling genoemd. De 50/50-verdeling impliceert dat uitgavenstijgingen bij zorgverzekeraars voor 50% moeten worden gedekt uit de inkomensafhankelijke bijdrage. Dat wordt bereikt door de bijdrage uit het ZVF aan zorgverzekeraars te verhogen. Voor het overige deel dient een stijging van de uitgaven van het ZVF te worden opgevangen via nominale premies. In de Zvw is geregeld dat het ZVF niet structureel mag werken met tekorten of overschotten. Daarom dient een gebleken negatief vermogen snel te worden weggewerkt via een meer dan kostendeekkende nominale premie. Dit leidt ertoe dat er minder vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars hoeft te worden betaald en dat het tekort kan worden verminderd.



Figuur 1 – Financiering van de zorguitgaven onder de Zorgverzekeringswet.

In Figuur 1 is de financiering van de zorguitgaven onder de Zvw weergegeven⁴. De relevante stromen met betrekking tot de evaluatie van het risicovereveningssysteem zijn reeds besproken. De overige stromen lichten we kort toe:

- Een beperkt deel van de zorguitgaven wordt rechtstreeks uit het ZVF betaald. Dit betreft vooral de beschikbaarheidsbijdrage. Deze bijdrage aan zorgverleners heeft met name betrekking op zorg waarvoor het niet mogelijk of wenselijk is de kosten aan individuele verzekerden toe te rekenen, zoals opleidingskosten en traumazorg.
- Tot en met 2013 werd vanuit het ZVF de compensatie eigen risico (CER) betaald. Verzekerden die aan bepaalde voorwaarden voldeden konden een compensatie ontvangen voor (een deel van) het verplicht eigen risico.
- De overheid betaalt daarnaast zorgtoeslag aan huishoudens met lage en middeninkomens ter gedeeltelijke compensatie van de nominale premie. De zorgtoeslag wordt net zoals de rijksbijdrage kinderen gefinancierd uit belastinginkomsten.

Macroprestatiebedrag

Zorgverzekeraars ontvangen voorafgaand aan elk nieuw jaar een vereveningsbijdrage uit het ZVF van de overheid. Deze vereveningsbijdrage is vastgesteld op basis van een raming van de totale zorguitgaven van de overheid, het zogenaamde macroprestatiebedrag.

De hoogte van het macroprestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De basis voor deze begroting wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven. In de afgelopen kabinetsperiode is hierbij de raming van de zorgkosten van het Centraal Planbureau (CPB) als uitgangspunt genomen.

Het CPB berekent voorafgaand aan een kabinetsperiode de hoogte en groeifactoren van verwachte zorguitgaven. De groeifactoren worden tot op zekere hoogte gebruikt door het kabinet om samen met kostenramingen van het ministerie van VWS te komen tot een nadere invulling van het kader voor de

⁴ Bron: Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013.

zorgkosten in de kabinetsperiode. Dit vormt de basis voor de Rijkbegroting VWS. Het ministerie van VWS verwerkt daarnaast beleidsmaatregelen en de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord in de begroting. In het Hoofdlijnenakkoord worden de afspraken die VWS samen met de zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft gemaakt over de uitgavengroei in bepaalde zorgsectoren vastgelegd. Vervolgens vormen de Zvw-gefinancierde uitgaven uit de begroting de basis voor het macroprestatiebedrag. De onderverdeling van het macroprestatiebedrag in deelbedragen is daarbij in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, met enkele uitzonderingen en bijzonderheden waar nodig. De verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het macroprestatiebedrag ligt bij de minister van VWS.

Het macroprestatiebedrag is de raming van de totale zorguitgaven. Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het macroprestatiebedrag uit het ZVF. De hoogte van de bijdrage uit het ZVF wordt bepaald volgens het 50/50-principe, zoals beschreven in de voorgaande paragraaf Financiering.

Tot slot merken wij op dat het CPB één van de door ons geïnterviewde partijen is. Wij hebben echter niet met hen gesproken over het proces van het tot stand komen van de raming van de Zvw-gefinancierde uitgaven en de groeifactoren hiervan, omdat ons onderzoek hier niet op was gericht.

Werking risicovereveningssysteem

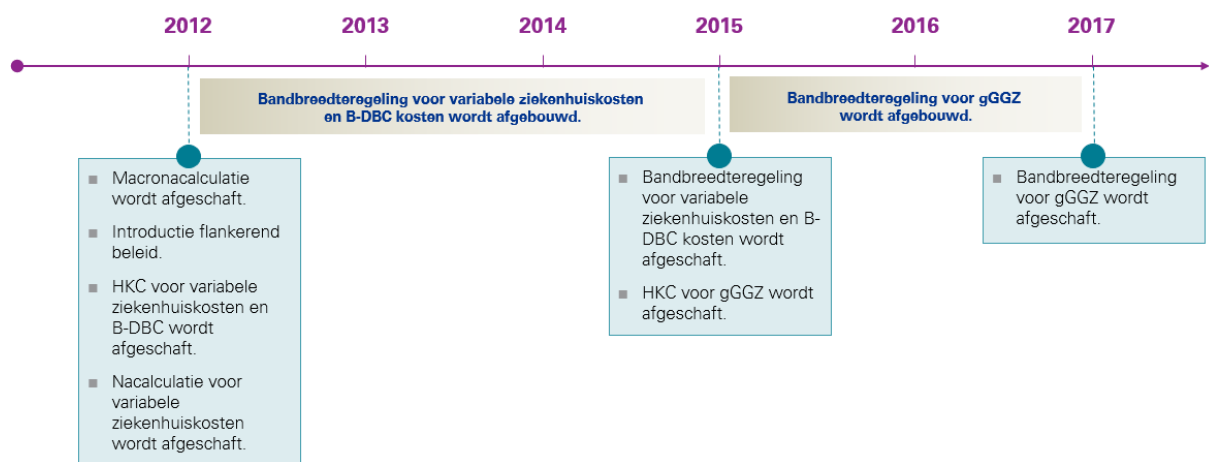
Wanneer het ex ante risicovereveningsmodel niet goed werkt en de verwachte zorgkosten en de gerealiseerde zorgkosten niet goed op elkaar aansluiten, wordt de doelstelling van de risicoverevening niet behaald. Vooral als de onderschatting van de verwachte zorgkosten voorspelbaar is en betrekking heeft op een vooraf te duiden en te selecteren groep van verzekerden, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om over te gaan tot het weren van zorgverzekerden met naar verwachting hoge zorgkosten. Om het ex ante risicovereveningsmodel te corrigeren zijn in het verleden verschillende ex post compensatiemechanismen toegepast.

In de periode 2006-2011 bestonden er vijf ex post compensatiemechanismen: macronacalculatie, hoge kosten compensatie (HKC), generieke verevening (GV), nacalculatie (NC) en de bandbreedteregeling (BB). In december 2011 heeft de overheid besloten⁵ om over een periode van drie jaar de ex post compensatiemechanismen in de somatische zorg af te schaffen, in samenhang met andere verbeteringen aan het zorgstelsel. In een later besluit⁶ is opgenomen dat voor de geneeskundige GGZ de hoge kosten compensatie per 2015 wordt afgeschaft en dat de bandbreedteregeling voor alle deelbedragen per 2017 wordt afgeschaft. Hiermee tracht de overheid te bereiken dat het financiële belang van zorgverzekeraars bij goede zorginkoop en volumebeheersing toeneemt, en dat de prikkel om te investeren in goede zorginkoop ook toeneemt. Een overzicht van de maatregelen is opgenomen in Figuur 2.

⁵ Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Staatsblad 654).

⁶ Besluit van 2 oktober 2013, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Staatsblad 384).

Figuur 2 - Overzicht van de maatregelen voor het afschaffen van de ex post compensatiemechanismen.⁷



In dit onderzoek staat het afschaffen van de macronaïcalculatie en het introduceren van het flankerend beleid in 2012 centraal. De werking en doelstelling van de macronaïcalculatie en het flankerend beleid worden in meer detail beschreven in de volgende paragrafen.

3.2 Macronaïcalculatie

3.2.1 Inleiding

Zorgverzekeraars krijgen voorafgaand aan elk nieuw vereveningsjaar een vereveningsbijdrage uit het ZVF van de overheid. Deze vereveningsbijdrage is vastgesteld op basis van een raming van de totale zorguitgaven van de overheid, het macroprestatiebedrag. Daarbij wordt rekening gehouden met het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar. Macronaïcalculatie vindt plaats wanneer de totale zorgkosten van de zorgverzekeraars afwijken ten opzichte van de raming. Wanneer de totale zorgkosten sneller stijgen dan verwacht, worden de zorgverzekeraars hiervoor beschermd door de overheid. Als de zorgkosten daarentegen minder snel stijgen dan verwacht, zijn de kosten voor de overheid lager.

Door macronaïcalculatie lopen zorgverzekeraars gezamenlijk geen risico op de totale zorgkostenontwikkeling. Als de macrokosten hoger uitvallen dan geraamd, wordt ex post een hogere vereveningsbijdrage vastgesteld. Als de macrokosten lager uitvallen, wordt de vereveningsbijdrage omlaag bijgesteld.

Het doel van macronaïcalculatie is dus het compenseren van afwijkingen tussen zorgkostenramingen op macroniveau (het macroprestatiebedrag) en zorgkostenrealisaties op macroniveau.

3.2.2 Werking

De macronaïcalculatie wordt als volgt toegepast:

- Het verschil tussen de gerealiseerde zorgkosten en het macroprestatiebedrag wordt berekend als een opslag op het macroprestatiebedrag. Hieruit volgt de macronaïcalculatiefactor.
- De vereveningsbijdrage na ex ante vereveningsstappen wordt vervolgens voor iedere zorgverzekeraar met de macronaïcalculatiefactor vermenigvuldigd. Hieruit volgt de vereveningsbijdrage na toepassing van macronaïcalculatie.

⁷ We merken op dat de maatregelen voor deelbedragen verpleging & verzorging en langdurige GGZ niet in deze figuur zijn opgenomen. Voor ons onderzoek, gebaseerd op data tot en met 2013, zijn deze deelbedragen echter niet relevant.

- Na toepassing van macronaïcalculatie is het vereveningsresultaat op de stijging van de macrokosten voor de zorgverzekeraars gelijk aan 0 euro.

De werking van de macronaïcalculatie is verder toegelicht aan de hand van een rekenvoorbeeld in paragraaf 3.2.3. De macronaïcalculatie compenseert in beginsel dus alleen voor afwijkingen in zorgkosten op macroniveau en niet voor afwijkingen van individuele zorgverzekeraars.

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft onderzoek gedaan naar de ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningsmodel⁸. In dit onderzoek naar onder andere de werking van de macronaïcalculatie wordt het individuele kosteneffect geïntroduceerd. Het individuele kosteneffect geeft het percentage dat een zorgverzekeraar zelf overhoudt van een kostenbesparing, of het percentage van de kostenoverschrijding die de zorgverzekeraar zelf moet betalen. Het CPB concludeert daarin dat het individuele kosteneffect gelijk is aan $100\% - x\%$, waarbij x het marktaandeel van de zorgverzekeraar op basis van het aantal verzekerden representeert. Deze formule laat zien dat zorgverzekeraars met een groot marktaandeel een lager individueel kosteneffect hebben dan kleinere zorgverzekeraars en dat zij dus in verhouding minder zelf overhouden aan een kostenbesparing. Zonder macronaïcalculatie is het vereveningsresultaat van een zorgverzekeraar alleen afhankelijk van de absolute, individuele prestatie. Door het afschaffen van de macronaïcalculatie zouden de doelmatigheidsprikkels kunnen worden vergroot, zo concludeert het CPB, omdat met name zorgverzekeraars met een groter marktaandeel een groter deel van de winst die zij behalen met zorginkoop mogen houden. Met toepassing van de macronaïcalculatie dient een deel (namelijk het marktaandeel) van de zorginkoopwinst terug te worden betaald aan het ZVF. Hierbij gaat het CPB ervan uit dat doelmatigheidsprikkels werken in termen van absolute prikkels. Met absolute prikkels wordt hier bedoeld een prikkel in totale euro's winst. Deze prikkel neemt toe met de afschaffing van de macronaïcalculatie. Dit principe van absolute prikkels wordt echter door anderen die uitgaan van relatieve prikkels bestreden. Met relatieve prikkels wordt hier bedoeld de prikkels ten opzichte van andere marktpartijen. Door het afschaffen van de macronaïcalculatie is er geen verandering in de onderlinge concurrentieverhouding en gaat er als gevolg dus ook geen (directe) doelmatigheidsprikkel uit van het afschaffen van de macronaïcalculatie. Wij hebben verder geen onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag of prikkelwerking ontstaat vanuit absolute prikkels of van relatieve prikkels.

3.2.3 Rekenvoorbeeld

In Tabel 2 en Tabel 3 is een rekenvoorbeeld voor de werking van de macronaïcalculatie weergegeven.

Tabel 2 – Rekenvoorbeeld macronaïcalculatie (a).

Verzekeraar	Aantal premieplichtigen	Bijdrage ex ante	Gemiddelde vereveningsbijdrage	Werkelijke kosten	Overschrijding	Resultaat na ex ante	Resultaat per premieplichtige
A	1.000	15.000	15,00	20.000	33%	-5.000	-5,00
B	800	10.000	12,50	12.000	20%	-2.000	-2,50
C	1.500	12.000	8,00	8.000	-33%	4.000	2,67
D	400	10.000	25,00	10.000	0%	0	0,00
Totaal	3.700	47.000	12,70	50.000	6%	-3.000	-0,81

Tabel 3 – Rekenvoorbeeld macronaïcalculatie (b).

Verzekeraar	Macro-naïcalculatie-factor	Opgeschaalde gemiddelde vereveningsbijdrage	Bijdrage incl. macro-naïcalculatie	Verschil t.o.v. ex ante bijdrage	Resultaat na macronaïcalculatie	Resultaat per premieplichtige
A	1,064	15,96	15.957	957	-4.043	-4,04
B	1,064	13,30	10.638	638	-1.362	-1,70
C	1,064	8,51	12.766	766	4.766	3,18
D	1,064	26,60	10.638	638	638	1,60
Totaal			50.000	3.000	0	0,00

⁸ 'Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder?', Centraal Planbureau, 2010.

In Tabel 2 zijn vier zorgverzekeraars beschreven (A tot en met D). Het aantal premieplichtigen⁹ per zorgverzekeraar is bekend, evenals de ex ante vereveningsbijdrage en de daadwerkelijke zorgkosten (fictieve bedragen gegeven in euro's). We merken hierbij op dat het totaal aan ex ante vereveningsbijdrage gelijk is aan de raming van de zorgkosten op macroniveau. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de ex ante vereveningsbijdrage minus de inkomsten uit de rekenpremie en de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico.

Vanuit deze gegevens wordt per zorgverzekeraar berekend wat de gemiddelde vereveningsbijdrage per premieplichtige is. De gemiddelde vereveningsbijdrage verschilt per zorgverzekeraar, wat erop duidt dat iedere zorgverzekeraar een andere samenstelling van zorgverzekerden heeft. Vervolgens wordt de percentuele over- of onderschrijding van de zorgkosten op de vereveningsbijdrage berekend. Ten slotte wordt het vereveningsresultaat bepaald vóór toepassing van macronacalculatie; hiervoor wordt de ex ante vereveningsbijdrage verminderd met de werkelijke zorgkosten. Ook hiervan wordt het vereveningsresultaat per premieplichtige berekend.

In Tabel 3 wordt vervolgens de macronacalculatie toegepast. De totale werkelijke zorgkosten worden gedeeld door de totale ex ante vereveningsbijdrage (gelijk aan de raming van de zorgkosten op macroniveau) om de macronacalculatiefactor te berekenen. Deze factor is dus voor iedere zorgverzekeraar gelijk. Vervolgens wordt voor iedere zorgverzekeraar de ex ante vereveningsbijdrage met de macronacalculatiefactor vermenigvuldigd om tot de vereveningsbijdrage inclusief macronacalculatie te komen. De totale vereveningsbijdrage is nu gelijk aan de totale werkelijke zorgkosten. Ten slotte wordt voor iedere zorgverzekeraar de bijgestelde vereveningsbijdrage verminderd met de werkelijke zorgkosten om tot het vereveningsresultaat na macronacalculatie te komen. Ook dit vereveningsresultaat wordt per zorgverzekeraar gewogen naar het aantal premieplichtigen. Na het toepassen van macronacalculatie is het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars gelijk aan 0. De zorgverzekeraars zijn gecompenseerd voor de afwijking van de geraamde zorgkosten ten opzichte van de werkelijke zorgkosten op macroniveau, in dit voorbeeld kwamen de werkelijke zorgkosten op macroniveau 3.000 euro hoger uit dan de geraamde zorgkosten.

3.3 Flankerend beleid

3.3.1 Inleiding

Als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie is het flankerend beleid ingevoerd. Het flankerend beleid bestaat uit drie elementen:

1. In het geval van late besluitvorming over pakketwijzigingen door de overheid, zouden zorgverzekeraars de financiële gevolgen hiervan niet adequaat in hun premie kunnen verwerken. Door het afschaffen van de macronacalculatie zou dit risico bij de zorgverzekeraars terechtkomen. Om dit te voorkomen wordt de definitie 'geraamde zorgkosten' zodanig aangepast dat ook de financiële gevolgen worden meegenomen van de in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na vaststelling van het macroprestatiebedrag en de macrodeelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn.
2. Door het afschaffen van de macronacalculatie zouden ook financiële risico's van nationale catastrofes voor rekening van de zorgverzekeraars komen. Om dit te voorkomen, wordt bij een catastrofe financiële zekerheid aan zorgverzekeraars geboden.

⁹ We gaan in dit voorbeeld van premieplichtigen exclusief gedetineerden uit om aan te sluiten op de werking van het flankerend beleid. Let op dat voor de somatische zorg in 2006-2011 de macronacalculatie plaatsvond op verzekerdenaantallen en voor de gGGZ18+ in 2010-2011 op aantal premieplichtigen.

3. Kostenoverschrijdingen op macroniveau die niet het gevolg zijn van het feit dat er in een vereveningsjaar meer verzekerden of ongezondere verzekerden waren dan vooraf geraamd (maar die bijvoorbeeld het gevolg zijn van afspraken om zorgaanbieders hogere zorgtarieven te betalen dan waar bij de ramingen van is uitgegaan) worden verdeeld over alle zorgverzekeraars, om zo een gelijk speelveld te behouden. Zonder deze maatregel zullen zorgverzekeraars met gemiddeld hoge verwachte zorgkosten per verzekerde als de zorgkosten op macroniveau hoger uitvallen dan geraamd naar verwachting hogere verliezen lijden dan zorgverzekeraars met gemiddeld lage verwachte zorgkosten per verzekerde, of lagere winsten behalen als de zorgkosten op macroniveau lager uitvallen dan geraamd.

De maatregelen onder punt 1 en 2 worden flankerend beleid 'type 1' genoemd. De maatregel onder punt 3 wordt flankerend beleid 'type 2' genoemd. In dit onderzoek evalueren we flankerend beleid type 2, niet type 1.

3.3.2 Doelstelling

Het doel van het afschaffen van de macronacalculatie is om het risicovereveningssysteem verder te verbeteren en daarmee de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten.¹⁰ Het doel van het invoeren van het flankerend beleid is om zoveel mogelijk een gelijk speelveld te behouden voor de zorgverzekeraars.

3.3.3 Werking

In tegenstelling tot bij macronacalculatie, dragen de zorgverzekeraars het risico van afwijkingen tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten. De afwijking per deelbedrag wordt toebedeeld aan zorgverzekeraars, gewogen naar het aantal premieplichtigen (verzekerden 18+) exclusief gedetineerden. De formele beleidsregels voor het berekenen van de vereveningsbijdrage na flankerend beleid zijn opgenomen in Tabel 32 in Appendix 2. In de praktijk worden de volgende rekenregels toegepast:

- Het verschil tussen de gerealiseerde zorgkosten en het macroprestatiebedrag wordt berekend. Dit bedrag wordt gedeeld door het aantal premieplichtigen (verzekerden 18+).
- De vereveningsbijdrage na toepassing van macronacalculatie wordt berekend. Na toepassing van macronacalculatie is het gezamenlijke vereveningsresultaat, ongeacht of de werkelijke zorgkosten hoger of lager zijn dan de geraamde zorgkosten, voor de zorgverzekeraars gelijk aan 0 euro.
- Nu wordt de vereveningsbijdrage ná macronacalculatie voor iedere zorgverzekeraar verminderd met het bedrag bepaald in het eerste punt, vermenigvuldigd met het aantal premieplichtigen in de portefeuille van de zorgverzekeraar. Na toepassing van het flankerend beleid is het gezamenlijke vereveningsresultaat op stijging (of daling) van de macrozorgkosten gelijk aan de werkelijke stijging (of daling) van de macrozorgkosten en komt die voor rekening van de zorgverzekeraars, maar is dit verschil in macrozorgkosten wel toegerekend aan alle zorgverzekeraars op basis van het aantal premieplichtigen in hun zorgverzekeringsportefeuille en wordt het gelijke speelveld behouden.

We merken op dat voor het toepassen van het flankerend beleid uitgedeclareerde, gerealiseerde zorgkosten nodig zijn, net als bij macronacalculatie. Dit heeft tot gevolg dat het vereveningsresultaat over een vereveningsjaar waarin flankerend beleid wordt toegepast pas na een paar jaar definitief is.

Door het toepassen van flankerend beleid komt een stijging van de werkelijke zorgkosten ten opzichte van de geraamde zorgkosten niet meer voor risico van de overheid. Dat betekent dat er geen extra vereveningsbijdrage uit het ZVF wordt gehaald en de zorgverzekeraars gezamenlijk deze overschrijding financieren. In het geval dat de werkelijke zorgkosten lager zijn dan de geraamde zorgkosten, stroomt er ook geen geld terug het ZVF in. De zorgverzekeraars profiteren in dat geval van het feit dat de werkelijke zorgkosten op macroniveau lager blijken te zijn dan de geraamde zorgkosten.

¹⁰ Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Staatsblad 654).

3.3.4 Rekenvoorbeeld

In Tabel 4 en Tabel 5 is een rekenvoorbeeld voor de werking van het flankerend beleid weergegeven.

Tabel 4 – Rekenvoorbeeld flankerend beleid (a).

Verzekeraar	Aantal premieplichtigen	Bijdrage ex ante	Gemiddelde vereveningsbijdrage	Werkelijke kosten	Overschrijding	Resultaat na ex ante	Resultaat per premieplichtige
A	1.000	15.000	15,00	20.000	33%	-5.000	-5,00
B	800	10.000	12,50	12.000	20%	-2.000	-2,50
C	1.500	12.000	8,00	8.000	-33%	4.000	2,67
D	400	10.000	25,00	10.000	0%	0	0,00
Totaal	3.700	47.000	12,70	50.000	6%	-3.000	-0,81

Tabel 5 – Rekenvoorbeeld flankerend beleid (b).

Verzekeraar	Macro-nacalculatie-factor	Opgeschaalde gemiddelde vereveningsbijdrage	Bijdrage incl. macro-nacalculatie	Bijdrage incl. flankerend Beleid	Verschil t.o.v. ex ante bijdrage	Resultaat na flankerend beleid	Resultaat per premieplichtige
A	1,064	15,96	15.957	15.147	147	-4.853	-4,85
B	1,064	13,30	10.638	9.990	-10	-2.010	-2,51
C	1,064	8,51	12.766	11.550	-450	3.550	2,37
D	1,064	26,60	10.638	10.314	314	314	0,78
Totaal			50.000	47.000	0	-3.000	-0,81

Het rekenvoorbeeld volgt de eerste stappen van het rekenvoorbeeld van macronacalculatie in paragraaf 3.2.3. We bekijken wederom de zorgverzekeraars A tot en met D met dezelfde kenmerken als in het vorige voorbeeld. Bij het toepassen van flankerend beleid wordt de vereveningsbijdrage inclusief macronacalculatie gebruikt, dus tot aan deze stap kan het vorige voorbeeld aangehouden worden. Tabel 4 is dan ook gelijk aan Tabel 2 en de eerste drie kolommen van Tabel 3 zijn gelijk aan de eerste drie kolommen van Tabel 5. Vanuit de vereveningsbijdrage inclusief macronacalculatie wordt de vereveningsbijdrage inclusief flankerend beleid berekend (stappen niet afzonderlijk weergegeven in de tabellen):

- Allereerst wordt het marktaandeel van iedere zorgverzekeraar berekend door zijn aantal premieplichtigen te delen door het totaal aantal premieplichtigen.
- Het verschil tussen de werkelijke zorgkosten en de ex ante vereveningsbijdrage wordt op totaalniveau berekend.
- Voor iedere zorgverzekeraar wordt de vereveningsbijdrage inclusief macronacalculatie vermindert met het product van zijn marktaandeel en het verschil op totaalniveau van vereveningsbijdrage en zorgkosten.

Met deze vereveningsbijdrage inclusief flankerend beleid wordt het verschil ten opzichte van de ex ante vereveningsbijdrage berekend. Ook wordt het verschil met het vereveningsresultaat na flankerend beleid (vereveningsbijdrage na macronacalculatie minus zorgkosten) berekend. Na toepassing van het flankerend beleid is het gezamenlijke vereveningsresultaat op stijging van de macrokosten gelijk aan de werkelijke stijging van de macrokosten en komt die voor rekening van de zorgverzekeraars. Er hebben in deze situatie alleen verschuivingen tussen zorgverzekeraars plaatsgevonden.

In dit voorbeeld is goed te zien dat de verschuiving in de vereveningsbijdrage door flankerend beleid klein is voor een zorgverzekeraar met een vereveningsbijdrage die dicht in de buurt ligt van de gemiddelde vereveningsbijdrage. Zorgverzekeraar B heeft bijvoorbeeld een vereveningsbijdrage dicht bij de gemiddelde vereveningsbijdrage en haalt een verschil ten opzichte van de ex ante vereveningsbijdrage van -10 euro, terwijl zorgverzekeraar C, met een ex ante vereveningsbijdrage ver van het gemiddelde af, een verschil van -450 euro ondervindt. Zorgverzekeraars die ex ante een hogere vereveningsbijdrage hebben dan de gemiddelde vereveningsbijdrage (A en D) behalen een positief effect van het flankerend beleid (ten opzichte van ex ante); zorgverzekeraars die ex ante een lagere vereveningsbijdrage hebben dan gemiddeld (B en C) ondervinden een negatief effect van het flankerend beleid.



Analyses en resultaten

4 Analyses en resultaten



In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de kwantitatieve analyse van het afschaffen van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid beschreven. De kwantitatieve analyse is onderverdeeld in zes onderdelen (4A tot en met 4F):

- Onderdeel 4A:** Inleiding van de kwantitatieve analyse.
- Onderdeel 4B:** Zorgkosten en de vereveningsbijdrage op macroschaal, macro-effecten na de verschillende vereveningsstappen.
- Onderdeel 4C:** Spreiding van het vereveningsresultaat per premieplichtige en per deelbedrag (vereveningsbijdrage minus de zorgkosten) van de verschillende stappen van het vereveningsmodel.
- Onderdeel 4D:** Verklaringskracht (relatie tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage) van de verschillende stappen van het vereveningsmodel.
- Onderdeel 4E:** Samenhang van vereveningsresultaten tussen de verschillende analysejaren.
- Onderdeel 4F:** Effect op de overige vereveningsstappen.

Onderdeel 4A: Inleiding van de kwantitatieve analyse

Om onze eerste onderzoeksvraag te beantwoorden en dus de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronaïcalculatie en het introduceren van het flankerend beleid te onderzoeken, hebben wij een kwantitatief onderzoek uitgevoerd op de gerealiseerde zorgkosten en vereveningsbijdragen. Het onderzoek is uitgebreid met de resultaten van simulaties uitgevoerd over de periode 2010-2013. De macronaïcalculatie is in 2012 komen te vervallen en in dat jaar is het flankerend beleid geïntroduceerd:

- Voor de periode 2010-2011 simuleren we de invloed van het flankerend beleid op de vereveningsbijdrage en het vereveningsresultaat alsof het flankerend beleid in deze periode reeds van toepassing was en de macronaïcalculatie niet.
- Voor de periode 2012-2013 simuleren we de invloed van de macronaïcalculatie op de vereveningsbijdrage en het vereveningsresultaat alsof het flankerend beleid in deze periode niet van toepassing was (en de macronaïcalculatie wel).

In de kwantitatieve analyse gebruiken we voor ieder vereveningsjaar de meest recent beschikbare data. Voor 2010 is dit de data uit de definitieve vaststelling (DV), voor 2011 de data uit de tweede voorlopige vaststelling (VV2) en in 2012 en 2013 is dit de data uit de eerste voorlopige vaststelling (VV1). Uit ons voorgaande onderzoek naar de werking van het risicovereveningsmodel blijkt dat er na de VV1 nog veel verschuivingen plaatsvinden in de vereveningsbijdrage, de zorgkosten en het vereveningsresultaat. Daarom is er voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de conclusies over de analysejaren 2012 en 2013 (op basis van marktdata in februari 2015 is de verwachting dat voor de periode 2012-2013 de gerealiseerde zorgkosten lager zullen zijn dan op basis van VV1-aanleveringen). Tussen de VV2 en de DV vinden over het algemeen minder verschuivingen plaats.

De kwantitatieve analyse is uitgevoerd op het niveau van risicodragers. Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote risicodragers en tussen risicodragers die deel uitmaken van een concern en risicodragers die geen deel uitmaken van een concern (zelfstandige risicodragers). Om de resultaten in perspectief te plaatsen verwijzen we naar Tabel 34 in Appendix 2, waarin de omvang van de uitsplitsingen wordt gespecificeerd per jaar. Tenzij expliciet anders is vermeld zal de analyse gaan over de gehele groep risicodragers in een analysejaar. Wanneer we gewogen gemiddelde vereveningsresultaten berekenen, wegen we naar het aantal premieplichtigen van een risicodrager, waarbij de gedetineerde premieplichtigen zijn uitgesloten. Voor het leesgemak refereren we in het vervolg van dit rapport aan deze groep zonder gedetineerden met enkel de duiding 'premieplichtigen'.

In ons onderzoek hebben we de deelbedragen 'overig', 'variabel + B-DBC' en 'gGGZ18+' geanalyseerd, alsmede het totaal van deze deelbedragen. In 2013 is het deelbedrag 'B-DBC' opgegaan in 'variabel' en valt het in dit jaar niet als afzonderlijk deelbedrag binnen de analyse. De deelbedragen 'vast' en 'gGGZ18-' laten we buiten beschouwing in onze analyse, omdat de zorgkosten van deze deelbedragen in de betreffende jaren volledig nagecalculeerd worden. Een verdere toelichting op de deelbedragen kan gevonden worden in Appendix 2.

In de kwantitatieve analyse laten we de evaluatie van het effect van flankerend beleid type 1 buiten beschouwing. Wanneer we in de kwantitatieve analyse spreken van het effect van flankerend beleid, de vereveningsbijdrage na flankerend beleid, het vereveningsresultaat na flankerend beleid, etc., doelen we dan ook nadrukkelijk op flankerend beleid type 2. Wanneer we vereveningsbijdragen analyseren, dan zullen we als startpunt hiervoor een vereveningsbijdrage hanteren waar de effecten van flankerend beleid type 1 reeds in verwerkt zijn. In 2010 en 2011 is een dergelijke vereveningsbijdrage niet beschikbaar in de data, aangezien het flankerend beleid in deze periode nog niet geïntroduceerd was. Bij het simuleren van flankerend beleid in deze jaren veronderstellen we de vereveningsbijdrage vóór macronaïcalculatie equivalent aan vereveningsbijdrage inclusief flankerend beleid type 1. Zo gaan we in ieder jaar uit van hetzelfde startpunt.

Elk analyseonderdeel wordt ingeleid met een geel blok met daarin een samenvatting van het analyseonderdeel en de belangrijkste bevindingen van dien.

Onderdeel 4B: Macro-effecten

In dit onderdeel worden de verschillen in de ontvangen vereveningsbijdrage, de zorgkosten en het vereveningsresultaat na flankerend beleid en na macronacalculatie geanalyseerd op macroschaal (voor alle risicodragers tezamen). De belangrijkste conclusies zijn:

- In de jaren na afschaffing van de macronacalculatie liggen de gerealiseerde macrozorgkosten lager dan de macrovereveningsbijdrage. In 2012 was het macrovereveningsresultaat 0,7 miljard euro en in 2013 was het macrovereveningsresultaat 1,8 miljard euro. Dit zijn voorlopige resultaten op basis van VV1-aanleveringen door risicodragers. Wij hebben echter op basis van marktdata in februari 2015 geen reden om aan te nemen dat het geschetste beeld (van hoge vereveningsresultaten op totaalniveau) gaat afwijken van de realisatie; wij verwachten dat het vereveningsresultaat nog enigszins zal toenemen. Deze conclusie gaat ook op wanneer we onderscheid maken tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers en tussen risicodragers van verschillende grootte.
- Ook voor de jaren 2010 en 2011 gold, zij het in veel mindere mate, dat de gerealiseerde macrozorgkosten lager waren dan de macrovereveningsbijdrage. In deze jaren bracht de macronacalculatie de macrovereveningsbijdrage echter terug naar het niveau van de macrozorgkosten.
- Vooral op het deelbedrag 'overig' wordt er ieder analysejaar een hogere vereveningsbijdrage na toepassen van flankerend beleid ontvangen dan na toepassen van macronacalculatie. Door het vereveningsresultaat op dit deelbedrag wordt het positieve vereveningsresultaat voor 2012 en 2013 met name verklaard.
- In alle analysejaren is de ontvangen vereveningsbijdrage voor het deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' na toepassen van flankerend beleid kleiner dan na het toepassen van macronacalculatie. Dit betekent dat de daadwerkelijke zorgkosten hoger waren dan de vereveningsbijdrage voor dit deelbedrag. Voor de periode 2012-2013 zijn de resultaten vastgesteld op basis van VV1-aanleveringen door risicodragers. Op basis van marktdata in februari 2015 is de verwachting dat voor de periode 2012-2013 de gerealiseerde zorgkosten lager zullen zijn dan op basis van VV1-aanleveringen. Dit kan, voor met name 2012, tot gevolg hebben dat de gerealiseerde zorgkosten lager zijn dan de vereveningsbijdrage.
- Tussen de analysejaren zit er weinig regelmaat in de vereveningsresultaten die op deelbedrag 'gGGZ18+' behaald worden.
- Het absolute effect van het flankerend beleid is in alle analysejaren kleiner dan dat van macronacalculatie. Desalniettemin is de gemiddelde absolute resultaatverschuiving door flankerend beleid gelijk aan 4 euro per premieplichtige in 2012 en 11 euro per premieplichtige in 2013.

Zorgkosten en vereveningsbijdrage op macroschaal

In deze paragraaf analyseren we het verschil tussen de vereveningsbijdrage die wordt ontvangen na het toepassen van macronacalculatie en de vereveningsbijdrage die wordt ontvangen na het toepassen van flankerend beleid op macroschaal. Op deze manier wordt het verschil tussen het macro-effect van de twee stappen inzichtelijk. We voeren de analyse uit op de deelbedragen 'variabel (+ B-DBC)', 'gGGZ18+', 'overig' en het totaal van deze deelbedragen, over de periode 2010-2013.

In Tabel 6 zijn per analysejaar en per deelbedrag de ontvangen vereveningsbijdrage na macronacalculatie en na flankerend beleid weergegeven. De vereveningsbijdrage na macronacalculatie (MNC) is op macroschaal per definitie gelijk aan de totale gemaakte zorgkosten. De vereveningsbijdrage na flankerend beleid (FB) type 2 is op macroschaal per definitie gelijk aan de vereveningsbijdrage na flankerend beleid type 1. De grijsgedrukte waarden in Tabel 6 (en de andere tabellen in dit hoofdstuk) zijn gesimuleerde waarden en geven een indruk van wat het macro-effect van flankerend beleid zou zijn geweest wanneer flankerend beleid toegepast zou worden in 2010 en 2011. Omdat op macroschaal de vereveningsbijdrage na macronacalculatie gelijk is aan de gemaakte zorgkosten, is het verschil tussen de vereveningsbijdrage na flankerend beleid en de vereveningsbijdrage na macronacalculatie op macroschaal tevens het gerealiseerde vereveningsresultaat van alle risicodragers samen.

Tabel 6 – Zorgkosten en vereveningsbijdrage na macronacalculatie/na flankerend beleid over alle risicodragers samen (in miljarden euro).

Jaar	Deelbedrag	Kosten/ Bijdrage incl. MNC	Bijdrage incl. FB	Verschil FB-MNC
2013	Variabel	18,302	18,132	-0,170
	gGGZ18+	3,343	3,703	0,360
	Overig	11,898	13,540	1,642
	Totaal	33,543	35,374	1,832
2012	Variabel + B-DBC	16,686	16,450	-0,237
	gGGZ18+	3,260	3,247	-0,013
	Overig	11,998	12,914	0,916
	Totaal	31,944	32,611	0,667
2011	Variabel + B-DBC	14,765	14,447	-0,318
	gGGZ18+	3,433	3,274	-0,159
	Overig	11,818	12,343	0,525
	Totaal	30,015	30,064	0,049
2010	Variabel + B-DBC	14,672	14,647	-0,025
	gGGZ18+	2,861	3,145	0,284
	Overig	11,591	11,853	0,263
	Totaal	29,124	29,645	0,521

In Tabel 6 valt het volgende op:

- Over alle jaren is er een verschil tussen de ontvangen vereveningsbijdrage na macronacalculatie en na flankerend beleid te zien, waarbij er op totaalniveau een positief vereveningsresultaat behaald wordt door de risicodragers na het toepassen van flankerend beleid (ook in de gesimuleerde situaties). In 2013 was dit vereveningsresultaat 1,832 miljard euro en in 2012 was dit vereveningsresultaat 0,667 miljard euro. Dit wil zeggen dat alle zorgverzekeraars samen in deze jaren een hogere vereveningsbijdrage uit het ZVF hebben ontvangen dan de gerealiseerde zorgkosten, maar impliceert niet dat iedere afzonderlijke zorgverzekeraar een positief vereveningsresultaat heeft behaald. In de praktijk zien we dat er in 2013 twee risicodragers met een negatief vereveningsresultaat na flankerend beleid waren en in 2012 vier. Als er in 2011 en 2010 flankerend beleid zou zijn toegepast in plaats van macronacalculatie, zou het vereveningsresultaat in deze jaren respectievelijk 0,049 miljard euro en 0,521 miljard euro hebben bedragen.
- Op het deelbedrag 'variabel + B-DBC' wordt in de periode 2010-2012 op macroschaal een negatief vereveningsresultaat behaald. Voor de periode 2012-2013 zijn de resultaten vastgesteld op basis van VV1-aanleveringen door risicodragers. Op basis van marktdata in februari 2015 is de verwachting dat voor de periode 2012-2013 de gerealiseerde zorgkosten lager zullen zijn dan op basis van VV1-aanleveringen. Dit kan, met name voor 2012, tot gevolg hebben dat de gerealiseerde zorgkosten lager zijn dan de vereveningsbijdrage.
- Er wordt over de gehele analyseperiode vooral op het deelbedrag 'overig' een hogere vereveningsbijdrage ontvangen dan de daadwerkelijke zorgkosten. Op dit deelbedrag wordt in 2013 een vereveningsresultaat van 1,642 miljard euro behaald (van het totale vereveningsresultaat van 1,832 miljard euro) en in 2012 een vereveningsresultaat van 0,916 miljard euro (op de andere twee deelbedragen wordt een negatief vereveningsresultaat behaald, waardoor het totale vereveningsresultaat uitkomt op 0,667 miljard euro).
- Voor het deelbedrag gGGZ18+ is er geen duidelijk beeld ten aanzien van de resultaten in de analyseperiode 2010-2013.

Zorgkosten en vereveningsbijdrage op macroschaal voor concern- en zelfstandige risicodragers

In deze paragraaf analyseren we het verschil tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage na macronacalculatie en na flankerend beleid voor risicodragers die deel uitmaken van een concern en zelfstandige risicodragers.

In Tabel 7 is voor de gehele analyseperiode per deelbedrag het verschil tussen de vereveningsbijdrage na flankerend beleid en na macronacalculatie opgenomen voor risicodragers die deel uitmaken van een concern en voor zelfstandige risicodragers. Omdat er in deze kwantitatieve analyse gekeken wordt naar een deelpopulatie van de risicodragers, is de vereveningsbijdrage na macronacalculatie voor deze groep niet meer per definitie gelijk aan de gemaakte zorgkosten.

Tabel 7 – Verschil in vereveningsbijdrage na flankerend beleid en vereveningsbijdrage na macronacalculatie en voor concernrisicodragers, zelfstandige risicodragers (in miljarden euro).

		Verschil FB – MNC			
	Deelbedrag	2013	2012	2011	2010
Concern- risicodragers	Variabel (+ B-DBC)	-0,153	-0,213	-0,289	-0,022
	gGGZ18+	0,324	-0,011	-0,144	0,249
	Overig	1,476	0,826	0,477	0,231
	Totaal	1,647	0,601	0,044	0,458
Zelfstandige risicodragers	Variabel (+ B-DBC)	-0,017	-0,023	-0,029	-0,003
	gGGZ18+	0,036	-0,001	-0,015	0,035
	Overig	0,166	0,090	0,048	0,032
	Totaal	0,185	0,066	0,004	0,063

In Tabel 7 zien we dat de verschillen voor concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers hetzelfde teken hebben; dat wil zeggen dat als de concernrisicodragers een hogere vereveningsbijdrage ontvangen na flankerend beleid dan na macronacalculatie, de zelfstandige risicodragers ook een hogere vereveningsbijdrage na flankerend beleid ontvangen, en omgekeerd. In de volgende paragraaf worden (in Tabel 11 tot en met Tabel 14) de resultaten getoond per premieplichtige, dit geeft meer inzicht in de relatieve verhoudingen in resultaten tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers.

Zorgkosten en vereveningsbijdrage op macroschaal voor risicodragers van verschillende grootte

In deze paragraaf analyseren we het verschil tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage na macronacalculatie en na flankerend beleid voor risicodragers van verschillende grootte. We onderscheiden kleine risicodragers (tot aan 150.000 verzekerden), middelgrote risicodragers (150.000-500.000 verzekerden) en grote risicodragers (meer dan 500.000 verzekerden).

In Tabel 8 is voor de gehele analyseperiode per deelbedrag het verschil tussen de vereveningsbijdrage na flankerend beleid en na macronacalculatie opgenomen voor risicodragers van verschillende grootte. Omdat er in deze kwantitatieve analyse gekeken wordt naar een deelpopulatie van de risicodragers, is de vereveningsbijdrage na macronacalculatie voor deze groep niet meer per definitie gelijk aan de gemaakte zorgkosten.

Tabel 8 – Verschil in vereveningsbijdrage na flankerend beleid en vereveningsbijdrage na macronacalculatie, voor grote, middelgrote en kleine risicodragers (in miljarden euro).

		Verschil FB - MNC			
	Deelbedrag	2013	2012	2011	2010
Groot	Variabel (+ B-DBC)	-0,125	-0,182	-0,239	-0,019
	gGGZ18+	0,265	-0,010	-0,120	0,216
	Overig	1,208	0,703	0,396	0,200
	Totaal	1,348	0,512	0,037	0,397
Middelgroot	Variabel (+ B-DBC)	-0,040	-0,046	-0,066	-0,005
	gGGZ18+	0,085	-0,002	-0,033	0,057
	Overig	0,386	0,178	0,109	0,052
	Totaal	0,430	0,129	0,010	0,104
Klein	Variabel (+ B-DBC)	-0,005	-0,009	-0,013	-0,001
	gGGZ18+	0,011	0,000	-0,006	0,011
	Overig	0,048	0,035	0,021	0,010
	Totaal	0,054	0,026	0,002	0,020

De observaties in Tabel 8 zijn vergelijkbaar met die in Tabel 7. We zien wederom een consistentie in het teken van het verschil (als een groep risicodragers na flankerend beleid een hogere vereveningsbijdrage ontvangt dan na macronacalculatie, dan ontvangen de andere groepen risicodragers ook een hogere vereveningsbijdrage na flankerend beleid, en andersom). In de volgende paragraaf worden (in Tabel 15 tot en met Tabel 18) de resultaten getoond per premieplichtige, dit geeft meer inzicht in de relatieve verhoudingen in resultaten tussen risicodragers van verschillende omvang.

Totale absolute vereveningsbijdrage per vereveningsstap

Om inzicht te krijgen in de impact van het toepassen van macronacalculatie of flankerend beleid, analyseren we de absolute vereveningsbijdrage per vereveningsstap (op macroschaal in miljarden euro) in Tabel 9. Dit betekent dat voor de effecten van de macronacalculatie en het flankerend beleid de som van alle absolute waarden is getoond (omdat de vereveningsbijdrage ook negatief kan zijn). Dit geeft inzicht in de geldstromen die ontstaan door het toepassen van macronacalculatie of flankerend beleid.

Tabel 9 – Totale (absolute) bijdrage per vereveningsstap (in miljarden euro).

Jaar	Absolute vereveningsbijdrage voor FB	Absoluut effect FB	Absoluut effect MNC
2013	35,374	0,150	1,832
2012	32,611	0,052	0,667
2011	30,064	0,014	0,050
2010	29,645	0,050	0,521

In de tabel zien we dat de absolute effecten van het flankerend beleid kleiner zijn dan die van macronacalculatie. Daarnaast zijn de absolute effecten van het flankerend beleid klein in vergelijking met de ontvangen vereveningsbijdrage voor toepassen van flankerend beleid. Het absolute effect van de macronacalculatie is (op afrondingen na) gelijk aan het verschil in vereveningsbijdrage na flankerend beleid en na macronacalculatie, zoals gegeven in Tabel 6. Het absolute effect van flankerend beleid is in 2012 52 miljoen euro en in 2013 150 miljoen euro, wat respectievelijk neerkomt op 3,97 euro per premieplichtige en 11,26 euro per premieplichtige.

Onderdeel 4C: Spreiding van het vereveningsresultaat

Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de gerealiseerde zorgkosten van een risicodragers en de vereveningsbijdrage die hij hiervoor ontvangt. Doel van dit onderdeel van de kwantitatieve analyse is het in beeld brengen van het verschil in vereveningsresultaat van de verschillende risicodragers na het toepassen van flankerend beleid en na het toepassen van macronacalculatie. Hiervoor wordt gekeken naar de spreiding; verschillen tussen risicodragers met respectievelijk een relatief hoog en een relatief laag vereveningsresultaat. De belangrijkste conclusies zijn:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (na flankerend beleid) op totaalniveau bedraagt 50 euro per premieplichtige in 2012 en 138 euro per premieplichtige in 2013. In de periode 2010-2011 was het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, behoudens de beperkte macro-effecten van de overige ex post compensatiemechanismen (waarvan enkel de bandbreedtestap niet macroneutraal is) nihil, aangezien er in 2010 en 2011 nog macronacalculatie van toepassing was.
- Het flankerend beleid zorgt voor een kleine toename van de spreiding in de vereveningsresultaten ten opzichte van de vereveningsresultaten zonder flankerend beleid. De spreiding in de vereveningsresultaten na het toepassen van flankerend beleid is (per definitie) gelijk aan de spreiding in de vereveningsresultaten na het toepassen van macronacalculatie. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat verschuift echter wel.
- De gemiddelde resultaatverschuivingen van het flankerend beleid ten opzichte van geen flankerend beleid (en geen macronacalculatie) zijn beperkt voor risicodragers met een gemiddeld risicoprofiel, maar groter voor risicodragers waarvan de daadwerkelijke zorgkosten per premieplichtige sterk afwijken van de gemiddelde zorgkosten per premieplichtige.
- In de lijn der verwachting van de vorige paragraaf worden de hoogste vereveningsresultaten behaald op het deelbedrag 'overig' en worden er op het deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' negatieve vereveningsresultaten behaald. Tussen de analysejaren zit er weinig regelmaat in de vereveningsresultaten die op deelbedrag 'gGGZ18+' behaald worden.
- In 2012 en 2013 behalen concernrisicodragers (na flankerend beleid) een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van 49 euro in 2012 en 134 euro in 2013) dan zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 66 euro in 2012 en 171 euro in 2013). In 2010 en 2011 was dit beeld vergelijkbaar en was er (na macronacalculatie) bij concernrisicodragers een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van -1 euro in 2010 en -2 euro in 2011) dan bij zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 8 euro in 2010 en 22 euro in 2011).
- Zelfstandige risicodragers behalen over het algemeen een grotere spreiding in vereveningsresultaten dan concernrisicodragers.
- Voor risicodragers van verschillende grootte is er geen eenduidige trend in resultaatverschillen te herkennen:
 - ✓ In 2013 waren het de middelgrote risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige na toepassen van flankerend beleid boekten (187 euro per premieplichtige) en de kleine risicodragers die het kleinste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (91 euro per premieplichtige). Grote risicodragers behaalden een gewogen gemiddelde vereveningsresultaat hiertussen (124 euro per premieplichtige).
 - ✓ In 2012 waren het juist de kleine risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (84 euro per premieplichtige) en de grote risicodragers met het laagste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (47 euro per premieplichtige). De middelgrote risicodragers behaalde een gewogen gemiddelde vereveningsresultaat hiertussen (56 euro per premieplichtige).
- De spreiding in resultaten is bij kleine risicodragers aanzienlijk hoger dan bij grote en middelgrote.

Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige

In de spreidingsanalyse wordt gekeken naar het verschil tussen de zorgkosten en de ontvangen vereveningsbijdrage voor de verschillende risicodragers. Dit verschil is het vereveningsresultaat. Het vereveningsresultaat per premieplichtige geeft een goede indruk in het verschil tussen de werking van de macronacalculatie en het flankerend beleid. Daarnaast zijn het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en de spreiding hierin onderzocht zonder dat er sprake is van flankerend beleid (en macronacalculatie), in de tabel wordt dit 'Voor FB' genoemd. Dit kan vergeleken worden met de resultaten na flankerend beleid om de veranderingen in resultaten als gevolg van het flankerend beleid te meten.

In Tabel 10 zijn het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige en de gewogen standaarddeviatie weergegeven voor de verschillende analysejaren en deelbedragen. De grijsgedrukte

waarden zijn gesimuleerde waarden en geven ons een idee van wat het vereveningsresultaat na macronacalculatie en bijbehorende gewogen standaarddeviatie zouden zijn in 2012 en 2013, en dezelfde waarden na flankerend beleid in 2010 en 2011.

Tabel 10 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat (euro per premieplichtige).

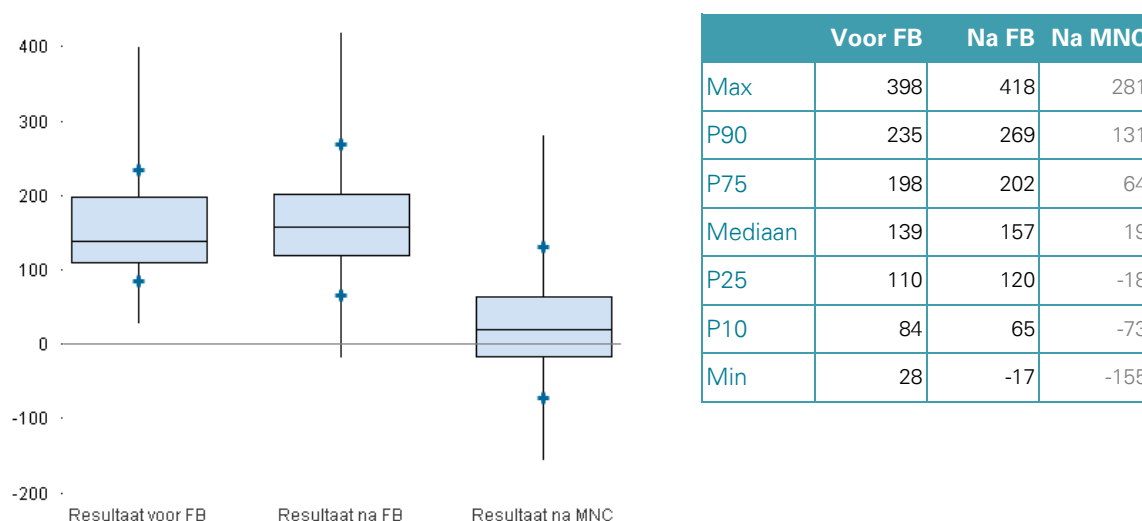
Jaar	Deelbedrag	Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
		Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
2013	Variabel	-12,78	-12,78	0,00	45,49	44,65	44,65
	gGGZ18+	27,05	27,05	0,00	10,98	13,48	13,48
	Overig	123,39	123,39	0,00	17,17	24,49	24,49
	Totaal	137,66	137,66	0,00	58,67	71,22	71,22
2012	Variabel + B-DBC	-17,88	-17,88	0,00	35,50	35,47	35,47
	gGGZ18+	-0,96	-0,96	0,00	13,39	13,27	13,27
	Overig	69,23	69,23	0,00	18,36	22,00	22,00
	Totaal	50,39	50,39	0,00	51,15	53,10	53,10
2011	Variabel + B-DBC	-24,19	-24,19	0,00	33,98	32,81	32,81
	gGGZ18+	-12,10	-12,10	0,00	20,65	18,87	18,87
	Overig	39,99	39,99	0,00	26,70	28,95	28,95
	Totaal	3,70	3,70	0,00	69,93	70,32	70,32
2010	Variabel + B-DBC	-1,93	-1,93	0,00	29,65	29,05	29,05
	gGGZ18+	21,80	21,80	0,00	14,76	17,83	17,83
	Overig	20,17	20,17	0,00	26,15	26,90	26,90
	Totaal	40,04	40,04	0,00	57,04	59,55	59,55

- We constateren dat de gewogen standaarddeviatie van het vereveningsresultaat na flankerend beleid voor ieder analysejaar en deelbedrag gelijk is aan die na macronacalculatie, maar dat het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat onderling niet gelijk is. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na macronacalculatie ligt per definitie op 0 wanneer de gehele groep risicodragers geanalyseerd wordt, dat na flankerend beleid niet. Op totaalniveau is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na toepassen van flankerend beleid in ieder analysejaar positief.
- In de lijn der verwachting van de vorige paragraaf over de macro-effecten worden de hoogste vereveningsresultaten behaald op het deelbedrag 'overig' en worden er op het deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' negatieve vereveningsresultaten behaald. Tussen de analysejaren zit er weinig regelmaat in de vereveningsresultaten die op deelbedrag 'gGGZ18+' behaald worden. In de vereveningsresultaten voor het deelbedrag 'overig' is tevens een stijgende trend te herkennen door de jaren heen.
- De gewogen standaarddeviatie in het deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' is in ieder jaar van de analyseperiode het hoogste ten opzichte van de andere deelbedragen. De gewogen standaarddeviatie van het totaal van de deelbedragen is structureel het hoogste.
- De gewogen standaarddeviatie 'Voor FB' is vergelijkbaar aan 'Na FB'. Dit betekent dat de invloed van het flankerend beleid op de spreiding in resultaten beperkt is. Deze conclusie gaat in mindere mate op voor 2013 (waarin de spreiding van het vereveningsresultaat 'Na FB' is toegenomen naar 71 euro per premieplichtige ten opzichte van 59 euro per premieplichtige van 'Voor FB'). Dit kan verklaard worden door het grotere verschil tussen de vereveningsbijdrage en de zorgkosten in dit jaar. Wat verder opvalt in de spreiding is dat deze toeneemt als het gevolg van het flankerend beleid. Dit kan worden verklaard doordat bij risicodragers met een afwijkend risicoprofiel het vereveningsresultaateffect groter wordt als gevolg van het flankerend beleid.

Ter illustratie van de spreiding in de vereveningsresultaten wordt in Figuur 3 het vereveningsresultaat per premieplichtige van alle risicodragers samen in 2013 getoond. De figuur bestaat uit drie blokken langs de horizontale as. Elk blok representeert de vereveningsresultaten van de gehele groep risicodragers na de verschillende vereveningsstappen. Het eerste blok representeert de vereveningsresultaten voor toepassing van flankerend beleid en het tweede blok die van na toepassing van flankerend beleid. Het derde blok representeert de fictieve situatie waarbij in plaats van flankerend beleid er macronacalculatie wordt toegepast in 2013.

Op de verticale as in Figuur 3 staat het vereveningsresultaat van de risicodragers, dat wil zeggen de vereveningsbijdrage uit het ZVF per premieplichtige minus de zorgkosten per premieplichtige. Een score van '0' betekent dat de vereveningsbijdrage gelijk is aan de zorgkosten; een negatieve waarde betekent dat een risicodrager te maken heeft met zorgkosten die hoger zijn dan de vereveningsbijdrage, een positieve waarde dat de vereveningsbijdrage uit het ZVF hoger is dan de zorgkosten. Het onderste punt van de zwarte lijn geeft de risicodrager met het laagste vereveningsresultaat weer en het bovenste punt van de lijn representeert het hoogste vereveningsresultaat. De blauwe box toont de groep die een vereveningsresultaat rond de mediaan heeft; van 50% van de risicodragers die rondom de mediaan scoren wordt de spreiding gegeven. De horizontale, zwarte lijn in de blauwe box is de mediaan zelf. Dit is het vereveningsresultaat van de middelste risicodrager indien de vereveningsresultaten van de risicodragers zijn gesorteerd van hoog naar laag. De lichtblauwe horizontale streepjes geven het 10^e en 90^e percentiel (P10 en P90) aan, 80% van de risicodragers valt (per definitie) tussen deze grenzen. In de tabel naast de figuur staan de percentielgrenzen van de bijbehorende vereveningsresultaten weergegeven.

Figuur 3 – Grafische weergave van spreiding in het totale vereveningsresultaat per premieplichtige voor de verschillende risicodragers voor en na toepassen van flankerend beleid/macronacalculatie in 2013 (euro per premieplichtige).

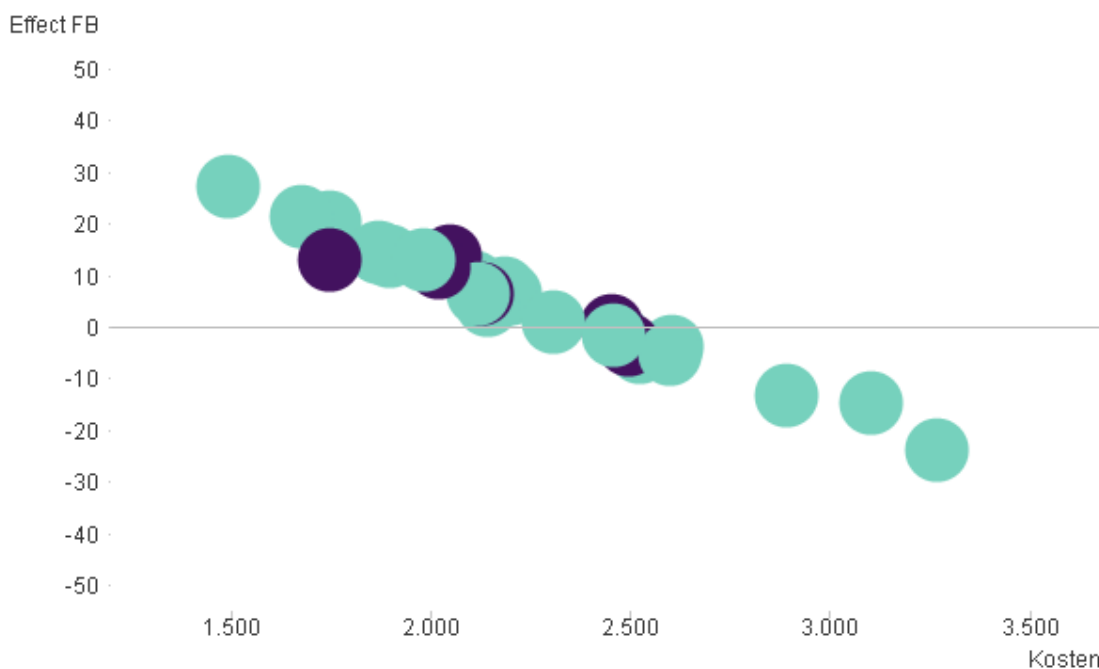


De figuur hierboven laat zien dat het toepassen van flankerend beleid geen hele grote invloed heeft op de spreiding in het vereveningsresultaat; de vereveningsresultaten komen iets meer rond de mediaan te liggen en de extremen nemen enigszins toe. In de figuur hierboven is te zien dat de spreiding in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid gelijk is aan de spreiding in het vereveningsresultaat na het toepassen van macronacalculatie. Wel is er sprake van een verschuiving van vereveningsresultaten.

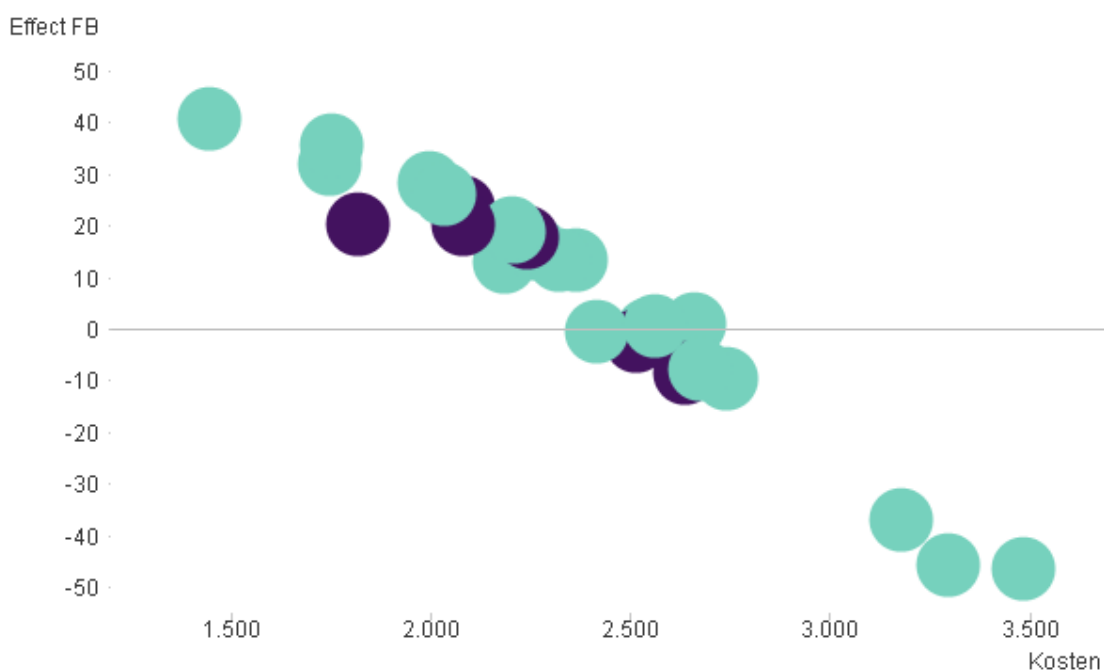
Resultaatverschuivingen door flankerend beleid

Om de effecten van het flankerend beleid op het vereveningsresultaat nader in kaart te brengen, hebben we onderzocht hoe de vereveningsresultaatverschuivingen door het flankerend beleid verdeeld zijn. In Figuur 4 en Figuur 5 zijn de zorgkosten per premieplichtige uitgezet tegen het effect van het flankerend beleid over het totaal van de deelbedragen in 2012 en 2013. De mintgroene punten in de figuren representeren de effecten die per premieplichtige door flankerend beleid behaald zijn door concernrisicodragers, de paarse punten representeren de effecten van de zelfstandige risicodragers. De gemiddelde zorgkosten waren 2413,93 euro per premieplichtige in 2012 en 2520,98 euro per premieplichtige in 2013.

Figuur 4 – Het effect van het flankerend beleid afhankelijk van de zorgkosten in 2012 (*euro per premieplichtige*).



Figuur 5 – Het effect van het flankerend beleid afhankelijk van de zorgkosten in 2013 (*euro per premieplichtige*).



In de figuren is duidelijk te zien dat de gemiddelde resultaatverschuivingen van het flankerend beleid beperkt zijn voor risicodragers met een gemiddeld risicoprofiel, maar dat de effecten groter zijn voor risicodragers waarvan de zorgkosten per premieplichtige sterk afwijken van de gemiddelde zorgkosten per premieplichtige. Er is ook te zien dat de grootste uitschieters te vinden zijn bij de concernrisicodragers, maar deze uitschieters middelen op concernniveau deels uit. Merk op dat per definitie het effect van het flankerend beleid nihil is als de daadwerkelijke vereveningsbijdrage van een risicodrager gelijk is aan de gemiddelde vereveningsbijdrage. Eveneens is het effect van het flankerend beleid per definitie nihil als (per deelbedrag) de vereveningsbijdrage op macroschaal gelijk is aan de daadwerkelijke zorgkosten op macroschaal.

Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige, onderscheid concerns

In deze paragraaf onderzoeken we of er verschillen zijn tussen de spreiding van vereveningsresultaten van risicodragers die tot een concern behoren enerzijds en zelfstandige risicodragers anderzijds. In Tabel 11 tot en met Tabel 14) zijn het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige en de gewogen standaarddeviatie weergegeven voor de verschillende analysejaren en deelbedragen voor risicodragers die tot een concern behoren en voor zelfstandige risicodragers. De grijsgedrukte waarden zijn gesimuleerde waarden en geven ons een idee van wat het vereveningsresultaat na macronacalculatie en de bijbehorende gewogen standaarddeviatie zouden zijn in 2012 en 2013, en zo ook van de waarden na flankerend beleid in 2010 en 2011.

Tabel 11 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat, onderscheid concerns in 2013 (euro per premieplichtige).

2013		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Concern-risicodragers	Variabel	-13,80	-13,69	-0,92	43,22	42,31	42,31
	gGGZ18+	25,95	25,81	-1,24	10,60	13,23	13,23
	Overig	122,73	121,85	-1,54	16,01	24,05	24,05
	Totaal	134,89	133,97	-3,69	55,03	68,74	68,74
Zelfstandige risicodragers	Variabel	-3,73	-4,63	8,15	61,43	61,05	61,05
	gGGZ18+	36,79	38,06	11,02	9,37	10,20	10,20
	Overig	129,29	137,09	13,70	24,44	24,14	24,14
	Totaal	162,35	170,53	32,86	80,26	83,38	83,38

Tabel 12 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat, onderscheid concerns in 2012 (euro per premieplichtige).

2012		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Concern-risicodragers	Variabel + B-DBC	-18,12	-17,90	-0,02	27,84	27,40	27,40
	gGGZ18+	-1,07	-1,07	-0,11	12,52	12,38	12,38
	Overig	68,10	67,61	-1,62	16,41	20,40	20,40
	Totaal	48,91	48,64	-1,75	36,93	39,65	39,65
Zelfstandige risicodragers	Variabel + B-DBC	-15,75	-17,74	0,15	75,48	76,81	76,81
	gGGZ18+	0,10	0,06	1,02	19,61	19,58	19,58
	Overig	79,58	84,08	14,84	28,98	29,36	29,36
	Totaal	63,94	66,40	16,01	117,78	118,13	118,13

Tabel 13 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat, onderscheid concerns in 2011 (euro per premieplichtige).

2011		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Concern- risicodragers	Variabel + B-DBC	-24,12	-23,98	0,21	33,46	32,05	32,05
	gGGZ18+	-13,64	-13,64	-1,54	20,80	18,75	18,75
	Overig	39,31	39,11	-0,87	26,48	29,01	29,01
	Totaal	1,55	1,50	-2,20	69,19	69,44	69,44
Zelfstandige risicodragers	Variabel + B-DBC	-24,89	-26,29	-2,10	37,49	37,81	37,81
	gGGZ18+	3,19	3,15	15,25	13,53	13,88	13,88
	Overig	46,70	48,63	8,64	27,58	27,43	27,43
	Totaal	24,99	25,49	21,79	72,55	73,73	73,73

Tabel 14 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat, onderscheid concerns in 2010 (euro per premieplichtige).

2010		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Concern- risicodragers	Variabel + B-DBC	-1,56	-1,56	0,37	27,09	26,47	26,47
	gGGZ18+	21,04	21,03	-0,77	14,32	17,68	17,68
	Overig	19,52	19,41	-0,75	26,60	27,46	27,46
	Totaal	39,00	38,88	-1,16	54,83	58,12	58,12
Zelfstandige risicodragers	Variabel + B-DBC	-4,65	-4,61	-2,67	43,84	43,27	43,27
	gGGZ18+	27,30	27,38	5,57	16,61	17,93	17,93
	Overig	24,85	25,62	5,45	22,10	21,72	21,72
	Totaal	47,50	48,39	8,35	70,57	68,45	68,45

Als we Tabel 11 tot en met Tabel 14 vergelijken, valt er het volgende op:

- In 2012 en 2013 behalen concernrisicodragers (na flankerend beleid) een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van 49 euro in 2012 en 134 euro in 2013) dan zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 66 euro in 2012 en 171 euro in 2013). In 2010 en 2011 was dit beeld vergelijkbaar en was er (na macronacalculatie) bij concernrisicodragers een lager gewogen gemiddeld vereveningsresultaat per premieplichtige (van -1 euro in 2010 en -2 euro in 2011) dan bij zelfstandige risicodragers (met een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 8 euro in 2010 en 22 euro in 2011).
- De gewogen standaarddeviaties van de vereveningsresultaten na flankerend beleid en na macronacalculatie zijn gelijk aan elkaar; het verschil in de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten na flankerend beleid en na macronacalculatie loopt tussen deze groepen per jaar en deelbedrag sterk uiteen.
- Over het algemeen is er een iets hogere gewogen standaarddeviatie te vinden in de vereveningsresultaten na flankerend beleid dan in de vereveningsresultaten voor flankerend beleid.
- Zelfstandige risicodragers behalen over het algemeen een grotere spreiding in vereveningsresultaten dan concernrisicodragers.
- Bij het deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' zien we dat de risicodragers die niet tot een concern behoren in 2012-2013 hogere vereveningsresultaten voor en na flankerend beleid boeken dan de concernrisicodragers, maar wel tegen een hogere gewogen standaarddeviatie. In 2010-2011

worden er op dit deelbedrag voor en na flankerend beleid lagere vereveningsresultaten behaald door de risicodragers die geen deel uitmaken van een concern dan door de concernrisicodragers, maar de gewogen standaarddeviatie blijft het hoogst voor de risicodragers die niet tot een concern behoren. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor dit deelbedrag is overwegend negatief.

- Voor deelbedrag 'gGGZ18+' gaan bijna dezelfde conclusies op als voor 'variabel (+ B-DBC)', maar is de gewogen standaarddeviatie voor zelfstandige risicodragers in 2013 lager dan voor concernrisicodragers.
- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor - en na flankerend beleid voor het deelbedrag 'overig' is voor zowel zelfstandige risicodragers als concernrisicodragers in alle analysejaren positief. De gemiddelde vereveningsresultaten voor en na flankerend beleid zijn in alle analysejaren voor zelfstandige risicodragers hoger dan voor concernrisicodragers. In 2010 is de gewogen standaarddeviatie het hoogste voor de concernrisicodragers, in de jaren daarop is deze het hoogste voor de zelfstandige risicodragers.

Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige, onderscheid grootte

In deze paragraaf onderzoeken we of er verschillen zijn tussen de spreiding van vereveningsresultaten van risicodragers van verschillende grootte. In Tabel 15 tot en met Tabel 18 zijn het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige en de gewogen standaarddeviatie weergegeven voor de verschillende analysejaren en deelbedragen voor risicodragers van verschillende grootte. De grijsgedrukte waarden zijn gesimuleerde waarden en geven ons een idee van wat het vereveningsresultaat na macronacalculatie en de bijbehorende gewogen standaarddeviatie zouden zijn in 2012 en 2013, en zo ook van de waarden na flankerend beleid in 2010 en 2011.

Tabel 15 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat voor risicodragers van verschillende grootte in 2013 (euro per premieplichtige).

2013		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Groot	Variabel	-18,01	-17,49	-4,72	38,14	37,70	37,70
	gGGZ18+	26,68	25,72	-1,33	8,46	11,39	11,39
	Overig	120,34	115,47	-7,93	12,21	17,03	17,03
	Totaal	129,02	123,69	-13,97	46,25	56,51	56,51
Middel-groot	Variabel	8,82	7,12	19,90	56,12	55,24	55,24
	gGGZ18+	30,11	33,54	6,50	14,59	13,66	13,66
	Overig	130,25	146,57	23,17	23,59	29,14	29,14
	Totaal	169,18	187,23	49,57	78,75	85,68	85,68
Klein	Variabel	-54,68	-54,03	-41,25	51,70	49,33	49,33
	gGGZ18+	11,54	8,25	-18,80	17,02	26,68	26,68
	Overig	145,06	136,64	13,25	27,79	17,83	17,83
	Totaal	101,91	90,86	-46,80	53,79	85,09	85,09

Tabel 16 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat voor risicodragers van verschillende grootte in 2012 (euro per premieplichtige).

2012		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Groot	Variabel + B-DBC	-16,43	-15,54	2,34	21,10	21,24	21,24
	gGGZ18+	-1,42	-1,39	-0,43	13,22	13,09	13,09
	Overig	66,54	64,17	-5,07	15,93	18,28	18,28
	Totaal	48,70	47,23	-3,16	30,82	32,05	32,05
Middel-groot	Variabel + B-DBC	-23,42	-26,87	-8,99	43,13	43,34	43,34
	gGGZ18+	-0,32	-0,44	0,51	10,51	10,41	10,41
	Overig	74,00	83,55	14,31	14,87	18,18	18,18
	Totaal	50,27	56,23	5,84	59,47	61,15	61,15
Klein	Variabel + B-DBC	-19,08	-19,22	-1,33	119,18	116,69	116,69
	gGGZ18+	4,93	5,05	6,00	23,88	23,85	23,85
	Overig	98,73	97,89	28,65	37,98	43,19	43,19
	Totaal	84,59	83,71	33,32	172,55	179,51	179,51

Tabel 17 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat voor risicodragers van verschillende grootte in 2011 (euro per premieplichtige).

2011		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Groot	Variabel + B-DBC	-25,43	-24,81	-0,63	24,39	23,46	23,46
	gGGZ18+	-13,97	-13,87	-1,77	19,32	17,44	17,44
	Overig	36,75	35,67	-4,32	23,59	24,73	24,73
	Totaal	-2,65	-3,01	-6,71	55,08	54,80	54,80
Middel-groot	Variabel + B-DBC	-16,72	-18,84	5,34	44,56	43,43	43,43
	gGGZ18+	-4,42	-5,05	7,05	13,22	11,87	11,87
	Overig	50,32	54,23	14,24	25,33	28,98	28,98
	Totaal	29,17	30,34	26,64	72,54	74,30	74,30
Klein	Variabel + B-DBC	-39,55	-40,14	-15,95	85,26	82,48	82,48
	gGGZ18+	-16,68	-15,32	-3,22	48,42	46,15	46,15
	Overig	47,54	47,59	7,60	57,41	61,23	61,23
	Totaal	-8,69	-7,87	-11,57	186,69	187,49	187,49

Tabel 18 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat voor risicodragers van verschillende grootte in 2010 (euro per premieplichtige).

2010		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
	Deelbedrag	Voor FB	Na FB	Na MNC	Voor FB	Na FB	Na MNC
Groot	Variabel + B-DBC	-2,81	-2,79	-0,85	23,85	23,27	23,27
	gGGZ18+	20,21	20,30	-1,50	15,00	18,44	18,44
	Overig	17,77	17,47	-2,69	25,37	25,73	25,73
	Totaal	35,18	34,99	-5,05	50,34	53,15	53,15
Middel-groot	Variabel + B-DBC	-3,90	-3,99	-2,06	31,76	31,27	31,27
	gGGZ18+	25,59	25,46	3,66	10,94	13,04	13,04
	Overig	25,22	25,80	5,63	17,57	18,92	18,92
	Totaal	46,91	47,27	7,23	47,31	48,73	48,73
Klein	Variabel + B-DBC	25,24	25,23	27,16	74,21	72,81	72,81
	gGGZ18+	33,55	32,52	10,72	17,89	20,42	20,42
	Overig	41,16	44,06	23,89	51,96	54,12	54,12
	Totaal	99,95	101,82	61,78	134,98	138,04	138,04

In de bovenstaande tabellen valt het volgende op:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na macronacalculatie is in ieder analysejaar en voor alle categorieën veelal minder extreem dan het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid. De verschillen tussen de resultaten na flankerend beleid en na macronacalculatie zijn groot. De gewogen standaarddeviatie van de vereveningsresultaten na toepassing van flankerend beleid is gelijk aan die na toepassen van macronacalculatie.
- Totaal: Er is geen eenduidige trend in onderlinge resultaatverschillen naar grootte van risicodragers; wel lijken alle risicodragers te profiteren van het flankerend beleid. In 2013 waren het de middelgrote risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige na toepassen van flankerend beleid boekten (187 euro per premieplichtige) en de kleine risicodragers die het kleinste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (91 euro per premieplichtige). In 2012 waren het juist de kleine risicodragers die het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat behaalden (84 euro per premieplichtige) en de grote risicodragers met het laagste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat (47 euro per premieplichtige). Over het algemeen is de spreiding in resultaten bij kleine risicodragers aanzienlijk hoger dan bij middelgrote en grote risicodragers. Hierbij merken we op dat er tussen 2012 en 2013 een verschuiving heeft plaatsgevonden in de classificering van een tweetal risicodragers, een analyse waarbij deze verschuiving niet wordt meegenomen levert echter ook geen eenduidige trend op.
- Variabel (+ B-DBC): De verschillen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor en na flankerend beleid voor deelbedrag 'variabel (+ B-DBC)' lopen tussen de jaren en tussen de verschillende categorieën zorgverzekeraars sterk uiteen. De gewogen standaarddeviatie is in de periode 2010-2012 het kleinste voor grote risicodragers en het grootste voor kleine risicodragers. In 2013 zijn het de middelgrote zorgverzekeraars die de hoogste gewogen standaarddeviatie behalen. Dit is te verklaren door een kleine risicodrager met een aanzienlijk vereveningsresultaat die in 2013 geclassificeerd wordt als middelgrote risicodrager.
- gGGZ18+: De gewogen gemiddelde vereveningsresultaten voor en na flankerend beleid zijn in 2011 en 2013 het laagste voor de kleine zorgverzekeraars. Middelgrote zorgverzekeraars hebben in deze jaren het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor en na flankerend beleid. In 2010 en 2012 behalen de kleine risicodragers het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat op dit deelbedrag en de grote risicodragers het laagste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat. De gewogen standaarddeviatie van de vereveningsresultaten is over het algemeen voor middelgrote risicodragers het laagste en voor kleine risicodragers het hoogste.

- Overig: Voor het deelbedrag 'overig' is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor en na flankerend beleid over het algemeen voor grote risicodragers het laagste. Het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor en na flankerend beleid wordt over het algemeen behaald door de kleine risicodragers. De kleine risicodragers hebben over het algemeen de hoogste gewogen standaarddeviatie. De enige uitzondering op deze constatering wordt in 2013 gevonden.

Onderdeel 4D: Verklaringskracht

In dit analyseonderdeel wordt onderzocht hoe goed de vereveningsbijdrage die een risicodrager na flankerend beleid of na macronacalculatie ontvangt aansluit bij de gerealiseerde zorgkosten (dit wordt de verklaringskracht genoemd). De belangrijkste conclusies van deze kwantitatieve analyse naar de verklaringskracht zijn:

- De verklaringskracht van de vereveningsbijdrage na toepassen van flankerend beleid is gelijk aan die na het toepassen van macronacalculatie. Tevens is er nauwelijks verschil tussen de verklaringskracht in het vereveningsresultaat vóór het toepassen van flankerend beleid/macronacalculatie en die na het toepassen van flankerend beleid/macronacalculatie.
- De verklaringskracht is voor alle deelbedragen in alle jaren hoog.

Verklaringskracht voor risicodragers van de verschillende vereveningsstappen

Om inzicht te geven in de verklaringskracht is na iedere vereveningsstap de relatie bepaald tussen de zorgkosten per premieplichtige die de risicodrager heeft gemaakt en de vereveningsbijdrage die de risicodrager na een vereveningsstap per premieplichtige heeft ontvangen. Het verschil hiertussen is het vereveningsresultaat per premieplichtige.

Voor het kwantificeren van de verklaringskracht wordt gebruikgemaakt van de R^2 -parameter. Hoe dichter deze parameter bij 1 ligt, hoe beter de vereveningsbijdrage de werkelijke zorgkosten verklaart en hoe hoger de verklaringskracht is. Deze 1 is een theoretisch maximum en over het algemeen in de praktijk niet haalbaar. Als gevolg van onder andere zorginkoopverschillen tussen risicodragers zal de werkelijke waarde van R^2 altijd lager liggen. Bij de interpretatie van de waarden in de onderstaande tabellen is het belangrijk om zich te realiseren dat wanneer de vereveningsbijdrage van een vereveningsstap aan de verklaringskracht relatief gering is, de invloed op het vereveningsresultaat wel groot kan zijn. Dit komt omdat een klein verschil in een groot bedrag niet leidt tot een grote verandering in de verklaringskracht, maar wanneer naar het verschil tussen zorgkosten en vereveningsbijdrage gekeken wordt (het vereveningsresultaat) kan dit verschil wel belangrijk zijn.

In Tabel 19 is de verklaringskracht per vereveningsstap opgenomen voor ieder analysejaar en deelbedrag. Onder 'bijdrage excl. FB' verstaan we de vereveningsbijdrage exclusief flankerend beleid type 2, maar wel inclusief flankerend beleid type 1.

Tabel 19 – Verklaringskracht tussen zorgkosten en de vereveningsbijdrage (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Bijdrage excl. FB	Bijdrage incl. FB	Bijdrage incl. MNC
2013	Variabel	0,965	0,965	0,965
	gGGZ18+	0,963	0,963	0,963
	Overig	0,978	0,978	0,978
	Totaal	0,981	0,981	0,981
2012	Variabel + B-DBC	0,929	0,928	0,928
	gGGZ18+	0,957	0,957	0,957
	Overig	0,978	0,978	0,978
	Totaal	0,960	0,959	0,959
2011	Variabel + B-DBC	0,948	0,948	0,948
	gGGZ18+	0,940	0,940	0,940
	Overig	0,964	0,964	0,964
	Totaal	0,959	0,958	0,958
2010	Variabel + B-DBC	0,951	0,953	0,953
	gGGZ18+	0,953	0,953	0,953
	Overig	0,973	0,973	0,973
	Totaal	0,969	0,970	0,970

In de bovenstaande tabel merken we op dat de verklaringskracht voor ieder deelbedrag in ieder jaar hoog¹¹ is, alle waarden liggen boven de 0,9. Grote verschillen tussen de verklaringskracht na de verschillende vereveningsstappen zijn er niet, er zijn zelfs nauwelijks verschillen die zich in de afronding uiten te ontdekken. De verklaringskracht na het toepassen van flankerend beleid is gelijk aan die na het toepassen van macronacalculatie. Deze conclusie gaat ook op voor concernrisicodragers en risicodragers van verschillende grootte, maar niet voor zelfstandige risicodragers (niet getoond).

¹¹ In dit rapport spreken we van een 'hoge' R^2 -waarde als de waarde van R^2 hoger is dan 0,75.

Onderdeel 4E: Samenhang van vereveningsresultaten

Het doel van dit analyseonderdeel is om de samenhang van het effect van het toepassen van flankerend beleid of macronacalculatie tussen de verschillende analysejaren in beeld te brengen. Samenhang betekent dat het vereveningsresultaat voorspellende waarde heeft voor het vereveningsresultaat in het daaropvolgende jaar. De belangrijkste bevindingen zijn:

- De mate van samenhang is vergelijkbaar in de vereveningsresultaten voor het toepassen van flankerend beleid in opeenvolgende jaren en na het toepassen van flankerend beleid. Deze conclusie gaat ook op als we de risicodragers op concerns of grootte analyseren.
- De samenhang in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid is (per definitie) gelijk aan de samenhang in het vereveningsresultaat na het toepassen van macronacalculatie. Deze conclusie gaat ook op als we de risicodragers op concerns of grootte analyseren.
- De samenhang voor alle risicodragers samen is enkel in 2010-2011 voor de deelbedragen 'variabel + B-DBC', 'overig' en voor het totaal hoog te noemen. De samenhang in 2011-2012 en 2012-2013 voor de deelbedragen 'variabel (+ B-DBC)' en 'overig' is wel aanwezig, maar niet hoog.
- Over het algemeen is de hoogste samenhang voor alle risicodragers samen te vinden in het deelbedrag 'overig' en de laagste in het deelbedrag 'gGGZ18+'.
- De samenhang voor zelfstandige risicodragers is over het algemeen hoger dan voor concernrisicodragers. Kleine risicodragers behalen over het algemeen een hogere samenhang dan middelgrote risicodragers, die over het algemeen weer een hogere samenhang behalen dan grote risicodragers.

Samenhang van vereveningsresultaten tussen verschillende analysejaren

In deze paragraaf analyseren we de samenhang tussen de vereveningsresultaten per deelbedrag tussen de verschillende opeenvolgende jaren in de analyseperiode. De samenhang meten we middels de R^2 -parameter. Een korte introductie op deze parameter kan worden gevonden in Onderdeel 4D.

In Tabel 20 is per deelbedrag en per vereveningsstap de samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende jaren weergegeven.

Tabel 20 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel (+ B-DBC)	0,577	0,552	0,552
	gGGZ18+	0,038	0,080	0,080
	Overig	0,644	0,745	0,745
	Totaal	0,678	0,661	0,661
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,617	0,596	0,596
	gGGZ18+	0,334	0,337	0,337
	Overig	0,555	0,743	0,743
	Totaal	0,657	0,712	0,712
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,826	0,846	0,846
	gGGZ18+	0,366	0,500	0,500
	Overig	0,912	0,922	0,922
	Totaal	0,875	0,907	0,907

In de bovenstaande tabel valt het volgende op:

- De samenhang tussen de vereveningsresultaten na flankerend beleid en na macronacalculatie is gelijk.
- We constateren dat er voor de deelbedragen 'variabel (+ B-DBC)' en 'gGGZ18+' een dalende trend in de samenhang tussen de jaren bestaat in de vereveningsresultaten. In het vereveningsresultaat na flankerend beleid en na macronacalculatie doet deze trend zich ook voor in het totaal.

- De samenhang in vereveningsresultaten is alleen voor de deelbedragen 'variabel (+ B-DBC)' en 'overig' en het totaal in 2010-2011 hoger dan 0,750.
- De samenhang in het deelbedrag 'gGGZ18+' is structureel het laagste.

Samenhang van vereveningsresultaten tussen verschillende analysejaren, onderscheid concerns

In deze paragraaf onderzoeken we of er verschillen zijn tussen de samenhang van vereveningsresultaten van risicodragers die tot een concern behoren en welke dat niet doen.

Tabel 21 bevat, gelijkend aan Tabel 20, de R²-waarden van de samenhang tussen de verschillende vereveningsjaren en verschillende deelbedragen voor risicodragers die deel uit maken van een concern. Tabel 22 bevat de R²-waarden voor zelfstandige risicodragers.

Tabel 21 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren voor concernrisicodragers (R²).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel (+ B-DBC)	0,444	0,402	0,402
	gGGZ18+	0,195	0,283	0,283
	Overig	0,557	0,723	0,723
	Totaal	0,601	0,678	0,678
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,620	0,581	0,581
	gGGZ18+	0,397	0,386	0,386
	Overig	0,376	0,718	0,718
	Totaal	0,718	0,782	0,782
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,817	0,832	0,832
	gGGZ18+	0,277	0,485	0,485
	Overig	0,922	0,934	0,934
	Totaal	0,874	0,906	0,906

Tabel 22 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren voor zelfstandige risicodragers (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel + (B-DBC)	0,821	0,814	0,814
	gGGZ18+	0,165	0,085	0,085
	Overig	0,898	0,954	0,954
	Totaal	0,901	0,871	0,871
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,871	0,870	0,870
	gGGZ18+	0,576	0,555	0,555
	Overig	0,968	0,953	0,953
	Totaal	0,955	0,955	0,955
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,988	0,989	0,989
	gGGZ18+	0,802	0,610	0,610
	Overig	0,956	0,949	0,949
	Totaal	0,996	0,991	0,991

In de bovenstaande tabellen valt het volgende op:

- Ook bij de uitsplitsing is de samenhang in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid gelijk aan die na het toepassen van macronacalculatie.
- De samenhang in de vereveningsresultaten voor zelfstandige risicodragers is over het algemeen hoger dan die voor concernrisicodragers.
- Voor concernrisicodragers wordt er voor dit deelbedrag in geen enkel jaar een hoge¹² R^2 -waarde gevonden, voor zelfstandige risicodragers is de R^2 -waarde in 2010-2011 hoger dan 0,750, maar in de andere analysejaren niet.
- Naast de bovengenoemde uitzonderingen voor het deelbedrag 'gGGZ18+' wordt er voor ieder deelbedrag in ieder jaar een hoge R^2 -waarde gevonden bij de zelfstandige risicodragers.
- Voor concernrisicodragers wordt er in 2012-2013 geen enkele hoge R^2 -waarde gevonden. In 2011-2012 wordt er voor het totaal na flankerend beleid een hoge waarde gevonden, evenals in 2010-2011, waar daarnaast tevens een hoge R^2 -waarde gevonden wordt op de deelbedragen 'variabel + B-DBC' en 'overig'.

Samenhang van vereveningsresultaten tussen verschillende analysejaren, onderscheid grootte

In deze paragraaf onderzoeken we of er verschillen zijn tussen de samenhang van vereveningsresultaten van risicodragers van verschillende grootte.

Tabel 23 bevat, gelijkend aan Tabel 20, de R^2 -waarden van de samenhang tussen de verschillende vereveningsjaren en verschillende deelbedragen voor grote risicodragers. Tabel 24 bevat de R^2 -waarden voor middelgrote risicodragers en Tabel 25 bevat de R^2 -waarden voor kleine risicodragers.

¹² In dit rapport spreken we van een 'hoge' R^2 -waarde als de waarde van R^2 hoger is dan 0,75.

Tabel 23 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren voor grote risicodragers (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel (+ B-DBC)	0,029	0,038	0,038
	gGGZ18+	0,653	0,772	0,772
	Overig	0,565	0,641	0,641
	Totaal	0,264	0,292	0,292
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,173	0,250	0,250
	gGGZ18+	0,652	0,667	0,667
	Overig	0,745	0,855	0,855
	Totaal	0,159	0,249	0,249
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,720	0,775	0,775
	gGGZ18+	0,675	0,710	0,710
	Overig	0,972	0,956	0,956
	Totaal	0,874	0,899	0,899

In de bovenstaande tabel valt op dat de samenhang in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid gelijk is aan die na het toepassen van macronacalculatie en dat deze voor grote risicodragers over het algemeen niet hoog is. In 2012-2013 wordt enkel in het vereveningsresultaat na toepassen van flankerend beleid/na macronacalculatie een hoge R^2 -waarde gevonden voor het deelbedrag 'gGGZ18+', en in 2011-2012 wordt er enkel in het vereveningsresultaat na toepassen van flankerend beleid/macronacalculatie voor het deelbedrag 'overig' een hoge R^2 -waarde gevonden. In 2010-2011 wordt er een hoge R^2 -waarde gevonden voor het totaal, het deelbedrag 'overig' en voor het deelbedrag 'variabel + B-DBC' na toepassing van flankerend beleid/macronacalculatie.

Tabel 24 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren voor middelgrote risicodragers (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel (+ B-DBC)	0,523	0,480	0,480
	gGGZ18+	0,112	0,037	0,037
	Overig	0,748	0,849	0,849
	Totaal	0,635	0,624	0,624
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,668	0,645	0,645
	gGGZ18+	0,001	0,014	0,014
	Overig	0,742	0,867	0,867
	Totaal	0,735	0,785	0,785
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,891	0,907	0,907
	gGGZ18+	0,246	0,304	0,304
	Overig	0,909	0,932	0,932
	Totaal	0,854	0,885	0,885

In de tabel hierboven valt op dat de samenhang in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid gelijk is aan die na het toepassen van macronacalculatie en dat voor middelgrote risicodragers de laagste samenhang gevonden kan worden in het deelbedrag 'gGGZ18+'. Over het algemeen is de samenhang voor middelgrote risicodragers niet hoog. Enkel voor het deelbedrag 'overig'

in 2012-2013, 'overig' en totaal na toepassing van flankerend beleid/macronacalculatie in 2011-2012, en de deelbedragen 'variabel + B-DBC', 'overig' en totaal in 2010-2011 wordt er een hoge waarde voor R^2 gevonden.

Tabel 25 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat in opeenvolgende analysejaren voor kleine risicodragers (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat voor FB	Resultaat na FB	Resultaat na MNC
2012-2013	Variabel + (B-DBC)	0,864	0,843	0,843
	gGGZ18+	0,043	0,000	0,000
	Overig	0,887	0,865	0,865
	Totaal	0,875	0,876	0,876
2011-2012	Variabel + B-DBC	0,919	0,912	0,912
	gGGZ18+	0,386	0,422	0,422
	Overig	0,594	0,756	0,756
	Totaal	0,841	0,870	0,870
2010-2011	Variabel + B-DBC	0,783	0,791	0,791
	gGGZ18+	0,723	0,966	0,966
	Overig	0,913	0,914	0,914
	Totaal	0,900	0,938	0,938

In de bovenstaande tabel valt op dat de samenhang in het vereveningsresultaat na toepassen van flankerend beleid gelijk is aan die na het toepassen van macronacalculatie en dat deze voor kleine risicodragers over het algemeen hoger is dan die voor grote en middelgrote risicodragers. In 2012-2013 wordt er enkel voor het deelbedrag 'gGGZ18+' geen hoge samenhang gevonden. Ook in 2011-2012 wordt er voor 'gGGZ18+' geen hoge samenhang gevonden. Daarnaast wordt er in 2011-2012 voor het deelbedrag 'overig' voor het toepassen van flankerend beleid/macronacalculatie geen hoge samenhang gevonden; de rest van de gevonden R^2 -waarden is wel hoog. In 2010-2011 wordt enkel voor 'gGGZ18+' voor toepassing van flankerend beleid/macronacalculatie geen hoge samenhang gevonden, alle andere R^2 -waarden zijn wel hoog.

Onderdeel 4F: Effect op overige vereveningsstappen

In dit analyseonderdeel wordt onderzocht wat de effecten van het flankerend beleid zijn op de overige vereveningsstappen. Over de periode 2010-2011 simuleren we de overige vereveningsstappen in de situatie waarin flankerend beleid zou zijn toegepast en vergelijken we de vereveningsresultaten met de vereveningsresultaten in de werkelijke situatie in deze jaren; de situatie waarin er nog macronacalculatie plaatsvindt. We onderzoeken het verschil in spreiding in de vereveningsresultaten in beide situaties en in welke mate de vereveningsresultaten in beide situaties met elkaar samenhangen. De belangrijkste conclusies zijn:

- De impact van de overige ex post vereveningsstappen als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid is beperkt (indien ervan wordt uitgegaan dat er geen macronacalculatie-elementen in de nacalculatie terechtkomen).
- De spreiding in de vereveningsresultaten in beide situaties is vergelijkbaar. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat verschuift wel enigszins als gevolg van andere resultaten in de bandbreedtestap. Deze conclusie gaat ook op wanneer men onderscheid maakt tussen risicodragers die wel of niet tot een concern behoren en risicodragers van verschillende grootte.
- De vereveningsresultaten in beide situaties hangen zeer sterk samen. Deze conclusie gaat ook op wanneer men onderscheid maakt tussen risicodragers die wel of niet tot een concern behoren en risicodragers van verschillende grootte.

Effect op de spreiding van het vereveningsresultaat na de overige vereveningsstappen

In deze paragraaf analyseren we het effect van het flankerend beleid ten opzichte van de macronacalculatie op de overige stappen in het risicovereveningsmodel. Over de jaren 2010 en 2011 zijn er gegevens beschikbaar van de hoge kosten compensatie-, de nacalculatie- en de bandbreedtestap. In deze jaren werd de macronacalculatie nog gehanteerd, dus de beschikbare gegevens bouwen voort op de vereveningsbijdrage na het toepassen van macronacalculatie. Voor deze jaren is het effect van het flankerend beleid gesimuleerd en zijn ook de overige vereveningsstappen gesimuleerd vanuit de vereveningsbijdrage na het toepassen van flankerend beleid. Door de gewogen gemiddelde vereveningsbijdrage en de bijbehorende gewogen standaarddeviatie voor deze twee methoden te vergelijken, krijgen we een goed beeld van wat de effecten van flankerend beleid geweest zouden zijn. In 2012 en 2013 zijn de gegevens van de overige vereveningsstappen nog niet beschikbaar, daarom laten we deze jaren in deze analyse buiten beschouwing.

In Tabel 26 zijn de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten en bijbehorende gewogen standaarddeviaties per deelbedrag gegeven in de situatie wanneer flankerend beleid zou zijn toegepast in 2010-2011 in plaats van macronacalculatie. In de simulatie van de overige vereveningsstappen na flankerend beleid worden alle overige vereveningsstappen meegenomen om het effect te meten. Merk op dat niet de situatie in 2012-2013, waarin nacalculatie op het deelbedrag 'variabel' is afgeschaft, evenals dat de hoge kosten compensatie op andere deelbedragen dan 'gGGZ18+' is afgeschaft en de bandbreedteregeling wordt afgebouwd, geprojecteerd wordt op 2010-2011. In Tabel 27 zijn de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten en de gewogen standaarddeviaties per deelbedrag gegeven in de originele situatie, wanneer er macronacalculatie toepast wordt.

Tabel 26 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van de andere vereveningsstappen na het toepassen van flankerend beleid (*euro per premieplichtige*).

		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
Jaar	Deelbedrag	Na HKC	Na NC	Na BB	Na HKC	Na NC	Na BB
2011	Variabel + B-DBC	-24,19	-23,75	-23,38	26,72	21,39	14,21
	gGGZ18+	-12,10	-12,10	-11,34	9,69	9,69	5,03
	Overig	39,99	39,99	39,99	26,72	26,72	26,72
	Totaal	3,70	4,14	5,27	54,49	49,52	38,56
2010	Variabel + B-DBC	-1,93	14,43	10,50	24,77	19,59	13,09
	gGGZ18+	21,80	21,80	22,07	8,28	8,28	5,72
	Overig	20,17	20,17	20,17	25,12	25,12	25,12
	Totaal	40,04	56,40	52,73	46,50	42,00	33,48

Tabel 27 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van de andere vereveningsstappen na het toepassen van macronacalculatie (*euro per premieplichtige*).

		Gewogen gemiddelde resultaat			Gewogen standaarddeviatie		
Jaar	Deelbedrag	Na HKC	Na NC	Na BB	Na HKC	Na NC	Na BB
2011	Variabel + B-DBC	0,00	0,00	0,48	26,69	21,36	14,16
	gGGZ18+	0,00	0,00	0,56	9,33	9,33	4,96
	Overig	0,00	0,00	0,00	26,80	26,80	26,80
	Totaal	0,00	0,00	1,05	54,20	49,23	38,59
2010	Variabel + B-DBC	0,00	0,00	0,10	24,70	19,54	14,15
	gGGZ18+	0,00	0,00	0,65	8,74	8,74	5,58
	Overig	0,00	0,00	0,00	25,14	25,14	25,14
	Totaal	0,00	0,00	0,75	46,83	42,35	35,80

In Tabel 26 en Tabel 27 valt op dat voor de HKC en BB vereveningsstappen de verandering in de gewogen standaarddeviatie in het vereveningsresultaat na het toepassen van flankerend beleid of na het toepassen van macronacalculatie nagenoeg gelijk is, maar dat er wel een verschuiving tussen de vereveningsresultaten plaatsvindt afhankelijk van de toegepaste methodiek. Deze conclusies gaan ook op wanneer er onderscheid wordt gemaakt naar risicodragers die wel of niet deel uitmaken van een concern, of naar risicodragers van verschillende grootte (niet getoond).

Voor de NC-vereveningsstap is er wel sprake van een verandering in het gewogen gemiddelde resultaat. Dit is het gevolg van het feit dat een deel van de macronacalculatie bij het simuleren van deze stap terecht is gekomen bij de NC-vereveningsstap. Het macro-effect van de NC-stap was echter nihil geweest indien hier in deze simulatie geen rekening mee was gehouden.

We merken op dat de overige vereveningsstappen een nihil effect hebben op het deelbedrag 'overig'. De bandbreedte heeft nog een licht effect op het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat van het deelbedrag 'gGGZ18+' en haalt wat spreiding uit de vereveningsresultaten. Voor 'variabel + B-DBC' hebben de overige vereveningsstappen wel effect; vooral in 2010 zien we aanzienlijke verschuivingen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat. Zonder macronacalculatie is het effect van de nacalculatie in dit geval sterker.

Samenhang in het vereveningsresultaat na de overige vereveningsstappen

In deze paragraaf analyseren wij in welke mate de vereveningsresultaten na de overige vereveningsstappen na het toepassen van flankerend beleid en de vereveningsresultaten na de overige vereveningsstappen na het toepassen van macronacalculatie met elkaar samenhangen. We gebruiken wederom een simulatie van het flankerend beleid in 2010 en 2011 en de R^2 -parameter om de samenhang¹³ tussen de vereveningsresultaten te meten.

Tabel 28 – Samenhang tussen het vereveningsresultaat na de overige vereveningsstappen na het toepassen van flankerend beleid en het vereveningsresultaat na de overige deelstappen na het toepassen van macronacalculatie (R^2).

Jaar	Deelbedrag	Resultaat na MNC	Resultaat na NC	Resultaat na BB
2011	Variabel + B-DBC	1,000	1,000	1,000
	gGGZ18+	0,996	0,996	0,976
	Overig	1,000	1,000	1,000
	Totaal	1,000	1,000	1,000
2010	Variabel + B-DBC	1,000	1,000	0,884
	gGGZ18+	0,953	0,953	0,954
	Overig	1,000	1,000	1,000
	Totaal	0,999	0,999	0,981

In Tabel 28 is te zien dat de samenhang tussen de vereveningsresultaten na iedere vereveningsstap na toepassen van flankerend beleid en vereveningsresultaten na iedere vereveningsstap na toepassen van macronacalculatie erg hoog is. Deze conclusie gaat ook op wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers, of tussen risicodragers van verschillende grootte (niet getoond).

¹³ Let dat we hier niet van samenhang tussen dezelfde vereveningsresultaten in opeenvolgende analysejaren spreken, zoals in Onderdeel 4E maar samenhang tussen verschillende vereveningsresultaten in hetzelfde analysejaar.



Inzichten uit het veld

5 Inzichten uit het veld



Als onderdeel van ons onderzoek naar de werking van macronacalculatie en flankerend beleid en de mate waarin het doel van het afschaffen van de macronacalculatie en het invoeren van het flankerend beleid is behaald, hebben wij een aantal interviews afgenomen bij experts uit het veld. De experts die wij hebben geïnterviewd zijn van de volgende partijen:

- Centraal Planbureau (CPB);
- een concernzorgverzekeraar;
- een zelfstandige zorgverzekeraar;
- ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Zorginstituut Nederland (ZINL);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

In onze interviews zijn we met iedere expert allereerst ingegaan op de veranderingen die het afschaffen van de macronacalculatie teweeg hebben gebracht. In de uitwerking van de interviews zullen dan ook eerst deze vragen aan bod komen. Vervolgens hebben we de effecten van de introductie van het flankerend beleid met iedere expert besproken. De uitwerking van de interviews is vraagsgewijs opgenomen. De uitspraken en conclusies zullen over het algemeen niet direct herleidbaar zijn tot een van de partijen uit de bovenstaande lijst. Daarom zijn er geen citaten opgenomen in de uitwerking, maar is in de uitwerking per vraag een samenvatting van de gegeven antwoorden opgenomen.

5.1 Interviewvragen met betrekking tot de afschaffing van de macronacalculatie

Wat zijn naar uw mening de grootste veranderingen van het afschaffen van de macronacalculatie?

Door de meeste geïnterviewden wordt als grootste verandering genoemd dat het risico van een afwijking tussen het macroprestatiebedrag en gerealiseerde zorgkosten nu bij de zorgverzekeraars ligt in plaats van bij de overheid. Dit leidt volgens meerdere geïnterviewden tot volatielere resultaten.

Een aantal geïnterviewden merkt hierbij op dat het belangrijker is geworden dat de raming een zo goed mogelijke inschatting is van de werkelijke zorgkosten. In 2012 waren de ramingen een overschatting van de werkelijke macrokosten, maar een aantal geïnterviewden geeft aan dat dit wellicht onnodig was omdat de overheid had kunnen weten dat een aantal patenten in de farmacie zouden aflopen. Het beeld leeft dat over het algemeen zorgverzekeraars een betere inschatting van de macrokosten kunnen maken dan de overheid.

Dit beeld wordt echter tegengesproken door de twee geïnterviewde zorgverzekeraars. De geïnterviewden geven namelijk aan dat zij geen eigen raming van de zorgkosten maken, maar dat zij als basis vooral de raming van VWS en de raming van Zorgverzekeraars Nederland volgen. Het afschaffen van de macronacalculatie leidt volgens deze geïnterviewden vooral tot een grotere onzekerheid, omdat een verschil tussen de daadwerkelijke zorgkosten en de kostenraming bij het vaststellen van het macroprestatiebedrag nu voor rekening van de zorgverzekeraars is en de zorgverzekeraars moeten in deze situatie naar hun mening vertrouwen op de ramingen van VWS en Zorgverzekeraars Nederland.

Een andere verandering van het afschaffen van de macronacalculatie is dat voor grote zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage die zij ontvangen uit het ZVF nu helder is. Zij weten van tevoren welke

vereveningsbijdrage zij krijgen en kunnen naar die vereveningsbijdrage handelen. De gerealiseerde zorgkosten kunnen afwijken van het macroprestatiebedrag, maar voor grote (concern)zorgverzekeraars zijn de effecten van het flankerend beleid niet materieel.

Zorgverzekeraars gaan door de afbouw van de ex post compensatiemechanismen meer financieel risico lopen. Doel van deze wijziging is om het risicovereveningssysteem verder te verbeteren en daarmee de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten. Is het doel zoals geformuleerd behaald?

De meeste geïnterviewden geven aan dat het doel zoals geformuleerd – het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem en daarmee het stimuleren van de zorgverzekeraars om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten – behaald is, maar zeggen niet dat dit door de afschaffing van macronacalculatie komt. Het effect van het afschaffen van de macronacalculatie op het vergroten van de doelmatigheidsprikkels is moeilijk te isoleren en daarmee moeilijk te meten, gelet op het grote aantal wijzigingen dat tegelijkertijd heeft plaatsgevonden. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het afschaffen van de andere ex post mechanismen vermoedelijk een (veel) groter effect heeft. Er wordt aangegeven dat het gehele complex van veranderingen (waaronder bijvoorbeeld ook de toename in het aantal B-DBC's, het afschaffen van de functionele bekostiging bij vaste ziekenhuiskosten, het afsluiten van Hoofdlijnakkoorden en het afschaffen van de overige ex post compensatiemechanismen vallen) heeft geleid tot scherpere onderhandelingen bij de zorginkoop.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat de grote verandering is dat zorgverzekeraars nu meer verantwoordelijkheid krijgen voor doelmatigheid van zorginkoop. Dit zou dan volgens de geïnterviewde vooral voor grote zorgverzekeraars op moeten gaan. Zonder macronacalculatie is het vereveningsresultaat van een zorgverzekeraar alleen afhankelijk van de absolute, individuele prestatie. Door het afschaffen van de macronacalculatie zouden de doelmatigheidsprikkels kunnen worden vergroot omdat met name zorgverzekeraars met een groter marktaandeel een groter deel van de winst die zij behalen met zorginkoop mogen houden. Met toepassing van de macronacalculatie dient een deel (namelijk het marktaandeel) van de zorginkoopwinst terug te worden betaald aan het ZVF. Deze geïnterviewde gaat ervan uit dat doelmatigheidsprikkels werken in termen van absolute prikkels. Met absolute prikkels wordt hier bedoeld een prikkel in totale euro's winst. Deze prikkel neemt toe met de afschaffing van de macronacalculatie. Dit principe van absolute prikkels wordt echter door anderen die uit gaat van relatieve prikkels bestreden. Met relatieve prikkels wordt hier bedoeld de prikkels ten opzichte van andere marktpartijen. Door het afschaffen van de macronacalculatie is er geen verandering in de onderlinge concurrentieverhouding en gaat er als gevolg dus ook geen (directe) doelmatigheidsprikkel uit van het afschaffen van de macronacalculatie. Wij hebben verder geen onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag of prikkelwerking uitgaat van absolute prikkels of van relatieve prikkels.

Een andere geïnterviewde geeft aan dat de afschaffing van de macronacalculatie er wel voor zorgt dat zorgverzekeraars het risico dragen van gerealiseerde kosten die hoger zijn dan de macrozorgkostenraming. De afschaffing van de macronacalculatie is slechts één maatregel in het pakket met maatregelen ter vergroting van de doelmatigheidsprikkels en deze maatregelen tezamen zorgen ervoor dat onder andere de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord wordt versterkt. In het Hoofdlijnenakkoord worden afspraken tussen de overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot de zorguitgaven vastgelegd.

Een andere geïnterviewde twijfelt aan de stelling dat de zorgverzekeraars door de afschaffing van de macronacalculatie meer financieel risico lopen. Deze geïnterviewde ziet het meer als een financieringsvraagstuk van het verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten op de korte termijn. Bij het grootste deel van de zorgverzekeraars is er geen mogelijkheid dat het geld niet binnen het systeem blijft; door de juridische structuur is er geen mogelijkheid om een positief vereveningsresultaat uit te keren aan aandeelhouders (bijna alle zorgverzekeraars zijn onderlinge waarborgmaatschappijen). Vereveningsresultaten worden als gevolg van het verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten verwerkt in de premiestelling of kunnen worden gebruikt voor investeringen in de zorg of om andere kosten (zoals bedrijfsvoering) te dekken. Uiteindelijk maakt het daarom als gevolg weinig uit voor de zorgkosten op totaalniveau. Een van de

andere geïnterviewden geeft aan dat het echter wel een aantal jaar kan duren voordat dit via de premie weer is rechtgetrokken. Zeker voor kleine zorgverzekeraars speelt dit een grote rol en kan dit voor problemen zorgen.

Een andere geïnterviewde vindt dat het deel van het doel dat als 'het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem' geformuleerd is, niet gehaald is. Door de ex post mechanismen, zoals de hoge kosten compensatie, kunnen uitzonderingen in de zorgportefeuille, zoals verzekerden met een ziekte die erg duur is om te behandelen, goed worden gecorrigeerd. Het afschaffen van bijvoorbeeld het HKC ex post mechanisme is naar de mening van deze geïnterviewde juist een verslechtering. Deze stelling wordt tegengesproken door een andere geïnterviewde, die aangeeft dat de correcties van de HKC nu ex ante worden gedaan door de Meerjarig Hoge Kosten-verevening (MHK).

Tot slot geeft een van de geïnterviewden aan dat het doel om de zorgverzekeraar te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop niet gehaald is door het afschaffen van de macronacalculatie. Deze geïnterviewde geeft aan dat deze prikkel vooral voortkomt uit onderlinge prikkels onder de zorgverzekeraars uit concurrentieoverwegingen en dat deze onderlinge verhoudingen niet worden aangetast door het afschaffen van de macronacalculatie. Deze geïnterviewde geeft wel aan dat het doel met betrekking tot de beheersing van zorgkosten wel gehaald is.

Wat waren uw verwachtingen vooraf van de afschaffing van de macronacalculatie en heeft u hier documentatie van (bijvoorbeeld brieven waarmee u het beleid heeft proberen te beïnvloeden)? Zijn uw verwachtingen uitgekomen?

Een aantal geïnterviewden verwachtte een grotere onzekerheid voor zorgverzekeraars ten aanzien van de macrokosten en verwachtte daarom dat zorgverzekeraars een risico-opslag in de rekenpremie zouden opnemen. Deze verwachting is uitgekomen. De geïnterviewde zorgverzekeraars hebben een risico-opslag in de rekenpremie opgenomen, omdat er onzekerheid is over de ontwikkeling van de macrokosten en de zorgverzekeraars niet meer beschermd zijn tegen een stijging van de macrokosten. Omdat in de jaren voor 2012 de raming van VWS vaak een onderschatting voor de stijging van de macrokosten bleek te zijn, hebben de geïnterviewden de rekenpremie prudent ingeschat. Daarbij merken een aantal geïnterviewden op dat zorgverzekeraars over het algemeen een overschrijding van de vereveningsbijdrage ruimer in de premiestelling zullen verwerken dan een onderschrijding van de vereveningsbijdrage (uit prudentieoverwegingen).

De meeste geïnterviewden geven aan dat zij niet hebben geprobeerd het beleid te beïnvloeden. Een aantal van de geïnterviewden heeft aangegeven een bezwaar tegen de afschaffing van de macronacalculatie kenbaar te hebben gemaakt middels een brief of notitie.

Wat zijn de neveneffecten geweest van het afschaffen van de macronacalculatie en zijn deze naar uw mening wenselijk?

Een van de neveneffecten die worden genoemd is dat er nu een grotere schommeling in resultaten van zorgverzekeraars is. Een geïnterviewde geeft aan dat hierdoor mogelijk marktimplementatie (toetreding tot de markt door nieuwe zorgverzekeraars) wordt tegengewerkt. Als zorgverzekeraars meerdere jaren achtereen winsten hebben behaald, dan hebben zij daarmee een buffer kunnen opbouwen. Nieuwkomers hebben deze buffer niet en kunnen daarom meerjarige verliezen niet aan. Andersom kan dit ook een voordeel zijn bij meerdere jaren verliezen, waardoor bestaande zorgverzekeraars de premiestelling moeten aanpassen terwijl nieuwkomers dit niet hoeven.

Een ander neveneffect dat wordt genoemd is de risico-opslag in de rekenpremie. Dit is toegelicht bij de uitwerking van de voorgaande interviewvraag. Daarnaast is de uit wet- en regelgeving voorgeschreven solvabiliteitsmarge in de premiestelling van zorgverzekeraars toegenomen van 9% naar 11%¹⁴. Ten grondslag aan deze stijging ligt onder andere het afschaffen van de ex post

¹⁴ Ter indicatie: dit verschil in solvabiliteitsmarge ligt op macroschaal tussen de 700 miljoen en 900 miljoen euro op basis van de totale schadelast 2012 en 2013.

compensatiemechanismen. Het is aannemelijk dat het afschaffen van de macronacalculatie een deel van deze stijging verklaart, het is echter geenszins vast te stellen welke mate van de stijging verklaard wordt door het afschaffen van de macronacalculatie.

Een van de geïnterviewden noemt als positief neveneffect dat het vereveningsresultaat eerder bij de verzekerden zal terugkomen met het afschaffen van de macronacalculatie. Het verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten leidt direct tot een vereveningsresultaat bij de zorgverzekeraars en kan als gevolg direct worden doorgegeven aan de verzekerden. Met macronacalculatie zal het verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten met vertraging, via het ZVF, terugkomen.

Een andere geïnterviewde geeft aan dat een neveneffect is dat er in 2012 en 2013 grote positieve resultaten zijn geweest op de vereveningsbijdrage. Vanwege de overgang naar het nieuwe toezichtsregime op zorgverzekeraars, Solvency II, moesten zorgverzekeraars hun vermogen versterken. Vanwege de grote positieve resultaten heeft deze versterking op natuurlijke wijze reeds plaatsgevonden.

Hebben zorgverzekeraars naar uw verwachtingen het beleid en/of de strategie aangepast als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie?

De meeste geïnterviewden verwachten dat de zorgverzekeraars hun premiebeleid hebben aangepast en een hogere bufferopslag hebben opgenomen. Een van de geïnterviewden geeft aan dat omdat zorgverzekeraars meer moeten gaan nadenken over de zorgkosten, zij mogelijk doelmatiger zorg gaan inkopen. De geïnterviewde zorgverzekeraars kunnen deze stelling echter niet bevestigen (met betrekking tot het afschaffen van de macronacalculatie).

Het afschaffen van de macronacalculatie heeft in de praktijk in 2012 en 2013 tot grote winsten bij zorgverzekeraars geleid. Hierover hebben wij de volgende vragen:

*i) Hadden naar uw verwachting de eventuele winsten en verliezen kunnen zijn omgekeerd?
ii) Kunnen de veranderingen over de jaren heen toegeschreven worden aan de afschaffing van de MNC of introductie van het FB, of spelen ook andere zaken een rol?*

Over deze vraag is veel discussie. Volgens een aantal geïnterviewden is het niet terecht dat in deze vraag wordt gesproken over grote winsten. We geven aan dat we hierbij doelen op het positieve vereveningsresultaat. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat dit positieve vereveningsresultaat niet noodzakelijk leidt tot een winst voor de zorgverzekeraar. De winst van de zorgverzekeraars is ook afhankelijk van andere componenten (zoals resultaat op de bedrijfsvoering en beleggingsresultaten), omdat hier ook de premiestelling en de overige bedrijfsvoering doorheen loopt.

De meeste geïnterviewden denken dat de winsten en verliezen in 2012 en 2013 ook omgekeerd hadden kunnen zijn. In 2012 is een aantal patenten voor medicijnen verlopen en dit heeft geleid tot lagere zorgkosten.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat zorgverzekeraars in hun premiestelling op een andere manier omgaan met een te verwachte hoge macro kostenraming dan met een te verwachte lage macro kostenraming. Zorgverzekeraars zullen over het algemeen een te verwachte lage macro kostenraming ruimer in de premiestelling verwerken dan een te verwachte hoge macro kostenraming, wegens een prudente insteek: een te lage macro kostenraming zal eerder als buffer worden aangehouden.

Veel geïnterviewden geven aan dat het opvallend is dat in de jaren voor 2010 de raming van de macrokosten een onderschatting was van de werkelijke zorgkosten. De werkelijke macrokosten bleken toen hoger te zijn dan de ramingen, waardoor bij het toepassen van de macronacalculatie de vereveningsbijdrage naar boven werd bijgesteld met geld uit het ZVF. In 2012 en 2013 bleek echter het tegenovergestelde het geval te zijn; de ramingen van de macrokosten bleken een overschatting van de werkelijke macrokosten te zijn. Hiermee heeft de afschaffing van de macronacalculatie in 2012 en 2013 in de praktijk tot een positief vereveningsresultaat tussen vereveningsbijdrage en zorgkosten voor zorgverzekeraars geleid. Dit positieve vereveningsresultaat is voornamelijk toe te schrijven aan het

afschaffen van de macronacalculatie. Dit is voor een groot deel ook de verklaring van de winsten van de zorgverzekeraars in deze jaren, omdat het positieve vereveningsresultaat door zorgverzekeraars niet (volledig) werd voorzien in de raming en daarmee leidde tot een meevaller.

Overige bevindingen

Naast de afwerking van onze vragenlijst kwamen ook de volgende punten nog aan de orde:

- Een aantal geïnterviewden geven aan dat de macronacalculatie naar hun mening onderdeel had moeten blijven van het risicovereveningssysteem, omdat zorgverzekeraars niet moeten worden blootgesteld aan risico's van ramingen die zij niet zelf uitvoeren. Zij geven aan dat de macronacalculatie juist een prikkel voor de overheid zou moeten zijn om de kostenramingen (de inschatting van het macroprestatiebedrag) zo realistisch mogelijk te maken.
- Ook wordt aangegeven dat door het afschaffen van de macronacalculatie het ministerie van VWS meer invloed uit kan oefenen op de premies die zorgverzekeraars vaststellen, en hierbij het risico loopt om bij het maken van de raming rekening te houden met politieke motieven.

5.2 Interviewvragen met betrekking tot de invoering van het flankerend beleid

Wat zijn naar uw mening de grote veranderingen van de introductie van het flankerend beleid?

Over de veranderingen van de introductie van het flankerend beleid zijn de meningen verdeeld. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat voornamelijk de complexiteit van het vereveningssysteem is toegenomen en daarmee ook de complexiteit van de berekeningen die zorgverzekeraars moeten maken.

De meeste geïnterviewden zijn van mening dat door invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden blijft en dat vinden de geïnterviewden een belangrijk aspect. Dit punt wordt echter door de geïnterviewde zorgverzekeraars niet direct als groot voordeel onderkend. Voor grote (concern)zorgverzekeraars heeft het flankerend beleid slechts beperkte impact, omdat deze op concernniveau een populatie hebben die (voor toepassing van het flankerend beleid) vergelijkbaar is met het marktgemiddelde. Dit is echter niet het geval voor kleinere (zelfstandige) zorgverzekeraars. Voor deze zorgverzekeraars kan de impact van het flankerend beleid een aanzienlijke impact op het vereveningsresultaat hebben. Deze impact is niet per definitie gewenst en leidt er in ieder geval toe dat kleine zorgverzekeraars langer moeten wachten voordat de vereveningsresultaten bekend zijn (ten opzichte van de situatie waarin er geen flankerend beleid zou worden toegepast).

Het doel van de macronacalculatie was het waarborgen dat elke verzekerde voor een zorgverzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt. Ook als de macrokostenramingen afwijken van de macrokostenrealisaties. Hierdoor wordt de prikkel tot risicoselectie als gevolg van genoemde afwijkingen gemitigeerd. Door het flankerend beleid wordt het afschaffen van de macronacalculatie verantwoord ingevoerd. Is het doel zoals geformuleerd behaald?

De meeste geïnterviewden zijn van mening dat door invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden blijft.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat het behouden van het gelijke speelveld er niet noodzakelijk toe leidt dat de prikkel tot risicomitigatie wordt verwezenlijkt. Een andere geïnterviewde is van mening dat er van het flankerend beleid helemaal geen prikkel uitgaat. Als een zorgverzekeraar weet dat het ex ante model geen recht doet aan een bepaalde groep verzekerden (met bepaalde kenmerken), dan maakt de zorgverzekeraar op die bepaalde groep verzekerden een verlies. Het flankerend beleid corrigeert dat niet volgens deze geïnterviewde. Een andere geïnterviewde geeft aan dat dit wellicht ten grondslag ligt aan het ontstaan van veel verschillende, zeer specifieke polissen op de zorgverzekeringsmarkt.

Heeft het flankerend beleid in de praktijk daadwerkelijk geleid tot het behouden van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars?

Volgens de meeste geïnterviewden heeft het flankerend beleid geleid tot het behouden van een gelijk speelveld. De onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars blijven hetzelfde na afschaffing van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid, maar de absolute resultaten zijn anders.

Meerdere geïnterviewden plaatsen hier echter een kanttekening bij. Er is een enorme overschrijding geweest op macroniveau, maar dat werd voornamelijk veroorzaakt door een verschil tussen geschatte en gerealiseerde zorgkosten voor de farmacie. Het flankerend beleid werkt alleen goed op het moment dat de stijging van de macrokosten over alle onderdelen even groot is. Deze geïnterviewden betwijfelen of de gehele populatie in dezelfde mate gebruik heeft gemaakt van de specifieke medicijnen. Een zorgverzekeraar met een relatief groot aantal van deze verzekerden, of juist een klein aantal van deze verzekerden, kan hierdoor zijn bevoorreed of benadeeld volgens de geïnterviewden.

Hadden naar uw mening andere beleidsmaatregelen genomen dienen te worden na het afschaffen van de macronacalculatie en zo ja, welke?

Een aantal geïnterviewden oppert dat de deelbedragen meer opgesplitst kunnen worden bij de uitvoering van het flankerend beleid. Dit diepere niveau heeft als gevolg dat de kans toeneemt dat de verschuivingen over de juiste groepen en zorgverzekeraars plaatsvinden. Er wordt aangegeven dat in 2012 en 2013, met name voor het deelbedrag 'overig', de verschuivingen als gevolg van het flankerend beleid niet per definitie een één op één relatie hebben met de realiteit (van de populatie) bij de zorgverzekeraars.

Wanneer de inschatting van het macroprestatiebedrag accuraat de gerealiseerde kosten benadert zou macronacalculatie overbodig zijn en dus kunnen worden afgeschaft. Dit is volgens een aantal geïnterviewden echter nog niet het geval.

Wat zijn de neveneffecten geweest van het introduceren van het flankerend beleid en zijn deze naar uw mening wenselijk?

Een neveneffect dat wordt genoemd is dat het flankerend beleid het risico bij zorgverzekeraars met een afwijkende portefeuille verhoogt ten opzichte van de situatie waarin geen flankerend beleid toegepast zou worden. Indien een zorgverzekeraar een portefeuille heeft met gunstige risico's, zal bij deze zorgverzekeraar een positief vereveningsresultaat sterker positief worden als gevolg van het flankerend beleid (en andersom). Dit is echter een gevolg van hoe het gelijke speelveld is gedefinieerd.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat bij het uitvoeren van het flankerend beleid, het berekenen van de macronacalculatie nog steeds een stap is. Dit zorgt ervoor dat de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage nog steeds vier jaar duurt en zorgverzekeraars nog steeds lang moeten wachten totdat hun definitieve vereveningsresultaat bekend is. Dit wordt met name door kleinere zorgverzekeraars als een nadeel van het flankerend beleid gezien. Er is als het ware sprake van een 'trade-off' tussen het gelijke speelveld en de snellere zekerheid over vereveningsresultaten. Dit punt speelt met name voor kleinere zorgverzekeraars, omdat voor grotere (concern)verzekeraars het flankerend beleid slechts beperkte invloed heeft.

Hebt u op dit moment suggesties voor hoe de inrichting beter kan worden gemaakt?

Een geïnterviewde geeft als suggestie aan om het flankerend beleid uit consistentie-overwegingen ook toe te passen op het eigen risico.

Een andere suggestie die wordt aangedragen is om alle ex post compensatiemechanismen en het flankerend beleid af te schaffen. Dat zorgt ervoor dat zorgverzekeraars minder lang in onzekerheid zijn over de definitieve resultaten en sneller inzicht hebben in de afrekening. Een andere geïnterviewde geeft ook aan dat er bij zorgverzekeraars een discussie speelt over de gewenste weging tussen enerzijds de zuiverheid van de afrekening van de vereveningsbijdragen en anderzijds de snelheid

waarmee de vereveningsbijdragen worden afgerekend. Op dit moment hebben zorgverzekeraars pas inzicht in hun definitieve vereveningsresultaat na vier jaar. Het effect van het flankerend beleid is pas duidelijk als alle resultaten binnen de markt bekend zijn. Een alternatief beleid dat in die discussie wordt geopperd is het afschaffen van flankerend beleid¹⁵. Ook een versnelling in de vaststellingen draagt bij aan het eerder zekerheid hebben over het vereveningsresultaat. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is het verkorten van de doorlooptijd van de DBC's. Voor de ziekenhuizen is deze verkorting in 2015 doorgevoerd.

Een derde suggestie die wordt geopperd is om het flankerend beleid niet af te schaffen, maar juist op hogere granulariteit (dus op een dieper niveau dan per deelbedrag) uit te voeren, om beter aan te sluiten bij de specifieke portefeuilles van de zorgverzekeraars. Dit verkleint de kans dat effecten van het flankerend beleid op hele specifieke onderdelen worden toegepast bij zorgverzekeraars met maar een beperkte populatie die aanspraak maakt op deze hele specifieke onderdelen.

Hebben zorgverzekeraars naar uw verwachtingen het beleid en/of de strategie aangepast als gevolg van het flankerend beleid?

De meeste geïnterviewden denken dat de zorgverzekeraars het beleid en/of de strategie niet hebben aangepast als gevolg van de introductie van het flankerend beleid, in ieder geval niet anders dan dat de zorgverzekeraars al hebben gedaan als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie. De geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan het beleid en/of de strategie niet te hebben aangepast als gevolg van de introductie van het flankerend beleid.

¹⁵ Afschaffen van flankerend beleid type 2. Type 1 blijft relevant.

A photograph of a surgeon in an operating room. The surgeon is wearing a blue surgical cap, glasses, and a green surgical mask. He is wearing blue scrubs and is holding a black device with a green top. In the background, other surgeons are visible, also wearing masks and caps. The room is lit with large, circular surgical lights.

Conclusies en aanbevelingen

6 Conclusies en aanbevelingen



In ons onderzoek naar de effecten van het afschaffen van de macronaïcalculatie en het introduceren van het flankerend beleid staan twee onderzoeksvragen centraal:

1. Wat zijn de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronaïcalculatie en de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van zorgverzekeraars?
2. Worden de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronaïcalculatie en de introductie van het flankerend beleid behaald?

In dit hoofdstuk geven we antwoord op deze vragen aan de hand van onze bevindingen van de kwantitatieve analyse en onze interviews met experts in het veld, die respectievelijk terug te vinden zijn in hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5.

Wat zijn de kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronaïcalculatie en de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van zorgverzekeraars?

De kwantitatieve effecten van het afschaffen van de macronaïcalculatie omvatten hoofdzakelijk een verschuiving van risico van de overheid naar de zorgverzekeraars en daarmee hoge vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars over 2012 en 2013 (van respectievelijk 0,7 miljard euro en 1,8 miljard euro). Het introduceren van het flankerend beleid heeft, met name als het macroprestatiebedrag een goede raming van de gerealiseerde zorgkosten is, geen grote effecten op het vereveningsresultaat ten opzichte van het niet uitvoeren van flankerend beleid, maar zorgt ervoor dat een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars behouden wordt. De spreiding en samenhang in onderlinge vereveningsresultaten blijft gelijk ten opzichte van de situatie waarin macronaïcalculatie uitgevoerd zou worden.

Worden de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronaïcalculatie en de introductie van het flankerend beleid behaald?

Bij het beantwoorden van deze vraag gaan we eerst in op of de beoogde doelstellingen van de afschaffing van de macronaïcalculatie gehaald zijn, daarna gaan we in op of de beoogde doelstellingen van het introduceren van het flankerend beleid gehaald zijn.

Macronaïcalculatie

Wij constateren dat er in het veld gesteld wordt dat de doelstelling van het afschaffen van de macronaïcalculatie – het verder verbeteren van het risicovereveningssysteem en daarmee het stimuleren van de zorgverzekeraars om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten – gehaald is, het is echter niet duidelijk of dit kan worden toegeschreven aan de afschaffing van de macronaïcalculatie zelf. Het effect van het afschaffen van de macronaïcalculatie op het vergroten van de prikkels tot doelmatigheid is niet meetbaar en waarschijnlijk zeer klein; er spelen veel effecten tegelijkertijd en het effect van het afschaffen van de macronaïcalculatie is moeilijk te isoleren. Voor het afschaffen van de macronaïcalculatie leek de doelmatigheidsprikkel al aanwezig te zijn bij zorgverzekeraars en het afschaffen van de macronaïcalculatie lijkt niet tot een directe extra toename in deze doelmatigheidsprikkel te hebben gezorgd. Het afschaffen van de macronaïcalculatie maakt echter deel uit van een totaalpakket aan maatregelen. Niet uit te sluiten valt dat van bijvoorbeeld het afschaffen van de overige ex post mechanismen wel een extra doelmatigheidsprikkel uitgaat. Daarnaast heeft het afschaffen van de macronaïcalculatie wellicht een indirecte doelmatigheidsprikkel, omdat het in potentie een bevorderend effect heeft op het nakomen van de hoofdlijnakkoorden die worden gesloten om de zorgkostenontwikkeling in de hand te houden.

De risico's van de macrokostenramingen zijn als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie verschoven van de overheid naar de zorgverzekeraars. Dit vergroot het belang voor zorgverzekeraars van het goed ramen van de zorgkosten. Dit betreft zowel hun eigen raming als de raming van het macroprestatiebedrag van de overheid.

Flankerend beleid

De onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars blijven hetzelfde na afschaffing van de macronacalculatie en het introduceren van het flankerend beleid, maar de absolute vereveningsresultaten zijn anders. Daarom is het zo dat door invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden is gebleven, hetgeen positief is. Echter, voor grote concernzorgverzekeraars (met een gemiddelde populatie) heeft het flankerend beleid slechts beperkte impact, terwijl voor kleinere zelfstandige zorgverzekeraars (met een afwijkende populatie) het flankerend beleid een aanzienlijke onzekerheid kan geven in het vereveningsresultaat, omdat het jaren duurt voordat de resultaten definitief zijn (wat ook zo is in de situatie met macronacalculatie). Vanwege de beperkte impact van het flankerend beleid, met name als het macroprestatiebedrag een goede raming van de gerealiseerde kosten is, is het de vraag of de onzekerheid in vereveningsresultaat voor kleinere zorgverzekeraars opweegt tegen de voordelen van het gelijke speelveld. Een betere raming van het macroprestatiebedrag zal tot kleinere vereveningsresultaten leiden en het toepassen van flankerend beleid minder relevant maken. Het niet uitvoeren van flankerend beleid geeft zorgverzekeraars eerder zekerheid over hun resultaat; bij een betere raming van het macroprestatiebedrag zou het dus vanwege de tijdswinst en de onafhankelijkheid van resultaten ten opzichte van de overige zorgverzekeraars op kunnen wegen om het flankerend beleid niet uit te voeren.

Aanbevelingen

Alles overwegende adviseren wij om:

- 1 te onderzoeken op welke wijze bij de vaststelling van de macrozorgkostenraming, waar mogelijk, beter en sneller aangesloten kan worden op ontwikkelingen in de zorg. Dit dient tot doel te hebben dat deze raming een (nog) betere inschatting van de gerealiseerde zorgkosten wordt. Betere macroramingen leiden ertoe dat voorzienbare kostenontwikkelingen (zoals volgens sommigen de kostendaling in de farmacie in 2012 en 2013) niet leiden tot van nul afwijkende vereveningsresultaten bij zorgverzekeraars. Hierbij merken we op dat we grote waarde zien in een onafhankelijke raming waarbij van tevoren niet voorspeld kan worden of de werkelijke zorgkosten hoger/lager uit zullen vallen dan deze raming;
- 2 het flankerend beleid (deels) af te schaffen, tenzij hier grote bezwaren tegen zijn vanuit de zorgverzekeraars. Het flankerend beleid zorgt deels voor het behoud van een gelijk speelveld, maar leidt tot een grotere onzekerheid in vereveningsresultaten voor met name zorgverzekeraars met een afwijkende populatie (vaak kleine en/of zelfstandige zorgverzekeraars). Voor zorgverzekeraars met een gemiddelde populatie maakt het voor het vereveningsresultaat weinig uit of flankerend beleid wordt gecontinueerd of afgeschaft. Het belang van het hanteren van flankerend beleid neemt af wanneer de macroramingen verbeterd worden, zoals benoemd onder punt 1, omdat de impact van het flankerend beleid nihil is als de macrozorgkostenraming gelijk is aan de gerealiseerde zorgkosten. Betere macroramingen kunnen daardoor bijdragen aan het beheerst afschaffen van het flankerend beleid.

A photograph of two medical professionals walking through a modern hospital hallway. On the left, a man in a white lab coat over teal scrubs holds a tablet. On the right, an older man in teal scrubs carries a large stack of papers and folders. The background shows large windows and a clean, bright environment.

Appendices

Appendix 1 Begrippen

In het rapport worden verschillende begrippen gehanteerd. De betekenis van deze begrippen wordt toegelicht in Tabel 29.

Tabel 29 – Toelichting op veel gebruikte begrippen.

Risicodrager	Gelijk aan zorgverzekeraar.
Premieplichtigen	Verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is (in de praktijk: verzekerden van achttien jaar of ouder, exclusief gedetineerden).
Zorgkosten per premieplichtige	De zorgkosten van de risicodrager gedeeld door het aantal premieplichtigen.
Vereveningsbijdrage per premieplichtige	De vereveningsbijdrage die de risicodrager heeft ontvangen voor zijn premieplichtigen gedeeld door het aantal premieplichtigen.
Vereveningsresultaat per premieplichtige	De vereveningsbijdrage per premieplichtige minus de zorgkosten per premieplichtige.
Effect van vereveningsstap	Het verschil veroorzaakt door de betreffende vereveningsstap in het vereveningsresultaat.
Macroschaal/macroniveau	Totaalniveau van alle risicodrageren.

Daarnaast wordt in de tekst regelmatig verwezen naar de verschillende analyseonderdelen. In Tabel 30 staan deze onderdelen kort beschreven.

Tabel 30 – Korte omschrijving van veelvoorkomende analyseonderdelen.

Macro-effecten	Geeft op macroschaal de verschuivingen in de vereveningsbijdrage/het vereveningsresultaat aan als gevolg van de stappen in het risicovereveningsmodel.
Spreiding	Geeft aan in hoeverre de resultaten per risicodrager (het verschil tussen de vereveningsbijdrage en zorgkosten per premieplichtige) uit elkaar liggen. Een hoge spreiding betekent dat er veel variatie in het vereveningsresultaat is. Een lage spreiding betekent juist dat alle resultaten dicht bij elkaar liggen.
Verklaringskracht	Geeft aan in hoeverre de vereveningsbijdrage die een risicodrager na een vereveningsstap heeft ontvangen een lineair verband vertoont tot de gemaakte zorgkosten. Een hoge verklaringskracht geeft aan dat de ontvangen vereveningsbijdrage een sterk lineair verband heeft met de gemaakte zorgkosten.
Samenhang	Geeft aan in hoeverre de vereveningsbijdrage die een risicodrager in het ene jaar ontvangt vergelijkbaar is met de vereveningsbijdrage die deze in een ander jaar ontvangt. Een hoge samenhang betekent dat de vereveningsbijdrage aan een risicodrager in het ene jaar een sterk lineair verband vertoont met de vereveningsbijdrage in het volgende jaar.

Appendix 2 Achtergrondinformatie

Stappen in het risicovereveningsmodel

In dit rapport worden hoofdzakelijk de vereveningsstappen macronacalculatie en flankerend beleid onderzocht, maar wordt ook de impact van het afschaffen van de macronacalculatie en het invoeren van het flankerend beleid op de overige vereveningsstappen onderzocht. In Tabel 31 is een overzicht van de stappen in het risicovereveningsmodel tot aan 2012 opgenomen; vanaf 2012 is de macronacalculatiestap afgeschaft en is het flankerend beleid van toepassing:

Tabel 31 – Vereveningsstappen van het risicovereveningsmodel.

Vereveningsstap		Doel	Uitwerking
1	Verzekerdennacalculatie	Baseren van de risicoverevening op de juiste verzekerdenaantallen.	Verevening op basis van de juiste verzekerdenaantallen en verandering in de achtergrondkenmerken van de verzekerden.
2	Macronacalculatie (MNC)	Wegnemen van het gezamenlijk risico op de totale zorgkostenontwikkeling voor risicodragers.	Compensatie (zowel positief als negatief) voor risicodragers voor afwijkingen tussen de macrokostenraming en de macrokostenrealisatie.
3	Hoge Kosten Compensatie* (HKC)	Compenseren van zorgkostenverschillen in een vereveningsjaar tussen risicodragers als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades door een vorm van pooling.	Compensatie voor hoge schades. Een deel van de verzekerden heeft voorspelbare (structurele) hoge schades, bij een ander deel van de verzekerden zal er sprake zijn van incidenteel hoge zorgkosten.
4	Generieke verevening** (GV) (Niet van toepassing op de gGGZ)	Corrigeren van eventuele onvolkomenheden in het systeem.	Onderlinge verrekening tussen risicodragers van het verschil tussen de zorgkosten en de vereveningsbijdrage na toepassing van verzekerdenacalculatie, MNC en HKC voor de variabele ziekenhuiskosten.
5	Nacalculatie** (NC)	Bijstellen van de vereveningsbijdrage. Nacalculatie is afhankelijk van de mate waarin de gerealiseerde zorgkosten afwijken van de vereveningsbijdrage en wordt achteraf bepaald.	De hoogte van het financiële risico dat risicodragers lopen wordt gekoppeld aan de mogelijkheden die risicodragers hebben om de hoogte van de zorguitgaven te beïnvloeden.
6	Bandbreedteregeling (BB, in het verleden 'vangnet' genoemd)	Begrenzen van de financiële risico's die risicodragers lopen.	Het bijstellen van de vereveningsbijdrage voor risicodragers die qua vereveningsresultaat per premiebetalende verzekerde buiten bepaalde grenzen vallen. Hiermee worden de financiële risico's per premiebetalende verzekerde begrensd.
* Stap 3, 4 en 5 zijn onderlinge verrekeningen. Er verschuift geld van de ene naar de andere risicodrager. Deze vereveningsstappen hebben dus geen netto-effect op de totale vereveningsbijdrage die de groep risicodragers ontvangt. ** De effecten van de generieke verevening (stap 4) en de nacalculatie (stap 5) worden in dit rapport als één vereveningsstap beschouwd en NC genoemd.			

In dit rapport wordt aan de vereveningsstappen gerefereerd middels de afkortingen MNC, HKC, NC en BB. In elke stap worden de voorgaande stappen gecorrigeerd. Dat wil zeggen, in de per stap geraamde

vereveningsbijdrage zijn reeds alle voorgaande mechanismen meegenomen. Een uitzondering hierop vormt de HKC, deze compensatie heeft ook effect op de mechanismen vóór de HKC.

Werking van het flankerend beleid

In 2012 is het flankerend beleid ingevoerd. In Tabel 32 zijn de beleidsregels voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage na toepassing van het flankerend beleid bij de voorlopige herberekening opgenomen voor het deelbedrag variabele kosten en B-DBC's¹⁶. De beleidsregels voor de andere deelbedragen en op andere vaststellingsmomenten zijn vergelijkbaar.

Tabel 32 – Beleidsregels voor toepassing flankerend beleid.

Beleidsregels voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage na toepassing van flankerend beleid	
1	Op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2012, bepaalt het college de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2	Het college herberekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp per verzekerde voor de MHK klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3	Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van alle verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 8.
4	Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.
5	Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6	Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7	Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
8	Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012.
9	Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

¹⁶ Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012, artikel 20.

Deelbedragen in de zorgkosten

In ons onderzoek analyseren we de effecten van het afschaffen van macronacalculatie en het invoeren van flankerend beleid per deelbedrag en over het totaal van de deelbedragen. Bij de risicoverevening wordt er onderscheid gemaakt tussen de somatische zorg en de gGGZ.

Omdat risicodragers niet op alle zorgkosten dezelfde invloed kunnen uitoefenen of omdat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om te normeren, worden de voor de verevening relevante zorgkosten opgesplitst in verschillende typen kostensoorten, genaamd deelbedragen¹⁷. Het betreft hier de onderverdeling zoals gehanteerd vanaf 2010 tot 2013.

Tabel 33 – Deelbedragen voor de somatische zorg.

Deelbedragen voor de somatische zorg	
Vaste ziekenhuiskosten	Onder de vaste kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische zorg vallen bijvoorbeeld de afschrijvingen van gebouwen en apparatuur en rente op leningen. Vaste kosten worden per verzekerde verevend op basis van risicodragersspecifieke historische kosten. Het verschil tussen vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt anno 2013 gemaakt aan de hand van een indelingstabel en daarbij horende tarieven.
Variabele ziekenhuiskosten	Onder de variabele kosten ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische zorg vallen bijvoorbeeld kosten van specialisten in loondienst of vrijgevestigde specialisten, en eerstelijnsvoorzieningen. De Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) zijn per 1 januari 2005 ingevoerd en beschrijven met vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) op welke wijze een patiënt het ziekenhuis binnenkomt en hoe de behandeling voor de patiënt luidt. DBC's laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. De DBC-kosten worden ingedeeld in een vrij segment (B-DBC) en een gereguleerd segment (A-DBC). Het verschil tussen vaste en variabele kosten voor de A-DBC's binnen de ziekenhuiszorg wordt in 2013 gemaakt aan de hand van een indelingstabel op basis van de budgetteringssystematiek.
Kosten voor overige prestaties	Kosten worden als overige prestaties aangemerkt als deze niet gelden als kosten van verblijf en kosten van geneeskundige zorg van medisch specialisten. In de praktijk valt onder kosten van overige prestaties de extramurale curatieve zorg, zoals bijvoorbeeld huisartsen.
B-DBC-kosten	De B-DBC's zijn de DBC's met vrije prijzen. Alle vrije DBC's vallen onder dit deelbedrag. In 2013 is dit deelbedrag geheel opgegaan in het deelbedrag 'variabele ziekenhuiskosten'.

De vaste ziekenhuiskosten (vanaf 2007), waaronder een deel van de A-DBC kosten valt, worden volledig nagecalculeerd en vallen daarom in deze rapportage buiten de kwantitatieve analyse. In dit rapport zal aan bovenstaande deelbedragen die wel in de analyse worden meegenomen gerefereerd worden middels de aanduidingen 'variabele kosten', 'overige kosten' en 'B-DBC-kosten'.

Sinds 2010 zijn de gGGZ-kosten uitgesplitst naar kosten voor verzekerden ouder dan 18 jaar (gGGZ18+ kosten) en verzekerden jonger dan 18 jaar (gGGZ18- kosten). De gGGZ18- kosten worden volledig nagecalculeerd en vallen daarom in deze rapportage buiten de kwantitatieve analyse.

Wanneer we in dit rapport van totale zorgkosten spreken, dan doelen we daarmee op de som van de variabele kosten, de overige kosten, de B-DBC-kosten en de kosten voor de gGGZ18+.

Omvang risicodragers

In de kwantitatieve analyse van dit onderzoek worden de jaren 2010 tot en met 2013 geanalyseerd. De analyse wordt uitgevoerd op niveau van risicodragers, maar ook worden er uitsplitsingen van de risicodragers gemaakt naar zij die tot een concern behoren en zij die dat niet doen, en naar risicodragers

17 Bron: Beschrijving risicovereveningssysteem Zorgverzekeringswet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - 2007)

van verschillende grootte. Om de resultaten van het onderzoek in perspectief te brengen is in Tabel 34 per jaar het totaal aantal risicodragers in iedere categorie opgenomen en het aantal premieplichtigen (exclusief gedetineerden) per categorie.

Tabel 34 – Overzicht omvang van uitsplitsingen van risicodragers per jaar.

		2013	2012	2011	2010
Risicodragers	Aantal	26	26	27	28
	Aantal premieplichtigen	13.305.485	13.233.228	13.139.369	13.025.146
Concern- risicodragers	Aantal	20	20	21	20
	Aantal premieplichtigen	11.961.246	11.930.045	11.934.142	11.441.594
Zelfstandige risicodragers	Aantal	6	6	6	8
	Aantal premieplichtigen	1.344.239	1.303.183	1.205.228	1.583.551
Grote risicodragers	Aantal	8	9	9	9
	Aantal premieplichtigen	9.789.401	10.153.883	9.894.697	9.922.892
Middelgrote risicodragers	Aantal	12	10	11	11
	Aantal premieplichtigen	3.126.858	2.566.599	2.720.975	2.594.506
Kleine risicodragers	Aantal	6	7	7	8
	Aantal premieplichtigen	389.225	512.746	523.697	507.748

Appendix 3 Uitgangspunten

De observaties in dit rapport zijn gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- De kwantitatieve analyses zijn gebaseerd op de jaren 2010, 2011, 2012 en 2013.
- De kosten voor overige prestaties en de gGGZ18+ worden voor elk jaar apart geanalyseerd, de variabele ziekenhuiskosten worden samen geanalyseerd met de B-DBC's. De vaste kosten en de gGGZ18- kosten worden niet meegenomen in de kwantitatieve analyse.
- De resultaten na elke vereveningsstap worden weergegeven alsof dit de laatste stap is in de risicoverevening.
- De GV en de NC worden tezamen als één vereveningsstap beschouwd.
- Risicodragers zijn gecategoriseerd als 'groot' wanneer zij meer dan 500.000 verzekerden hebben, en als 'klein' wanneer zij minder dan 150.000 verzekerden hebben. Hiertussen worden risicodragers geclassificeerd als 'middelgroot'.
- Als maat voor de spreiding wordt gebruikgemaakt van de gewogen standaarddeviatie. De weging vindt plaats op basis van aantallen premieplichtigen.
- Wanneer effecten of variabelen over de jaren heen worden vergeleken, is de gebruikte R²-parameter ongewogen, waardoor iedere risicodrager even zwaar meetelt.
- Consolidatie van de risicodragers op verschillende vaststellingsmomenten wordt beoordeeld aan de hand van de situatie per jaareinde (31 december).
- Het verplicht eigen risico en de no-claim worden niet meegenomen in de kwantitatieve analyse.
- De bandbreedte wordt alleen weergegeven voor de kosten waarop deze van toepassing is.
- Wanneer de R²-parameter wordt gebruikt in de kwantitatieve analyse, dan noemen we een waarde boven de 0,750 'hoog'.

Contact

David Ikkersheim

Director

KPMG Plexus

T +31 (0)20 6564354

E Ikkersheim.David@kpmg.nl

Machiel Koper

Senior Manager

KPMG Financial Risk Management

T +31 (0)20 6564688

E Koper.Machiel@kpmg.nl

www.kpmg.nl

© 2015 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.

De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

