



Evaluatie flankerend beleid 2012 - 2013

24 februari 2017



Inhoudsopgave

1	Managementsamenvatting	1
2	Inleiding	8
3	Macrona calculatie en flankerend beleid	11
3.1	Risicovereveningssysteem	11
3.2	Macrona calculatie	14
3.3	Flankerend beleid	17
4	Analyses en resultaten	23
4.1	Inleiding van de kwantitatieve analyse	24
4.2	Macro-effecten	25
4.3	Spreiding in het vereveningsresultaat	27
4.4	Stabiliteit	39
4.5	Voorspelbaarheid	43
5	Inzichten uit het veld	47
5.1	Behalen doelstelling flankerend beleid	48
5.2	Veranderingen naar aanleiding van het flankerend beleid	49
5.3	Bijwerkingen	51
5.4	Afschaffen of handhaven flankerend beleid	52
5.5	Voorstellen voor verbetering	54
6	Conclusies en aanbevelingen	58
Appendix 1	Begrippen	61
Appendix 2	Achtergrondinformatie	63
Appendix 3	Uitgangspunten	68



Management- samenvatting

1 Managementsamenvatting

Inleiding

Met het in 2006 ingevoerde zorgstelsel is de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in Nederland ondergebracht bij zorgverzekeraars (hierna: risicodragers). Risicodragers zijn verplicht elke verzekerde te accepteren en mogen geen hogere premie vragen aan ongezontere verzekerden. Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor verzekerden zouden 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.

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 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 van het afschaffen van de ex post mechanismen is de risicodragers 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 risicodragers zo veel mogelijk te waarborgen. Het flankerend beleid verdeelt de effecten van een over- of onderschatting van het macroprestatiebedrag onder de risicodragers, zonder het macroprestatiebedrag aan te passen naar het gerealiseerde kostenniveau (wat de macronacalculatie deed). De transitie van macronacalculatie naar flankerend beleid heeft zowel voor de somatische zorg als voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg plaatsgevonden. Voor een verdere visualisatie van de werking van het flankerend beleid en de macronacalculatie verwijzen wij naar Figuur 3 in paragraaf 3.3.5. Het flankerend beleid staat centraal in dit onderzoek.

Risicodragers met relatief veel verzekerden met ongunstige gezondheidsrisico's behalen zonder flankerend beleid bij hogere gerealiseerde zorgkosten dan de macroraming naar verwachting gemiddeld een lager vereveningsresultaat dan risicodragers met een gunstig risicoprofiel. De doelstelling van het flankerend beleid is er voor te zorgen dat de risicodragers met een ongunstig risicoprofiel in een dergelijke situatie compensatie ontvangen en dat de risicodragers met een gunstig risicoprofiel inleveren om het lagere vereveningsresultaat voor risicodragers met een ongunstig risicoprofiel te financieren. Echter, het flankerend beleid werkt twee kanten op. In jaren dat er sprake is van gerealiseerde zorgkosten die lager zijn dan de macroraming, zoals in de observatieperiode 2012-2013, ontvangen risicodragers met een gunstig risicoprofiel compensatie ten laste van risicodragers met een ongunstig risicoprofiel.

In 2016 voert KPMG op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opnieuw onderzoek uit ter evaluatie van het flankerend beleid over de periode 2012-2013. In dit onderzoek richten we ons op de volgende vragen:

- 1) Wat zijn de kwantitatieve effecten van het flankerend beleid op de vereveningsresultaten van de risicodragers in 2012 en 2013?
- 2) Wordt de beoogde doelstelling van het bijdragen aan het gelijke speelveld met de introductie van het flankerend beleid behaald?

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben wij een kwantitatieve analyse uitgevoerd op basis van de tweede voorlopige vaststellingsdata van de analysejaren 2012 en 2013. Vervolgens hebben wij op basis van de resultaten van de kwantitatieve analyse en op basis van interviews in het veld onderzocht of de beoogde doelstellingen behaald zijn. Voor dit deel van het onderzoek hebben wij interviews afgenomen bij alle risicodragers binnen Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, De Nederlandsche Bank en het Centraal Planbureau.

Kwantitatieve effecten van het introduceren van het flankerend beleid

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

- De macro-effecten van het toepassen van flankerend beleid: wat waren op totaalniveau de kosten en hoe hoog is de vereveningsbijdrage na het toepassen van flankerend beleid? En, hoe groot waren de verschuivingen tussen risicodragers door toepassen van flankerend beleid?
- De spreiding in de vereveningsresultaten: hoe ver liggen de vereveningsresultaten van de risicodragers uit elkaar en wat is de invloed van het flankerend beleid daarop?
- Stabiliteit van vereveningsresultaten: in welke mate verschuiven de vereveningsresultaten tussen de VV1 en VV2?
- Voorspelbaarheid van vereveningsresultaten: in welke mate zijn de vereveningsresultaten in de VV2 te voorspellen aan de hand van de vereveningsresultaten in de VV1?

De kwantitatieve analyse is uitgevoerd op het niveau van risicodragers en er is ook onderscheid gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote risicodragers. Daarnaast is er onderscheid gemaakt tussen de risicodragers die deel uitmaken van een concern en zelfstandige risicodragers. 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 nacalculatie toegepast wordt op deze deelbedragen. De kwantitatieve analyse is uitgevoerd over de jaren 2012 en 2013.

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 flankerend beleid met de totale zorgkosten.

- In Tabel 1 zijn voor beide analysejaren de totale kosten en de totale vereveningsbijdrage na flankerend beleid opgenomen. Ook zijn het verschil tussen deze twee en het absolute effect van het flankerend beleid in de tabel opgenomen. Het absolute effect is de som van de absolute waarden van alle verschuivingen in vereveningsbijdrage door het toepassen van flankerend beleid, om inzicht te geven in de geldstromen die ontstaan door het toepassen van flankerend beleid.

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

Jaar	Kosten	Bijdrage incl. FB	Verschil	Absoluut effect FB
2013	32,608	35,341	2,733	0,213
2012	31,130	32,638	1,508	0,101

In beide analysejaren is de ontvangen vereveningsbijdrage na flankerend beleid hoger dan de gemaakte kosten. In 2013 lag de vereveningsbijdrage 2,7 miljard euro hoger dan de kosten, in 2012 1,5 miljard euro. In beide analysejaren zijn de macrokosten dus lager uitgevallen dan de raming en hebben de risicodragers dus gemiddeld genomen een positief vereveningsresultaat behaald voor – en na het toepassen van flankerend beleid. De vereveningsbijdrage voor – en na het toepassen van flankerend beleid is op macroschaal per definitie gelijk, maar onder de risicodragers vinden er wel verschuivingen plaats in ontvangen vereveningsbijdrage. Deze verschuivingen zijn voor risicodragers met een gemiddeld risicoprofiel per definitie minder groot dan voor risicodragers met een afwijkend risicoprofiel. In 2013 was deze verschuiving als gevolg van het flankerend beleid 0,2 miljard euro en in 2012 bedroeg de verschuiving 0,1 miljard euro. De verschuiving als gevolg van het flankerend is op schaal van de totale vereveningsbijdrage beperkt, maar kan voor (kleine) risicodragers met een afwijkend risicoprofiel een materiële aanpassing van het vereveningsresultaat tot gevolg hebben, met name als de populatie sterk afwijkt van het gemiddelde. In 2013 is er bijvoorbeeld een risicodrager die door het flankerend beleid 66 euro per premieplichtige inlevert op het vereveningsresultaat per premieplichtige en een andere risicodrager waarbij het vereveningsresultaat per premieplichtige met 59 euro toeneemt door flankerend beleid.

Spreiding

De kwantitatieve analyse van de spreiding onderzoekt de spreiding in het vereveningsresultaat per premieplichtige van de verschillende risicodragers voor – en na het toepassen van flankerend beleid. De belangrijkste conclusie van deze analyse is:

- De spreiding in het vereveningsresultaat neemt in beide analysejaren toe door het toepassen van flankerend beleid. De doelstelling van het flankerend beleid is om bij te dragen aan het gelijke speelveld. Het flankerend beleid corrigeert de spreiding in het vereveningsresultaat welke het gevolg is van het verschil tussen de werkelijke zorgkosten en de macro zorgkostenraming. Van een instrument dat beoogt bij te dragen aan het gelijk speelveld is in zijn algemeenheid niet de verwachting dat dit de spreiding in vereveningsresultaten verhoogt. In 2012 en 2013 observeren we echter niet dat het flankerend beleid de vereveningsresultaten van risicodragers dichter bij elkaar brengt. De gewogen standaarddeviatie over alle deelbedragen neemt in 2013 toe van 50,16 euro per premieplichtige naar 66,52 euro per premieplichtige (op een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 205,40 euro per premieplichtige), en in 2012 van 54,23 euro per premieplichtige naar 62,46 euro per premieplichtige (op een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 113,97 euro per premieplichtige). Het effect is in 2013 dus sterker. Dit sterkere effect in 2013 wordt naar onze verwachting voor een groot deel verklaard doordat het verschil tussen vereveningsbijdrage en kosten in 2013 groter is dan in 2012.

Stabiliteit en voorspelbaarheid

Stabiliteit is de mate waarin de vereveningsresultaten tussen de verschillende vaststellingsmomenten van hetzelfde vereveningsjaar verschuiven (in dit geval tussen de VV1 en de VV2) bedoeld. De voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten zegt daarbij iets over in welke mate de vereveningsresultaten in de VV1 een voorspellende waarde hebben voor die in de VV2. De belangrijkste conclusies van deze onderdelen zijn als volgt:

- In 2012 en 2013 heeft het flankerend beleid geen expliciete invloed op de stabiliteit van de vereveningsresultaten. De verschuivingen tussen vaststellingsmomenten worden hoofdzakelijk gedreven door andere factoren.
- Ook is in de analysejaren de invloed van het flankerend beleid op de voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten gering.

Kwalitatief onderzoek naar de werking van het flankerend beleid

We hebben experts uit het veld geïnterviewd over de werking van het flankerend beleid. De kernvraag die wij hebben gesteld, is of de geïnterviewden vinden dat de doelstelling van het flankerend beleid is behaald. Het doel van het flankerend beleid beschreven als:

Het doel van het afschaffen van de ex post mechanismen waaronder het afschaffen van de macronacalculatie is om het risicovereveningsmodel verder te verbeteren en de risicodragers 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 bij te dragen aan een gelijk speelveld voor de risicodragers.

De meningen over het behalen van de doelstellingen zijn verdeeld en als volgt te specificeren:

- De meeste geïnterviewden geven aan dat het flankerend beleid het gelijke speelveld behoudt op dezelfde wijze als voor de afschaffing van de macronacalculatie; het werkingsmechanisme is identiek.
- Ongeveer de helft van de geïnterviewden geven aan dat het flankerend beleid – in theorie - bijdraagt aan een gelijk speelveld, als het wordt vergeleken met een situatie waarin er geen flankerend beleid is. Echter, uit de kwantitatieve analyse blijkt dat het flankerend beleid in 2012 en 2013 de spreiding in het vereveningsresultaat heeft vergroot. De oorzaak voor deze contra-intuïtieve bevinding wordt door een deel van de geïnterviewden echter niet gezocht in de werking van het flankerend beleid, maar in het vaststellen van de vereveningsbijdragen. Deze geïnterviewden geven aan dat verzekeraars met een gunstig risicoprofiel worden overgecompenseerd bij het vaststellen van de vereveningsbijdrage. Aangezien in 2012 en 2013 de raming lager is dan de werkelijke macrokosten worden risicodragers met een gunstig risicoprofiel in deze jaren ook gecompenseerd door middel van het flankerend beleid. Deze samenloop is hypothetisch een verklaring voor de verhoging van de spreiding in het vereveningsresultaat. De geïnterviewden geven eveneens aan dat verschillen in zorginkoop naar verwachting geen grote impact hebben op het geschetste beeld van samenloop tussen de uitwerking van het flankerend beleid en het vaststellen van vereveningsbijdragen.
- Een deel van de geïnterviewden aan dat er een onwenselijk, tegengesteld effect is op het gelijke speelveld omdat het flankerend beleid op een te hoog (deelbedrag) niveau wordt uitgevoerd.
- Enkele geïnterviewden geven aan dat het flankerend beleid met name is ingevoerd voor gevallen waarin de werkelijke macrokosten hoger blijken te zijn dan vooraf ingeschat, een kostenoverschrijding dus. In dat geval is er namelijk sprake van solidariteit van verzekeraars met een gunstige portefeuille naar verzekeraars met een ongunstige portefeuille.
- In de jaren 2012 en 2013 (en naar verwachting ook in de jaren erna) is er echter sprake van een kostenonderschrijding ten opzichte van het vaststellen van het macroprestatiebedrag. Als gevolg hiervan zijn verzekeraars met een gunstig risicoprofiel gecompenseerd ten opzichte van verzekeraars met een ongunstig risicoprofiel, wat door veel geïnterviewden als een omgekeerde richting van de gewenste solidariteit ervaren wordt.
- Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat verzekeraars geen aanpassingen hebben gedaan aan hun beleid en strategie op basis van het flankerend beleid. Wel wordt de verwachte impact van het flankerend beleid door een deel van de verzekeraars meegenomen bij het vaststellen van de gevraagde premie.

Afschaffen of handhaven flankerend beleid

Wij hebben aan de 14 geïnterviewden gevraagd of zij het flankerend beleid willen afschaffen of handhaven.

- Tien geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen handhaven, mits er een aantal veranderingen worden doorgevoerd. Deze voorstellen voor verbetering zijn opgenomen in Onderdeel 5.5. Een verandering die door meerdere geïnterviewden wordt voorgesteld is om het flankerend beleid meer granulair, op een dieper niveau dan de huidige deelbedragen, op te zetten. De praktische uitvoerbaarheid en de toegevoegde waarde van een meer granulair flankerend beleid is echter niet evident.

- Drie geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen afschaffen.
- Een geïnterviewde had geen sterke mening over het afschaffen of het handhaven van het flankerend beleid.

In de hierna volgende tabel wordt kort ingegaan op de voor- en tegen argumenten.

Redenen voor behouden flankerend beleid	Redenen voor afschaffen flankerend beleid
- De raming van de macrokosten (het macroprestatiebedrag) wijkt nog teveel af van de werkelijke macrokosten. Het proces om het macroprestatiebedrag vast te stellen werkt nog niet goed genoeg. Daarom is het flankerend beleid nodig. - Het is theoretisch een juist instrument.	- In het geval van overschatting van de macrokosten draagt het flankerend beleid niet bij aan de gewenste solidariteit van gezonde verzekerden aan ongezonde verzekerden. - Het leidt tot lange onzekerheid over het vaststellen van een vereveningsresultaat van verzekeraars.

Er is geen duidelijke clustering te maken naar de achtergrond van de geïnterviewden naar concernverzekeraars of zelfstandige risicodragers bij de mening over het handhaven of afschaffen van het flankerend beleid.

Conclusie en aanbevelingen

In bovenstaande tekst zijn de bevindingen uit onze kwantitatieve analyse (deelvraag 1) beschreven en hebben wij onderzocht of de beoogde doelstelling van het flankerend beleid in de jaren 2012 en 2013 is behaald (deelvraag 2). Bij de beoordeling of de doelstelling van het flankerend beleid is behaald valt op dat de spreiding in het vereveningsresultaat is toegenomen na het flankerend beleid. Van een instrument dat beoogt bij te dragen aan het gelijk speelveld is in zijn algemeenheid niet de verwachting dat dit de spreiding in vereveningsresultaten verhoogt. Waarschijnlijk kan deze verhoging van de spreiding in het vereveningsresultaat voor een groot deel verklaard worden door het onvoldoende nauwkeurig vaststellen van het macrokader en het vaststellen en verdelen van de (ex ante) vereveningsbijdrage op risicodragerniveau in de analysejaren 2012 en 2013. De bijdrage aan het gelijke speelveld bij het vaststellen en verdelen van de (ex ante) vereveningsbijdrage op risicodragerniveau over 2012 en 2013 is voor verbetering vatbaar. Ons inziens is het daarom nog niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de werking van flankerend beleid op basis van de kwantitatieve analyse en de gehouden interviews. Het causaal verband tussen het flankerend beleid en de verhoging van de spreiding in vereveningsresultaat is niet evident. Eveneens is de theoretische werking van het flankerend beleid wel degelijk dat het gelijke speelveld tussen risicodragers wordt gestimuleerd.

In 2015 hebben we op basis van de toen aanwezige data een eerste evaluatie van de werking van het flankerend beleid gedaan met zowel een kwantitatieve component als een beperkte kwalitatieve component (o.a. twee interviews met zorgverzekeraars)¹. Op basis van deze eerdere evaluatie kwamen we tot de tentatieve conclusie het flankerend beleid mogelijk af te schaffen, mits hier draagvlak onder veldpartijen voor was.

In deze studie hebben we onze tentatieve analyse verrijkt met zowel een ruimere data analyse als een vollediger interviewronde. Op basis van de huidige studie komen we tot de aanbeveling het flankerend beleid vooralsnog te behouden. Dit vernieuwde inzicht komt door het aanwezig zijn van een breed draagvlak voor het flankerend beleid in het veld. Tevens blijkt zowel uit onze kwantitatieve analyse als de interviews dat de analyseperiode tamelijk kort is om definitieve conclusies te trekken ten aanzien van de werking van het flankerend beleid. Verder is de verklaring voor de huidige werking van het flankerend beleid, waarbij de spreiding in het vereveningsresultaat toeneemt, waarschijnlijk de onvoldoende nauwkeurige vaststelling van het macrokader en de vaststelling en verdeling van de (ex ante)

¹ ['Afschaffing van de macronacalculatie en introductie van het flankerend beleid'](#), April 2015.

vereveningsbijdragen en is de (theoretische) werking van het flankerend beleid wel degelijk in lijn met de doelstellingen.

Hierbij merken we wel op dat er tegelijkertijd ook steekhoudende argumenten zijn voor het afschaffen van het flankerend beleid. Het belangrijkste argument voor het eventueel afschaffen gaat dan om de lange duur van het tot standkomen van het definitief resultaat van zorgverzekeraars. Als het flankerend beleid ook over langere periode zijn doelstellingen niet realiseert is het onze aanbeveling het flankerend beleid af te schaffen.

Op basis van onze evaluatie komen wij tot de volgende aanbevelingen:

- Het flankerend beleid voorlopig in stand te houden.
- Wij bevelen aan om geen aanpassingen te maken in de huidige vormgeving van het flankerend beleid (zoals door enkele geïnterviewden wordt gesuggereerd – zie de achterliggende rapportage), omdat het vanuit politiek bestuurlijk oogpunt niet wenselijk is om aanpassingen te maken aan een instrument waarvan de huidige werking niet volledig kan worden geduid. Tevens zijn de mogelijke verbeteringen niet evident.
- Wij bevelen aan om de werking van het flankerend beleid over jaren 2014-2017 t.z.t. te evalueren en op basis van deze evaluatie definitieve conclusies te trekken.



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 zorgverzekeraars (hierna: risicodragers). Risicodragers zijn verplicht elke verzekerde te accepteren en mogen geen hogere premie vragen aan ongezonderde verzekerden. Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor verzekerden zouden risicodragers (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.

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 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 risicodragers 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 risicodragers 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.

KPMG voert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een onafhankelijke evaluatie van het flankerend beleid in het risicovereveningsmodel uit. De analyse richt zich op de volgende twee onderzoeksvragen:

- 1) Wat zijn de kwantitatieve effecten van het flankerend beleid op de vereveningsresultaten van de risicodragers in 2012 en 2013?
- 2) Wordt de beoogde doelstelling van de introductie van het flankerend beleid gehaald?

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben wij een kwantitatieve analyse uitgevoerd op basis van de tweede voorlopige vaststellingsdata van de analysejaren 2012 en 2013. Vervolgens hebben wij op basis van de resultaten van de kwantitatieve analyse en op basis van interviews in het veld vastgesteld of de beoogde doelstellingen behaald zijn. Voor dit laatste deel van het onderzoek hebben wij interviews afgenomen bij alle risicodragers binnen Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, De Nederlandsche Bank en het Centraal Planbureau. Deze rapportage bevat onze bevindingen.

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).

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.

Leeswijzer

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 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 6 presenteren wij onze conclusies en aanbevelingen uit dit onderzoek.



Macronacalculatie en flankerend beleid

3 Macronacalculatie en flankerend beleid

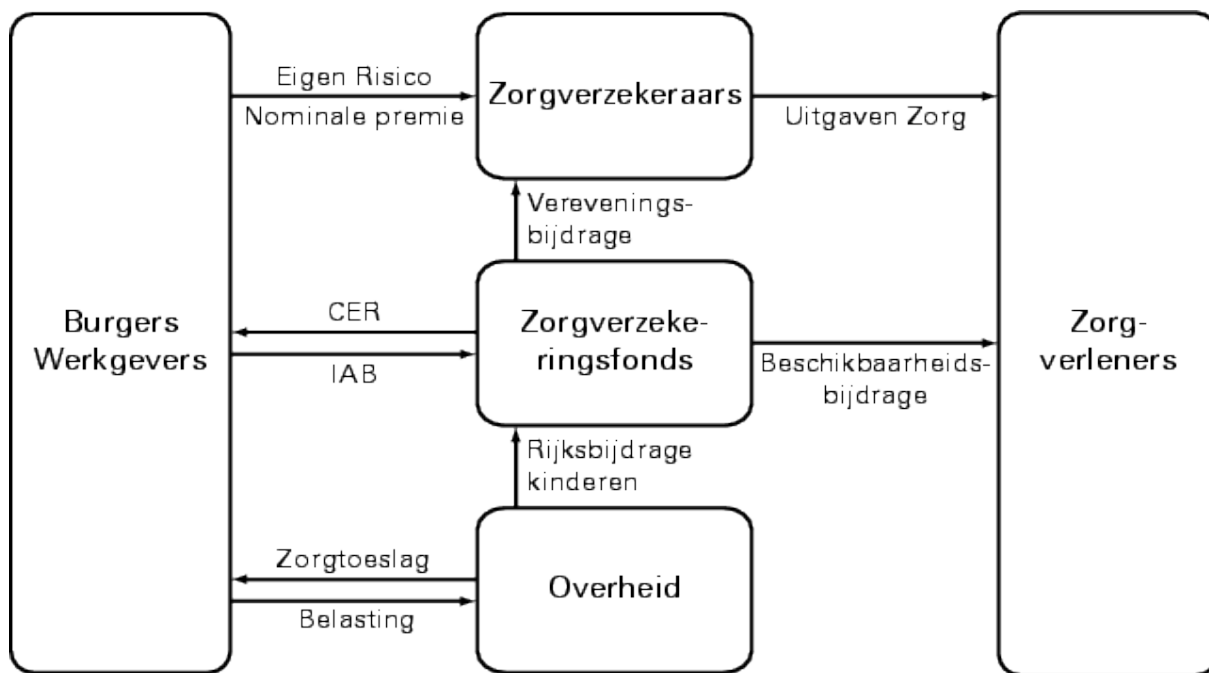
In dit hoofdstuk wordt eerst een korte inleiding op het risicovereveningmodel gegeven. Vervolgens worden in de paragrafen 3.2 en 3.3 de werking en de doelstelling van respectievelijk de macronacalculatie en het flankerend beleid beschreven.

3.1 Risicovereveningssysteem

Elke risicodragers ontvangt jaarlijks een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Deze vereveningsbijdrage is gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een risicodragers aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille van de risicodragers. Het doel van de vereveningsbijdrage is om risicodrageren te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van niet beïnvloedbare risicoverschillen in hun verzekerdenportefeuille en daarmee een gelijk speelveld voor de risicodrageren 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 risicodrageren 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 risicodrageren voor 50% moeten worden gedekt uit de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). Dat wordt bereikt door de bijdrage uit het ZVF aan risicodrageren 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.



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

Risicodragers 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 gebruikt door het kabinet om samen met kostenramingen van het ministerie van VWS te komen tot een nadere invulling van het kader voor de zorgkosten in de kabinetsperiode. Dit vormt de basis voor de Rijkbegroting VWS. Het ministerie van VWS verwerkt

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

daarnaast beleidsmaatregelen en de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord in de begroting. In het Hoofdlijnenakkoord worden de afspraken die VWS samen met de zorgaanbieders en risicodragers 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. De hoogte van de bijdrage uit het ZVF wordt bepaald volgens het 50/50-principe, zoals beschreven in de voorgaande paragraaf Financiering.

Werking risicovereveningssysteem

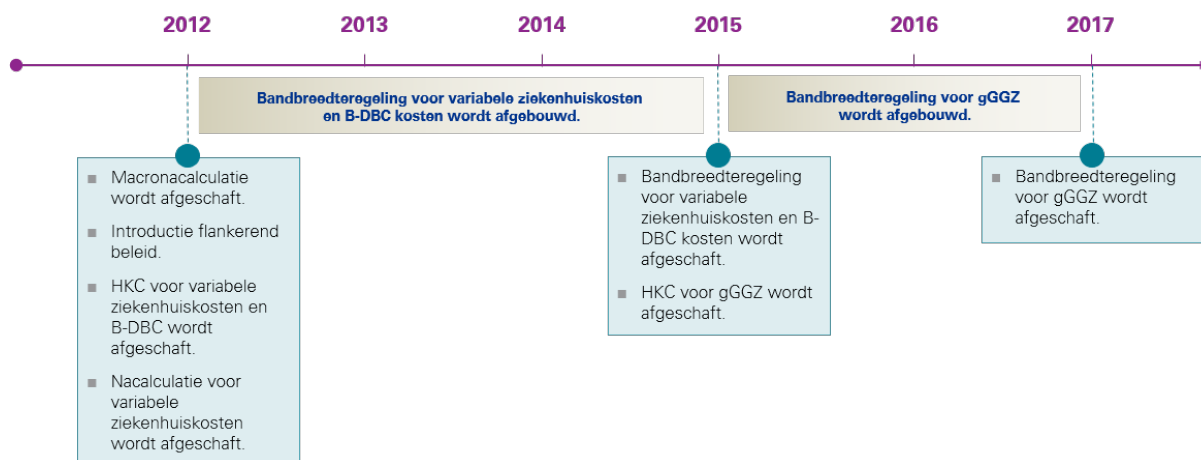
Wanneer het ex ante risicovereveningsmodel niet goed werkt en de verwachte zorgkosten en de gerealiseerde zorgkosten niet goed op elkaar aansluiten, wordt de doelstelling van de risicoverevening niet behaald. Vooral als de onderschatting van de verwachte zorgkosten voorspelbaar is en betrekking heeft op een vooraf te duiden en te selecteren groep van verzekerden, is het voor risicodragers 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. 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 flankerend beleid 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

Risicodragers 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 risicodrager. Macronaïcalculatie vond tot en met 2011 plaats wanneer de totale zorgkosten van de risicodragers afwijken ten opzichte van de raming. Wanneer de totale zorgkosten sneller stijgen dan verwacht, worden door toepassing van macronaïcalculatie de risicodragers hiervoor beschermd door de overheid. Als de zorgkosten daarentegen minder snel stijgen dan verwacht, zijn de kosten voor de overheid lager.

Door macronaïcalculatie lopen risicodragers 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. Na het afschaffen van de macronaïcalculatie aan het einde van 2011 is het flankerend beleid geïntroduceerd. Daarom geven wij hieronder meer uitleg bij de werking van de 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.

3.2.2 Werking

De macronaalloculatie wordt als volgt toegepast:

- Wanneer de werkelijke zorgkosten bekend zijn wordt de over- of onderschrijding van deze kosten op het ex ante vereveningsbudget berekend door de totale zorgkosten te delen door het totale ex ante vereveningsbudget. Deze fractie wordt de macronaalloculatiefactor genoemd.
- De vereveningsbijdrage na ex ante vereveningsstappen wordt vervolgens voor iedere risicodragers met de macronaalloculatiefactor vermenigvuldigd. Hieruit volgt de vereveningsbijdrage na toepassing van macronaalloculatie.
- Na toepassing van macronaalloculatie is het vereveningsresultaat op de stijging van de macrokosten voor de risicodragers gezamenlijk gelijk aan 0 euro. Voor de risicodragers afzonderlijk is er wel een effect.

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

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 macronaalloculatie wordt het individuele kosteneffect geïntroduceerd. Het individuele kosteneffect geeft het percentage dat een risicodragers zelf overhoudt van een kostenbesparing (op bijvoorbeeld zorginkoop, of bedrijfsvoering), of het percentage van de kostenoverschrijding die de risicodragers zelf moet betalen. Het CPB concludeert daarin dat het individuele kosteneffect gelijk is aan $100\% - x\%$, waarbij x het marktaandeel van de risicodragers op basis van het aantal verzekerden representeert. Deze formule laat zien dat risicodragers met een groot marktaandeel een lager individueel kosteneffect hebben dan kleinere risicodragers en dat zij dus in verhouding minder zelf overhouden aan een kostenbesparing. Zonder macronaalloculatie is het vereveningsresultaat van een risicodragers alleen afhankelijk van de absolute, individuele prestatie. Door het afschaffen van de macronaalloculatie zouden de doelmatigheidsprikkels kunnen worden vergroot, zo concludeert het CPB, omdat met name risicodragers met een groter marktaandeel een groter deel van de winst die zij behalen met zorginkoop mogen houden. Met toepassing van de macronaalloculatie 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 macronaalloculatie. 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 macronaalloculatie is er geen verandering in de onderlinge concurrentieverhouding en gaat er als gevolg dus ook geen (directe) doelmatigheidsprikkel uit van het afschaffen van de macronaalloculatie. Wij hebben verder geen onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag of prikkelwerking ontstaat vanuit absolute prikkels of van relatieve prikkels.

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

3.2.3 Rekenvoorbeeld

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

Tabel 2 – Rekenvoorbeeld macronacalculatie (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 macronacalculatie (b).

Verzekeraar	Macronacalculatie -factor	Opgeschaalde gemiddelde vereveningsbijdrage	Bijdrage incl. macronacalculatie	Verschil t.o.v. ex ante bijdrage	Resultaat na macronacalculatie	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

In Tabel 2 zijn vier risicodragers beschreven (A tot en met D). Het aantal premieplichtigen⁹ per risicodrager 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 risicodrager 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 risicodrager berekend wat de gemiddelde vereveningsbijdrage per premieplichtige is. De gemiddelde vereveningsbijdrage verschilt per risicodrager, wat erop duidt dat iedere risicodrager 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 risicodrager gelijk. Vervolgens wordt voor iedere risicodrager 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 risicodrager de bijgestelde vereveningsbijdrage verminderd met de werkelijke zorgkosten om tot het vereveningsresultaat na macronacalculatie te komen. Ook dit vereveningsresultaat wordt per risicodrager gewogen naar het aantal premieplichtigen. Na het toepassen van macronacalculatie is het gemiddelde vereveningsresultaat over alle risicodragers gelijk aan 0. De risicodragers 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.

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.

3.3 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 risicodragers de financiële gevolgen hiervan niet adequaat in hun premie kunnen verwerken. Door het afschaffen van de macronacalculatie zou dit risico bij de risicodragers terechtkomen. Om dit te voorkomen wordt de definitie 'geraamde zorgkosten' aangepast. Hierbij worden de financiële gevolgen meegenomen van de in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties. Deze te verzekeren prestaties zijn bekend na vaststelling van het macroprestatiebedrag en de macrodeelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar.
2. Door het afschaffen van de macronacalculatie zouden ook financiële risico's van nationale catastrofes voor rekening van de risicodragers komen. Om dit te voorkomen, wordt bij een catastrofe financiële zekerheid aan risicodragers geboden.
3. Kostenoverschrijdingen op macroniveau die niet het gevolg zijn van het feit dat er in een vereveningsjaar meer verzekerden of ongezontere 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 risicodragers, om zo een gelijk speelveld te behouden. Zonder deze maatregel zullen risicodragers met gemiddeld hoge verwachte zorgkosten per verzekerde als de zorgkosten op macroniveau hoger uitvallen dan geraamd naar verwachting hogere verliezen lijden dan risicodragers 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 de risicodragers 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 risicodragers.

3.3.3 Werking

In tegenstelling tot bij macronacalculatie, dragen de risicodragers het risico van afwijkingen tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten. De afwijking per deelbedrag wordt toebedeeld aan risicodragers, 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 23 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+).

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).

- 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 risicodragers gelijk aan 0 euro.
- Nu wordt de vereveningsbijdrage ná macronacalculatie voor iedere risicodragers vermindert of vermeerderd met het bedrag bepaald in het eerste punt, vermenigvuldigd met het aantal premieplichtigen in de portefeuille van de risicodragers. 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 risicodragers, maar is dit verschil in macrozorgkosten wel toegerekend aan alle risicodragers op basis van het aantal premieplichtigen in hun zorgverzekeringsportefeuille en wordt het gelijke speelveld behouden.

Voor het toepassen van het flankerend beleid zijn uitgedeclareerde, gerealiseerde zorgkosten nodig, 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 flankerend beleid is het uiteindelijke resultaat van risicodragers dus langer onzeker dan wanneer het niet toegepast zou worden.

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 risicodragers 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 risicodragers profiteren in dat geval van het feit dat de werkelijke zorgkosten op macroniveau lager blijken te zijn dan de geraamde zorgkosten in de vorm van een positief vereveningsresultaat.

In de praktijk leidt het flankerend beleid ertoe dat in jaren dat er sprake is van gerealiseerde zorgkosten die lager zijn dan de macroraming, risicodragers met een gunstig risicoprofiel compensatie ontvangen ten laste van risicodragers met een ongunstig risicoprofiel. Dit werkt twee kanten op. In jaren dat er sprake is van gerealiseerde zorgkosten die hoger zijn dan de macroraming ontvangen risicodragers met een ongunstige risicoprofiel compensatie ten laste van risicodragers met een gunstig risicoprofiel.

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	Per capita verdeling onder-/overschrijding	Bijdrage incl. flankerend Beleid	Verskil t.o.v. ex ante bijdrage	Resultaat na flankerend beleid	Resultaat per premieplichtige
A	1,064	15,96	15.957	-811	15.147	147	-4.853	-4,85
B	1,064	13,30	10.638	-649	9.990	-10	-2.010	-2,51
C	1,064	8,51	12.766	-1.216	11.550	-450	3.550	2,37
D	1,064	26,60	10.638	-324	10.314	314	314	0,78
Totaal			50.000	-3.000	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 risicodragers 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 risicodrager 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 risicodrager wordt de vereveningsbijdrage inclusief macronacalculatie verminderd 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 risicodragers. Er hebben in deze situatie alleen verschuivingen tussen risicodragers plaatsgevonden.

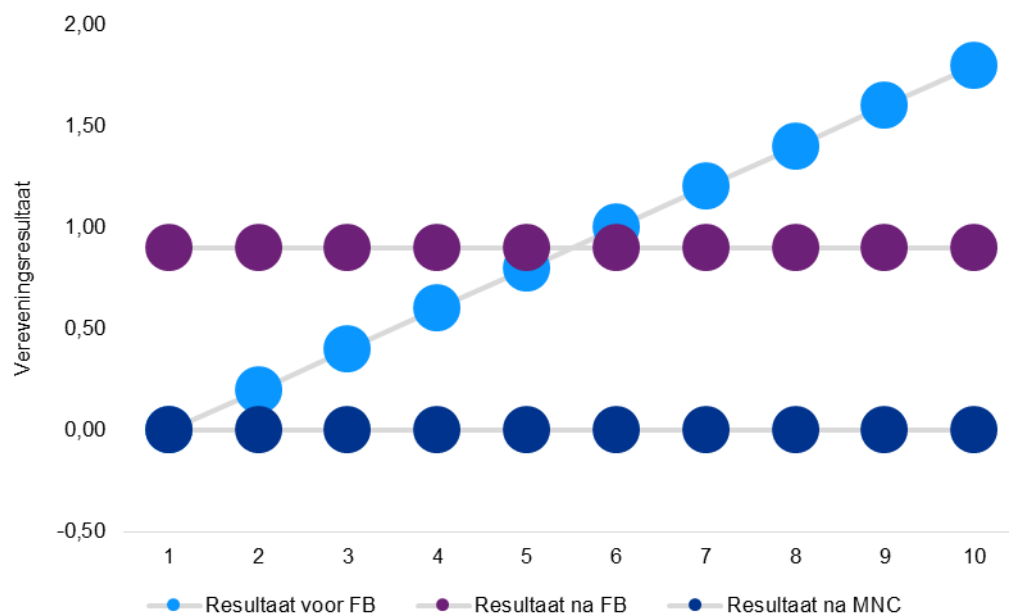
In dit voorbeeld is goed te zien dat de verschuiving in de vereveningsbijdrage door flankerend beleid klein is voor een risicodrager met een vereveningsbijdrage die dicht in de buurt ligt van de gemiddelde vereveningsbijdrage. Risicodrager B heeft bijvoorbeeld een vereveningsbijdrage dicht bij de gemiddelde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

3.3.5 Vergelijking met macronacalculatie

Om het verschil tussen de werking van de macronacalculatie en het flankerend beleid te schetsen construeren we het volgende gestileerde voorbeeld.

- We houden rekening met 10 risicodragers met ieder 10 premieplichtigen. De eerste risicodrager heeft een vereveningsbijdrage voor flankerend beleid van 0 euro in totaal, de tweede een van 20 euro in totaal, de derde van 40, de vierde van 60, enzovoorts tot de tiende met een vereveningsbijdrage voor flankerend beleid van 180 euro in totaal.
- Iedere verzekeraar heeft een kostenniveau gelijk aan 90% van de vereveningsbijdrage voor flankerend beleid (er is sprake van een kostenonderschrijding).
- Daarmee is het vereveningsresultaat per premieplichtige voor flankerend beleid groter voor de risicodrager met een grotere vereveningsbijdrage voor flankerend beleid en kleiner voor degene met een kleinere vereveningsbijdrage voor flankerend beleid.
- In Figuur 3 is dit vereveningsresultaat per premieplichtige voor flankerend beleid van iedere risicodrager weergegeven met de lichtblauwe punten. Vervolgens worden de vereveningsresultaten na flankerend beleid berekend, en daarnaast die van in de situatie dat de macronacalculatie nog toegepast zou worden. Deze zijn respectievelijk met paarse en donkerblauwe punten opgenomen in de figuur.

Figuur 3 – Gestileerd voorbeeld van vereveningsresultaten voor – en na flankerend beleid en daarnaast na MNC in geval van een kostenonderschrijding (*euro per premieplichtige*).

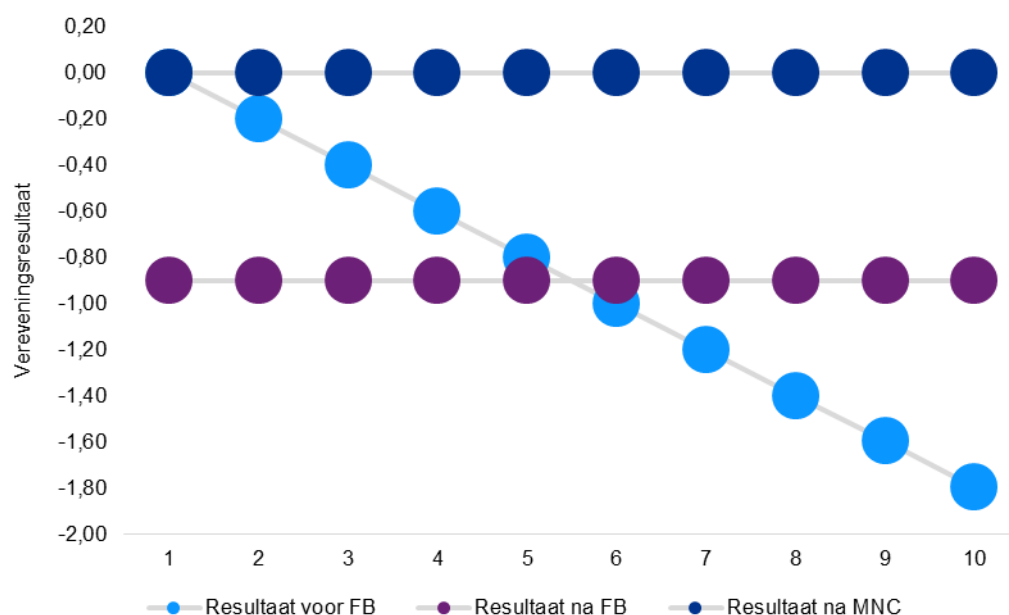


In de figuur is te zien dat het flankerend beleid en de macronacalculatie een soortgelijke werking hebben, maar dat het uiteindelijke resultaatniveau verschilt tussen de twee. In het geval van een kostenonderschrijding wordt er een positief vereveningsresultaat na flankerend beleid gehaald, bij een kostenoverschrijding is er een negatief vereveningsresultaat te zien (zie onderstaand voorbeeld). Eveneens is in dit gestileerde voorbeeld in de figuur te zien dat er geen spreiding in vereveningsresultaat na flankerend beleid is (omdat alle punten op een horizontale lijn liggen).

In de figuur is tevens goed te zien dat in het geval van een kostenonderschrijding de risicodragers met een lager dan gemiddeld vereveningsbudget profiteren van het flankerend beleid. Risicodragers met een hoger dan gemiddeld vereveningsbudget leveren in dit geval in door de toepassing van het flankerend beleid. Een hoger dan gemiddeld vereveningsbudget suggereert dat er relatief veel ongezonde verzekerden in de populatie van de risicodrager voorkomen.

In Figuur 4 is hetzelfde voorbeeld opgenomen, maar dan in de situatie van een kostenoverschrijding. Iedere risicodrager heeft in dit voorbeeld een kostenniveau van 110% van zijn budget.

Figuur 4 – Gestileerd voorbeeld van vereveningsresultaten voor – en na flankerend beleid en daarnaast na MNC in geval van een kostenoverschrijding (*euro per premieplichtige*).



In dit voorbeeld zien we een soortgelijke werking als in het eerste voorbeeld, maar nu met een tegengestelde richting, gezien de vereveningsresultaten negatief zijn. In dit geval zijn het de risicodragers met een lager dan gemiddeld vereveningsbudget die inleveren door het toepassen van het flankerend beleid, en de risicodragers met een hoger dan gemiddeld vereveningsbudget die er profijt van hebben.



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 invoeren van het flankerend beleid beschreven. De kwantitatieve analyse is onderverdeeld in vijf onderdelen (4.1 t/m 4.5).

- Onderdeel 4.1:** Inleiding van de kwantitatieve analyse.
- Onderdeel 4.2:** Zorgkosten en de vereveningsbijdrage op macroschaal, macro-effecten na de verschillende vereveningsstappen.
- Onderdeel 4.3:** Spreiding in het vereveningsresultaat per premieplichtige en per deelbedrag (vereveningsbijdrage minus de zorgkosten) na de verschillende vereveningsstappen.
- Onderdeel 4.4:** Stabiliteit van de totale vereveningsbijdrage van het vereveningsmodel na de verschillende vaststellingsmomenten.
- Onderdeel 4.5:** Voorspelbaarheid van de voorlopige vaststellingen ten opzichte van de VV2.

4.1 Inleiding van de kwantitatieve analyse

Om de kwantitatieve effecten van de werking van het flankerend beleid in kaart te brengen hebben wij een kwantitatieve analyse uitgevoerd op de gerealiseerde zorgkosten en vereveningsbijdragen. Onze kwantitatieve analyse is gericht op vereveningsjaren 2012 en 2013 en maakt gebruik van de meest recent beschikbare data (voor beide jaren die van de VV2). Uit ons voorgaand kwantitatief onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem weten we dat er tussen de VV2 en de DV over het algemeen weinig verschuivingen meer plaatsvinden¹¹. Toch is er voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek, gezien er nog geen data over het flankerend beleid in de DV beschikbaar zijn. We hebben echter geen reden om aan te nemen dat er materiële verschuivingen plaatsvinden tussen de VV2 en de DV.

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 25 in Appendix 2, waarin de omvang van deze uitsplitsingen wordt gespecificeerd. 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.

De kwantitatieve analyse gaat in op de volgende onderwerpen:

- Macro-effecten: wat waren op totaalniveau de kosten en hoe hoog is de vereveningsbijdrage na het toepassen van flankerend beleid? Hoe groot waren de verschuivingen tussen risicodragers door toepassen van flankerend beleid?
- Spreiding in het vereveningsresultaat: hoe ver liggen de vereveningsresultaten van de risicodragers uit elkaar en wat is de invloed van het flankerend beleid daarop?
- Stabiliteit: in welke mate verschuiven de vereveningsresultaten tussen de VV1 en VV2?
- Voorspelbaarheid: in welke mate zijn de vereveningsresultaten in de VV2 te voorspellen aan de hand van de vereveningsresultaten in de VV1?

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

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/01/27/kwantitatieve-analyse-van-het-risicovereveningssysteem-2010>

4.2 Macro-effecten

In dit onderdeel worden de verschillen in de ontvangen vereveningsbijdrage na toepassen van flankerend beleid en de totale zorgkosten met elkaar vergeleken op macroschaal (voor alle risicodragers tezamen). De belangrijkste conclusies zijn:

- In beide analysejaren viel de vereveningsbijdrage op totaalniveau hoger uit dan de totale zorgkosten. In 2013 was dit verschil ongeveer 2,7 miljard euro (op een vereveningsbijdrage van 35,3 miljard euro), in 2012 ongeveer 1,5 miljard euro (op een vereveningsbijdrage van 32,6 miljard euro).
- Het positieve verschil tussen vereveningsbijdrage en kosten is voor ieder deelbedrag waar te nemen. De grootste verschillen zijn waar te nemen op deelbedrag 'Overig', met een verschil van ongeveer 1,7 miljard euro in 2013 en ongeveer 0,9 miljard euro in 2012.
- De absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage door het toepassen van flankerend beleid is ongeveer 0,2 miljard euro in 2013 en ongeveer 0,1 miljard euro in 2012.

Zorgkosten en vereveningsbijdrage op macroschaal

In deze paragraaf geven we inzicht in de macro-omvang van de zorgkosten en de ontvangen vereveningsbijdrage. Op macroschaal is de ontvangen vereveningsbijdrage voor en na flankerend beleid (in dit hoofdstuk in de tabellen afgekort als "FB") gelijk, er vinden echter wel verschuivingen in vereveningsbijdrage plaats tussen de risicodragers in deze vereveningsstap. Deze paragraaf gaat ook in op de absolute omvang van deze verschuivingen. We voeren de analyse uit op de deelbedragen 'variabel (+ B-DBC)', 'gGGZ18+', 'overig' en het totaal van deze deelbedragen, over de periode 2012-2013.

In Tabel 6 zijn per analysejaar en per deelbedrag het macrokostenniveau en de totale vereveningsbijdrage inclusief flankerend beleid gegeven. De vereveningsbijdrage na toepassen van flankerend beleid type 2 is per definitie gelijk aan die na toepassen van flankerend beleid type 1. Het verschil tussen de macrokosten en de totale vereveningsbijdrage is het macroresultaat.

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

Jaar	Deelbedrag	Kosten	Bijdrage incl. FB	Vershil
2013	Variabel	17,707	18,114	0,407
	gGGZ18+	3,100	3,693	0,594
	Overig	11,802	13,534	1,732
	Totaal	32,608	35,341	2,733
2012	Variabel + B-DBC	16,016	16,466	0,449
	gGGZ18+	3,140	3,250	0,110
	Overig	11,974	12,923	0,949
	Totaal	31,130	32,638	1,508

In de tabel valt het volgende op:

- In beide analysejaren is er een positief verschil tussen de vereveningsbijdrage na flankerend beleid en de totale kosten. Dit wil zeggen dat alle risicodragers samen in deze jaren een hogere vereveningsbijdrage uit het ZVF hebben ontvangen dan de gerealiseerde zorgkosten, maar impliceert niet dat iedere afzonderlijke risicodrager afzonderlijk een positief vereveningsresultaat heeft behaald. In 2013 was het verschil tussen de totale vereveningsbijdrage en de macrokosten ongeveer 2,7 miljard euro en in 2012 was dit ongeveer 1,5 miljard euro.
- De vereveningsbijdrage na flankerend beleid is voor ieder deelbedrag hoger dan het kostenniveau. De grootste verschillen zijn waar te nemen op het deelbedrag 'Overig', waar in 2013 1,7 miljard euro meer aan bijdrage werd ontvangen dan dat er aan kosten gemaakt werden en in 2012 0,9 miljard euro.

Totale absolute verschuiving in vereveningsbijdrage door flankerend beleid

Om inzicht te krijgen in de impact van het toepassen van flankerend beleid analyseren we de absolute verschuivingen in de vereveningsbijdrage per deelbedrag die plaatsvinden door het toepassen van flankerend beleid. Dit betekent dat de som van de absolute waarden van het effect van het flankerend beleid per risicodrager is getoond (omdat het effect ook negatief kan zijn). Dit geeft inzicht in de geldstromen die ontstaan door het toepassen van flankerend beleid. De totale vereveningsbijdrage en absolute verschuiving (ofwel effect van het flankerend beleid) worden getoond in Tabel 7.

Tabel 7 – Totale (absolute) verschuiving in vereveningsbijdrage door flankerend beleid (in miljarden euro's)

Jaar		Vereveningsbijdrage voor en na FB	Absoluut effect FB
2013	Variabel	18,114	0,033
	gGGZ18+	3,693	0,074
	Overig	13,534	0,140
	Totaal	35,341	0,213
2012	Variabel (+ B-DBC)	16,466	0,018
	gGGZ18+	3,250	0,014
	Overig	12,923	0,085
	Totaal	32,638	0,101

In de tabel is te zien dat de absolute verschuivingen in de vereveningsbijdrage door het toepassen van flankerend beleid in beide analysejaren gering zijn in vergelijking met de grootte van de vereveningsbijdrage zelf. Het absolute effect van het flankerend beleid is in 2013 213 miljoen euro en in 2012 101 miljoen euro, wat respectievelijk neerkomt op een absolute gemiddelde verschuiving van 16,01 euro per premieplichtige (op een vereveningsbijdrage van gemiddeld 2.656,14 euro per premieplichtige) en 7,66 euro per premieplichtige (op een vereveningsbijdrage van gemiddeld 2.466,35 euro per premieplichtige). In de tabel is tevens te zien dat de grootste absolute effecten plaatsvinden binnen deelbedrag 'Overig'.

4.3 Spreiding in 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 voor en na toepassen van flankerend beleid. Hiervoor wordt de spreiding in de vereveningsresultaten van de verschillende risicodragers onderzocht. De belangrijkste conclusies zijn:

- In beide jaren worden er positieve gewogen gemiddelde vereveningsresultaten behaald voor – en na toepassen van flankerend beleid. Over alle deelbedragen samen wordt er in 2013 een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 205,40 euro per premieplichtige gehaald, in 2012 was dit 113,97 euro per premieplichtige.
- De grootste gewogen gemiddelde vereveningsresultaten worden behaald op deelbedrag 'Overig'. De grootste spreiding wordt gevonden op het deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)'.
- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat over de gehele groep risicodragers is voor – en na flankerend beleid per definitie gelijk. In 2013 behaalt iedere risicodragers een positief vereveningsresultaat.
- De spreiding in het vereveningsresultaat (gewogen standaarddeviatie) neemt in beide analysejaren toe door het toepassen van flankerend beleid, vooral op deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)'. Dit effect is in 2013 sterker dan in 2012.
- Risicodragers met een gemiddeld risicoprofiel ondervinden (ook per definitie) minder verschuivingen in vereveningsresultaat door toepassen van flankerend beleid dan risicodragers met een afwijkend profiel.
- Zelfstandige risicodragers halen in beide analysejaren een hoger gewogen gemiddeld vereveningsresultaat voor – en na flankerend beleid dan concernrisicodragers. In 2013 met een vergelijkbare spreiding, in 2012 met een grotere spreiding. De grootste gewogen gemiddelde vereveningsresultaten worden behaald op deelbedrag 'Overig'.
- Bij onderscheid naar grootte van risicodragers zien we dat het flankerend beleid het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat op totaalniveau van grote – en kleine risicodragers over het algemeen verlaagd en bij middelgrote risicodragers verhoogt. Ook in deze doorsnede zien we de grootste gewogen gemiddelde vereveningsresultaten op deelbedrag 'Overig'. De spreiding is over het algemeen het grootste bij de kleine risicodragers en het kleinste bij de grote risicodragers.

Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige

In de spreidingsanalyse wordt gekeken naar het verschil tussen de zorgkosten en de ontvangen vereveningsbijdrage voor de verschillende risicodragers op risicodragerniveau. Het verschil tussen de twee is het vereveningsresultaat. Met het vereveningsresultaat per premieplichtige per risicodragers en per deelbedrag en de spreiding in deze resultaten maken we de effecten van het flankerend beleid inzichtelijk. Hierbij merken we op dat een positief vereveningsresultaat niet noodzakelijk tot een winst leidt voor een risicodragers en een negatief vereveningsresultaat niet per se tot een verlies aangezien er ook andere elementen (zoals beleggingsresultaten) zijn die de winsten en verliezen van de risicodragers beïnvloeden.

In Tabel 8 is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per premieplichtige voor en na het toepassen van flankerend beleid opgenomen. Ook is de gewogen standaarddeviatie van deze vereveningsresultaten opgenomen om een indicatie te geven van de spreiding in de

vereveningsresultaten. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor – en na flankerend beleid zijn per definitie aan elkaar gelijk wanneer de gehele populatie premieplichtigen wordt geanalyseerd.

Tabel 8 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat (euro per premieplichtige).

Jaar	Deelbedrag	Gewogen gemiddelde resultaat		Gewogen standaarddeviatie	
		Voor FB	Na FB	Voor FB	Na FB
2013	Variabel	30,57	30,57	38,92	40,74
	gGGZ18+	44,62	44,62	7,96	13,26
	Overig	130,21	130,21	14,37	21,53
	Totaal	205,40	205,40	50,18	66,52
2012	Variabel + B-DBC	33,96	33,96	32,66	33,87
	gGGZ18+	8,31	8,31	16,38	17,23
	Overig	71,70	71,70	18,59	22,84
	Totaal	113,97	113,97	54,23	62,46

In de tabel valt het volgende op:

- Conform de observaties in de vorige paragraaf zien we dat in beide analysejaren positieve vereveningsresultaten worden behaald voor – en na toepassing van flankerend beleid. Over alle deelbedragen samen wordt er in 2013 een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van 205,40 euro per premieplichtige gehaald, in 2012 was dit 113,97 euro per premieplichtige.
- De grootste vereveningsresultaten worden behaald op deelbedrag 'Overig', met een vereveningsresultaat van gemiddeld 130,21 euro per premieplichtige in 2013 en 71,70 euro per premieplichtige in 2012. Indien dit echter wordt afgezet tegen de hoogte van de budgetten dan is de gewogen standaarddeviatie per euro budget aanzienlijk hoger voor gGGZ en Overig, hetgeen in lijn is met de relatief hoge macrovereveningsresultaat bij deze deelbedragen.
- We zien dat voor alle deelbedragen in beide analysejaren de gewogen standaarddeviatie na toepassen van flankerend beleid hoger is dan voor het toepassen van flankerend beleid. Dit betekent dat de vereveningsresultaten van de verschillende risicodragers verder uit elkaar komen te liggen door toepassing van flankerend beleid in deze analysejaren. Hierbij merken we tevens op dat de toename in spreiding later in het vereveningsproces beperkt wordt door het toepassen van de bandbreedteregeling op deelbedragen 'Variabel (+ B-DBC)' en 'gGGZ18+'.
- De toename van de gewogen standaarddeviatie door flankerend beleid is in 2013 (met 16 euro per premieplichtige) groter dan in 2012 (met 8 euro per premieplichtige). Dit kan naar onze verwachting voor een groot deel verklaard worden doordat het macrovereveningsresultaat met 2,7 miljard euro in 2013 aanzienlijk hoger is dan het macrovereveningsresultaat van 1,5 miljard euro in 2012. In relatie hiertoe merken wij op dat bij een macrovereveningsresultaat van nul er per definitie geen sprake is van een impact van het flankerend beleid.
- De gewogen standaarddeviatie is in beide jaren het grootste voor deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)' ten opzichte van de andere deelbedragen. De gewogen standaarddeviatie voor het totaal van de deelbedragen is in beide analysejaren het hoger dan die voor de afzonderlijke deelbedragen.

Spreiding onder hypothetische situatie van flankerend beleid op alle deelbedragen tezamen

Tevens hebben wij onderzocht hoe de spreiding in vereveningsresultaten in 2013 en 2012 verandert wanneer met het flankerend beleid op alle deelbedragen tegelijkertijd zou toepassen, in plaats van op de deelbedragen afzonderlijk. De resultaten zijn samengevat in Tabel 9.

Tabel 9 – Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gewogen standaarddeviatie van dit vereveningsresultaat wanneer het flankerend beleid op alle deelbedragen tezamen zou werken (euro per premieplichtige).

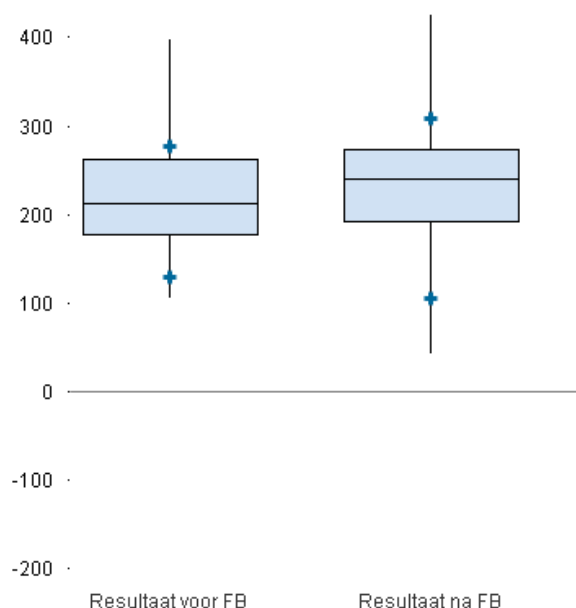
Jaar	Deelbedrag	Gewogen gemiddelde resultaat		Gewogen standaarddeviatie	
		Voor FB	Na FB	Voor FB	Na FB
2013	Alle deelbedragen tezamen	205,40	205,40	50,18	65,21
2012	Alle deelbedragen tezamen	113,97	113,97	54,23	63,56

In dit geval blijft het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor – en na flankerend beleid gelijk (205,40 euro per premieplichtige in 2013 en 113,97 euro per premieplichtige in 2012). De gewogen standaarddeviatie voor flankerend beleid voor het totaal van de deelbedragen is in 2013 50,18 euro per premieplichtige, en neemt door toepassen van flankerend beleid toe tot 65,21 euro per premieplichtige, en is daarmee beperkt lager dan in de werkelijke situatie (66,52 euro per premieplichtige). In 2012 neemt de gewogen standaarddeviatie in dit geval toe van 54,23 euro per premieplichtige naar 63,56 euro per premieplichtige. Daarmee komt de gewogen standaarddeviatie dus hoger uit dan in het werkelijke geval (62,46 euro per premieplichtige). Het hiermee verkregen beeld is dat de impact van het flankerend beleid op totaalniveau niet in grote mate afwijkt van de impact van het vaststellen van het flankerend beleid op deelbedragniveau.

Ter illustratie van de spreiding in de vereveningsresultaten wordt in Figuur 5 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. Figuur 6 biedt een zelfde soort weergave voor 2012.

Op de verticale as in de figuren 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 10e en 90e 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.

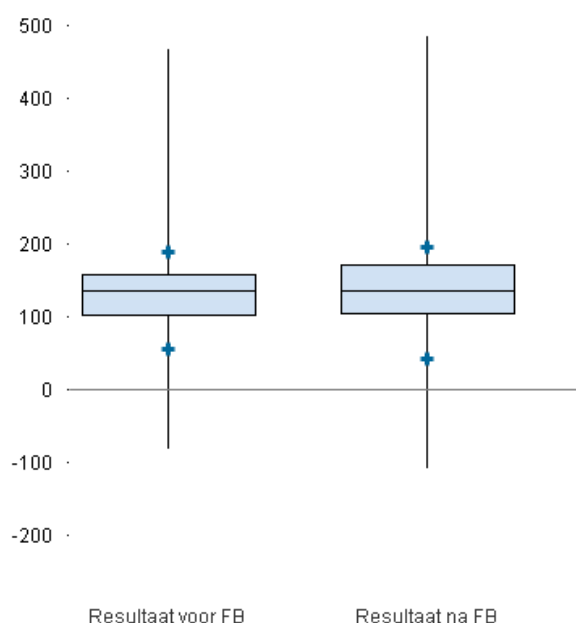
Figuur 5 – Grafische weergave van spreiding in het totale vereveningsresultaat per premieplichtige voor de verschillende risicodragers voor en na het toepassen van flankerend beleid in 2013 (euro per premieplichtige).



	Voor FB	Na FB
Max	397	425
P90	277	308
P75	263	273
Mediaan	211	240
P25	176	192
P10	129	105
Min	107	43

In de bovenstaande figuur is goed te zien dat de spreiding in vereveningsresultaat in 2013 toeneemt door het toepassen van flankerend beleid. Het minimum vereveningsresultaat wordt kleiner en het maximum vereveningsresultaat wordt groter. We zien ook dat alle vereveningsresultaten in 2013 positief zijn (het minimum ligt boven nul).

Figuur 6 – Grafische weergave van spreiding in het totale vereveningsresultaat per premieplichtige voor de verschillende risicodragers voor en na het toepassen van flankerend beleid in 2012 (euro per premieplichtige).



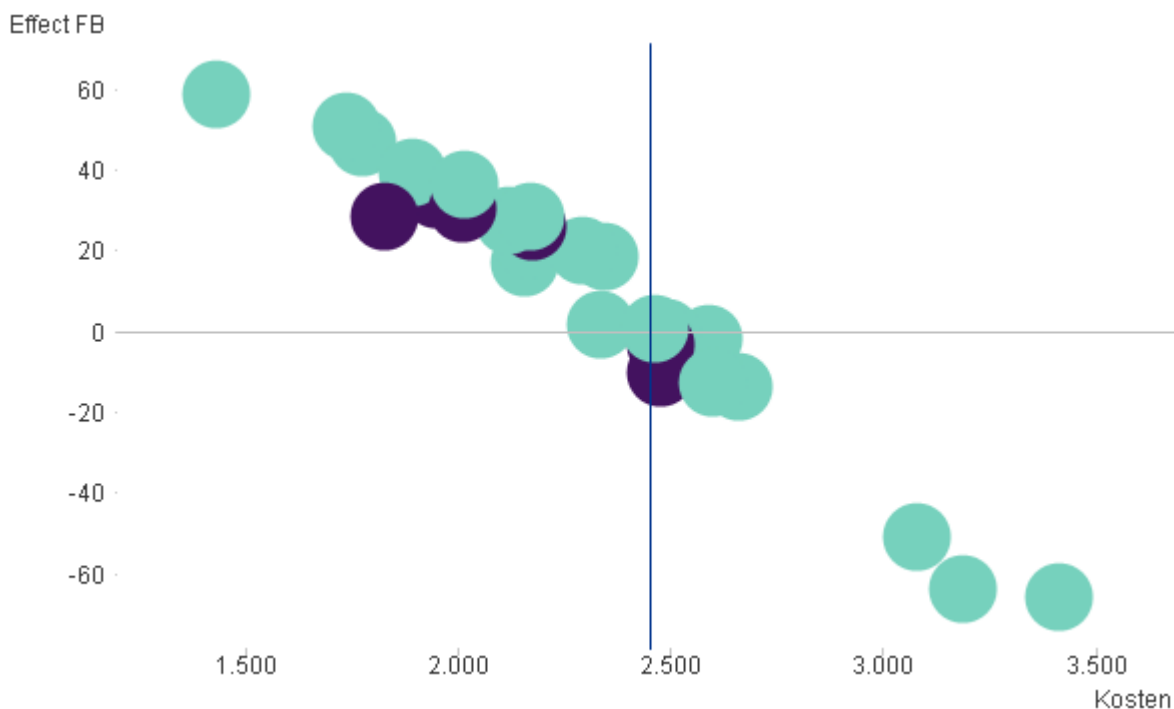
	Voor FB	Na FB
Max	467	485
P90	188	194
P75	156	172
Mediaan	135	136
P25	101	105
P10	56	42
Min	-80	-107

Uit bovenstaande figuur is voor 2012 dezelfde conclusie te trekken als voor 2013, de spreiding in de resultaten neemt toe (de extrema nemen iets toe). Het effect voor 2012 is wel beperkter dan voor 2013, wat in de lijn der verwachting ligt van onze observaties bij Tabel 8. In tegenstelling tot 2013 zijn er in 2012 wel risicodragers met een negatief vereveningsresultaat.

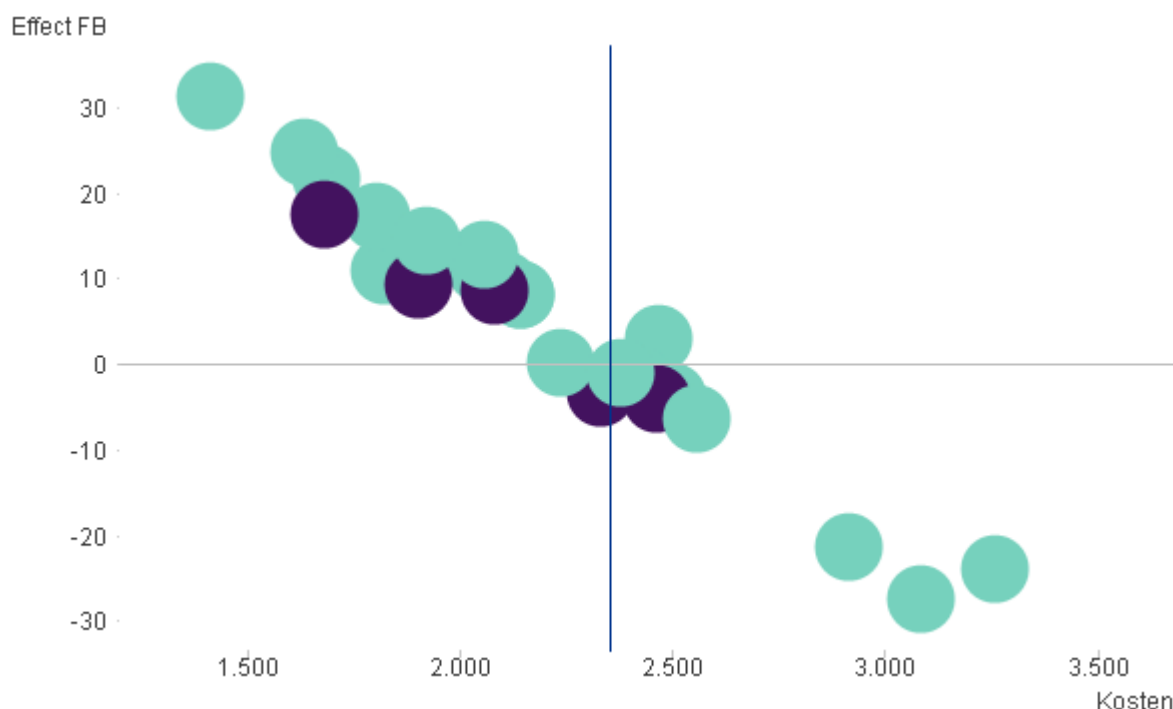
Resultaatverschuivingen door flankerend beleid

Om de effecten van het flankerend beleid op het vereveningsresultaat verder in kaart te brengen, hebben we onderzocht hoe de verschuivingen in het vereveningsresultaat door flankerend beleid verdeeld zijn. In Figuur 7 en Figuur 8 zijn de zorgkosten per premieplichtige uitgezet tegen het effect van het flankerend beleid per premieplichtige over het totaal van de deelbedragen in respectievelijk 2013 en 2012. 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 verticale blauwe lijn in de figuren representeert de gemiddelde zorgkosten per premieplichtige. In 2013 waren deze gemiddelde zorgkosten 2.450,74 euro per premieplichtige en in 2012 waren deze 2.352,37 euro per premieplichtige.

Figuur 7 – Het effect van het flankerend beleid afhankelijk van de zorgkosten in 2013 (euro per premieplichtige).

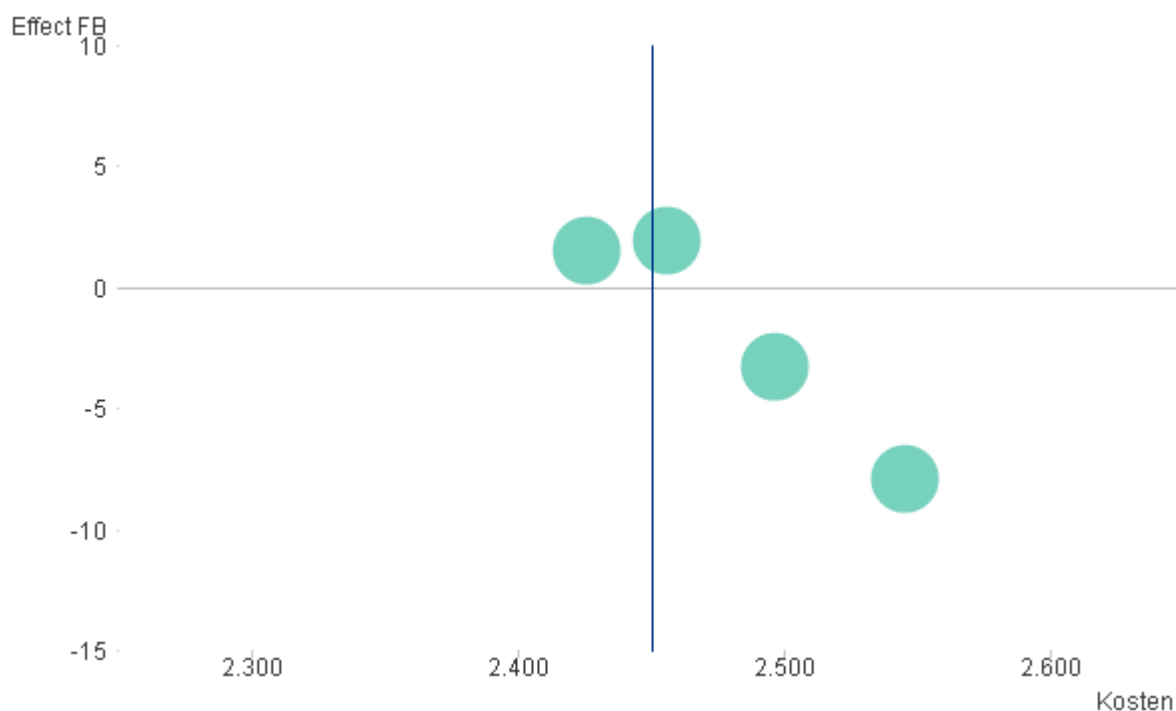


Figuur 8 – Het effect van het flankerend beleid afhankelijk van de zorgkosten in 2012 (*euro per premieplichtige*).

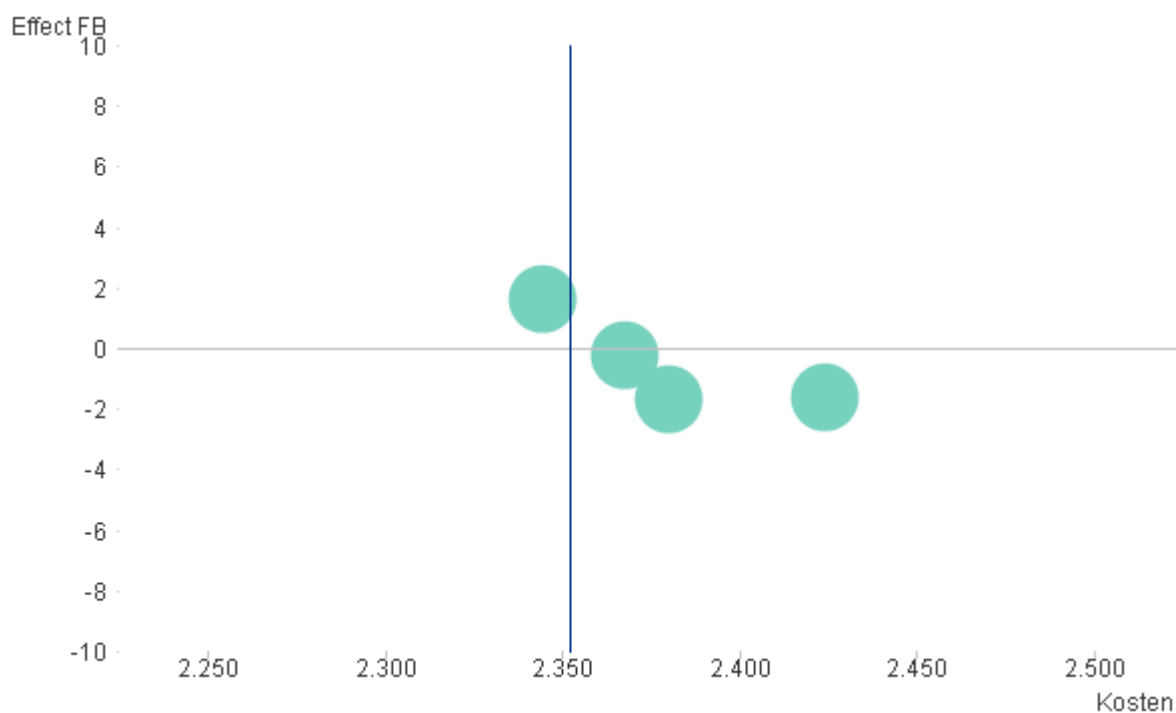


Het effect van het flankerend beleid is per definitie nihil als de daadwerkelijke vereveningsbijdrage van een risicodragers gelijk is aan de gemiddelde vereveningsbijdrage. Eveneens is het effect van flankerend beleid per definitie nihil als (per deelbedrag) de vereveningsbijdrage op macroschaal gelijk is aan de daadwerkelijke zorgkosten op macroschaal. In de figuren is goed te zien dat de gemiddelde resultaatverschuivingen door 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. Omdat er in beide analysejaren sprake is van een kostenoverschrijding ontvangen risicodragers met hoge gemiddelde kosten door het flankerend beleid een korting op de vereveningsbijdrage en risicodragers met gemiddeld lage kosten een toelage op de vereveningsbijdrage. In geval van een macro-overschrijding zou dit andersom zijn geweest. Tevens is in de figuur te zien dat in beide analysejaren de uitschieters voornamelijk behaald worden door concernrisicodragers, maar deze uitschieters middelen op concernniveau deels uit. Dit is te zien in Figuur 9 en Figuur 10 waarin de kosten en effecten binnen een concern tegen elkaar zijn uitgezet. Ieder punt in deze grafieken representeert dus een concern.

Figuur 9 – Het geaggregeerde effect van het flankerend beleid voor concernrisicodragers afhankelijk van de zorgkosten in 2013 (euro per premieplichtige).



Figuur 10 – Het geaggregeerde effect van het flankerend beleid voor concernrisicodragers afhankelijk van de zorgkosten in 2012 (euro per premieplichtige).



Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige, onderscheid concerns

In deze paragraaf onderzoeken we de verschillen tussen de spreiding van vereveningsresultaten van concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers. In Tabel 10 en Tabel 11 zijn voor respectievelijk

2013 en 2012 de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten per premieplichtige voor – en na toepassen van flankerend beleid opgenomen, evenals de bijbehorende gewogen standaarddeviaties, uitgesplitst naar concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers en onderverdeeld naar deelbedrag. Tevens zijn de concerns als één geheel geanalyseerd. Omdat er subgroepen worden geanalyseerd is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid niet meer per definitie gelijk aan dat voor flankerend beleid.

Tabel 10 – 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	Voor FB	Na FB
Concern- risicodragers	Variabel	27,15	26,91	37,89	39,63
	gGGZ18+	44,31	44,10	8,07	13,64
	Overig	129,55	128,60	13,39	21,01
	Totaal	201,01	199,61	47,38	64,65
Zelfstandige risicodragers	Variabel	60,99	63,18	34,46	35,70
	gGGZ18+	47,43	49,26	6,26	7,80
	Overig	136,04	144,51	20,28	20,86
	Totaal	244,45	256,96	56,98	60,46
Concerns als één geheel	Variabel	27,15	26,91	16,86	16,80
	gGGZ18+	44,31	44,10	2,63	4,14
	Overig	129,55	128,60	4,60	5,09
	Totaal	201,01	199,61	19,08	21,48

In de bovenstaande tabel valt het volgende over 2013 op:

- De hoogste vereveningsresultaten worden zowel door concernrisicodragers als door zelfstandige risicodragers gehaald op deelbedrag 'Overig'.
- Zelfstandige risicodragers behalen op ieder deelbedrag voor – en na toepassen van flankerend beleid een hoger vereveningsresultaat dan concernrisicodragers, met vergelijkbare standaarddeviaties.
- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor concernrisicodragers neemt op ieder deelbedrag af door toepassing van flankerend beleid. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat van de zelfstandige risicodragers neemt daarmee iets toe. Dit betekent op hoofdlijnen dat over het algemeen zelfstandige risicodragers gemiddeld een portefeuille hebben met relatief gunstige risico's, aangezien in 2013 er sprake was van een positief macro vereveningsresultaat.
- De gewogen standaarddeviatie neemt voor concernrisicodragers en voor zelfstandige risicodragers voor ieder deelbedrag toe door het toepassen van flankerend beleid. Voor concernrisicodragers is deze toename groter dan voor zelfstandige risicodragers.
- Wanneer de concerns als één geheel bekeken worden is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per definitie gelijk aan dat wanneer de concernrisicodragers afzonderlijk bekeken worden. Wel is de gewogen standaarddeviatie lager dan in het afzonderlijke geval.

Tabel 11 – 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	Voor FB	Na FB
Concern- risicodragers	Variabel + B-DBC	31,24	31,32	30,51	31,65
	gGGZ18+	7,49	7,47	14,18	15,23
	Overig	70,55	70,04	16,47	21,26
	Totaal	109,28	108,83	45,49	54,93
Zelfstandige risicodragers	Variabel + B-DBC	58,88	58,13	40,29	42,78
	gGGZ18+	15,81	16,05	28,67	28,71
	Overig	82,26	86,92	29,99	30,08
	Totaal	156,96	161,10	94,18	97,65
Concerns als één geheel	Variabel + B-DBC	31,24	31,32	7,83	7,44
	gGGZ18+	7,49	7,47	3,44	3,45
	Overig	70,55	70,04	6,27	6,39
	Totaal	109,28	108,83	1,56	2,23

In de bovenstaande tabel valt het volgende over 2012 op:

- De hoogste vereveningsresultaten worden, net als in 2013, zowel door concernrisicodragers als door zelfstandige risicodragers gehaald op deelbedrag 'Overig'.
- Zelfstandige risicodragers behalen op ieder deelbedrag voor – en na toepassen van flankerend beleid een hoger vereveningsresultaat dan concernrisicodragers, wel met grotere standaarddeviaties.
- Er is geen eenduidige verschuiving in de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten door het toepassen van flankerend beleid. Voor concernrisicodragers neemt het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat op totaalniveau in beperkte mate af, voor zelfstandige risicodragers neemt het op totaalniveau in beperkte mate toe. Voor 'gGGZ18+' kan de beperkte toename in gewogen gemiddeld resultaat in 2012 ten opzichte van 2013 verklaard worden door het aanzienlijk lager macro vereveningsresultaat (zoals getoond in Tabel 6). Voor het deelbedrag 'Variabel + B-DBC' is er in 2012 echter geen sprake van gunstige risico's, daar waar in 2013 wel sprake was van gunstige risico's bij zelfstandige risicodragers (getuige het positieve effect op het gewogen gemiddeld resultaat bij zelfstandige risicodragers in dat jaar).
- De gewogen standaarddeviatie neemt, net als in 2013, voor concernrisicodragers en voor zelfstandige risicodragers voor ieder deelbedrag toe door het toepassen van flankerend beleid. De toename is het sterkste voor het deelbedrag 'Overig' voor concernrisicodragers. Ook op totaalniveau is de stijging voor concernrisicodragers groter dan voor zelfstandige risicodragers.
- Als de concernrisicodragers als één geheel geanalyseerd worden zien we ook in 2012 een afname in gewogen standaarddeviatie ten opzichte van het afzonderlijke geval.

Spreiding in vereveningsresultaat per premieplichtige, onderscheid grootte

In deze paragraaf onderzoeken we de verschillen tussen de spreiding van vereveningsresultaten van risicodragers van verschillende grootte. In Tabel 12 en Tabel 13 zijn voor respectievelijk 2013 en 2012 de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten per premieplichtige voor – en na toepassen van flankerend beleid opgenomen, evenals de bijbehorende gewogen standaarddeviaties, uitgesplitst naar grote –, middelgrote –, en kleine risicodragers en onderverdeeld naar deelbedrag. Omdat er subgroepen worden geanalyseerd is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid niet meer per definitie gelijk aan dat voor flankerend beleid.

Tabel 12 – 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	Voor FB	Na FB
Groot	Variabel	27,65	26,41	32,53	33,55
	gGGZ18+	44,35	43,02	7,25	12,93
	Overig	128,63	123,44	9,54	14,98
	Totaal	200,63	192,87	41,05	55,20
Middelgroot	Variabel	45,45	49,53	44,39	45,56
	gGGZ18+	45,25	49,98	9,22	10,06
	Overig	132,88	150,24	20,11	25,40
	Totaal	223,58	249,75	66,71	71,40
Klein	Variabel	-15,47	-17,02	72,19	78,56
	gGGZ18+	46,52	41,82	12,40	26,27
	Overig	148,38	139,55	32,77	23,81
	Totaal	179,43	164,34	63,56	110,66

In de bovenstaande tabel valt voor 2013 het volgende op:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor grote – en kleine risicodragers neemt voor ieder deelbedrag af door het flankerend beleid. Voor middelgrote risicodragers neemt het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor ieder deelbedrag juist toe door het flankerend beleid.
- De hoogste vereveningsresultaten op totaalniveau voor – en na flankerend beleid worden behaald door middelgrote risicodragers. De kleine risicodragers behalen de laagste vereveningsresultaten, met zelfs een negatief gewogen gemiddeld vereveningsresultaat op het deelbedrag 'Variabel'.
- Ook in deze doorsnede behaalt iedere subgroep het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat op deelbedrag 'Overig'.
- Door flankerend beleid nemen alle gewogen standaarddeviaties toe, behalve op deelbedrag 'Overig' voor kleine risicodragers.
- De hoogste gewogen standaarddeviatie na flankerend beleid over alle deelbedragen samen zien we bij de kleine risicodragers, de laagste bij de grote risicodragers.

Tabel 13 – 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	Voor FB	Na FB
Groot	Variabel + B-DBC	32,45	32,48	20,53	21,58
	gGGZ18+	6,45	6,29	12,95	13,83
	Overig	68,77	66,31	14,83	18,66
	Totaal	107,67	105,08	36,90	44,54
Middelgroot	Variabel + B-DBC	43,99	43,96	30,84	32,04
	gGGZ18+	13,53	14,37	9,39	10,35
	Overig	76,81	86,72	16,86	18,84
	Totaal	134,33	145,05	41,56	46,98
Klein	Variabel + B-DBC	13,66	13,20	116,04	119,48
	gGGZ18+	19,09	18,13	53,32	54,52
	Overig	104,11	103,24	42,23	45,83
	Totaal	136,87	134,57	192,12	208,68

Voor 2012 valt in de bovenstaande tabel het volgende op:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor grote – en kleine risicodragers neemt voor ieder deelbedrag af door het flankerend beleid, net als in 2013. Een enkele uitzondering hierop is het deelbedrag 'Variabel + B-DBC' voor de grotere risicodragers, waarbij het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat met 0,03 euro per premieplichtige toeneemt. Voor middelgrote risicodragers neemt het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de deelbedragen 'gGGZ18+' en 'Overig' juist toe door het flankerend beleid, en neemt juist hier 0,03 euro per premieplichtige af voor 'Variabel + B-DBC'.
- Het hoogste gewogen gemiddelde vereveningsresultaat op alle deelbedragen samen wordt voor flankerend beleid behaald door de kleine risicodragers, na flankerend beleid door de middelgrote. Dit beeld is anders dan in 2013 in welk jaar zowel voor als na flankerend beleid het hoogste resultaat bij middelgrote verzekeraars zat. Dit wordt veroorzaakt door een enkele risicodragers die in 2012 als klein gecategoriseerd was, en in 2013 als middelgroot. Deze risicodragers heeft een hoog vereveningsresultaat per premieplichtige en daarmee wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per categorie significant beïnvloed.
- Net als in 2013 zijn de gewogen gemiddelde vereveningsresultaten op deelbedrag 'Overig' het hoogste.
- Door het toepassen van flankerend beleid nemen alle gewogen standaarddeviaties toe.
- De gewogen standaarddeviaties zijn op ieder deelbedrag het hoogste voor de kleine risicodragers. Na het toepassen van flankerend beleid is de gewogen standaarddeviatie van het gewogen gemiddelde resultaat op alle deelbedragen samen het kleinste voor de grote risicodragers.
- Net als in 2013 zijn de hoogste gewogen standaarddeviaties behaald op deelbedrag 'Variabel + B-DBC'. Indien dit echter wordt afgezet tegen de hoogte van de budgetten dan is de gewogen

standaarddeviatie per euro budget aanzienlijk hoger voor 'gGGZ18+' en 'Overig', hetgeen in lijn is met de relatief hoge macrovereveningsresultaat bij deze deelbedragen.

4.4 Stabiliteit

Doel van dit analyseonderdeel is om te bepalen hoe goed de vereveningsbijdrage en de zorgkosten in de VV1 aansluiten bij de vereveningsbijdrage en de zorgkosten in de VV2 en wat de gevolgen hier van zijn voor het vereveningsresultaat. De belangrijkste bevindingen van deze kwantitatieve analyse naar stabiliteit zijn:

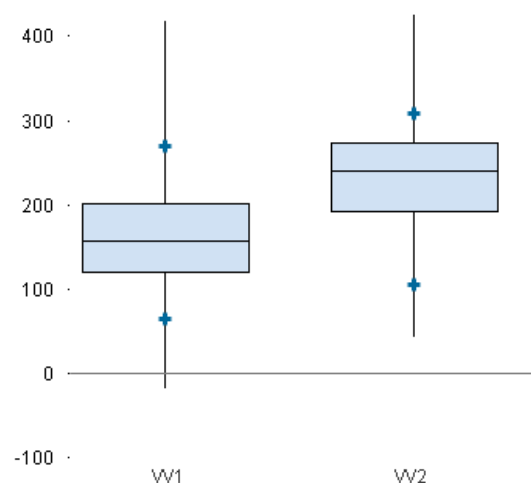
- In zowel 2013 als 2012 liggen de vereveningsresultaten na flankerend beleid over het algemeen hoger in de VV2 dan in de VV1. In beide gevallen wordt het verschil veroorzaakt door een grotere verschuiving in de gemaakte kosten dan in de ontvangen vereveningsbijdrage. De grootste verschuiving in het vereveningsresultaat doet zich in beide analysejaren voor op deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)', de kleinste op 'Overig'.
- In 2013 neemt de spreiding in de vereveningsresultaten na flankerend beleid tussen de VV1 en VV2 af, in 2012 neemt hij juist toe.

Samenhang van vereveningsresultaten tussen verschillende vaststellingsmomenten

In het vereveningsproces gaan de verzekerdenaantallen en de geraamde kosten steeds nauwkeuriger aansluiten op de werkelijkheid. Ook verandert de vereveningsbijdrage door het meenemen van ex post vereveningsstappen in latere vaststellingsmomenten. De ex post vereveningsstappen brengen doorgaans de vereveningsbijdrage en kosten dichter bij elkaar, en zorgen daarnaast voor een reductie in spreiding van de vereveningsresultaten van de verschillende risicodragers. In deze kwantitatieve analyse gaan we in op de werking van het flankerend beleid in de VV1 en de VV2 van 2012 en 2013. Het flankerend beleid wordt in de VV1, VV2 en DV toegepast voor het toepassen van de ex post vereveningsstappen (zoals hoge kosten compensatie of bandbreedte). Data over de DV is voor deze analysejaren nog niet beschikbaar. Doorgaans vinden er geen grote verschuivingen plaats tussen de VV2 en de DV, maar gezien er nog geen historische data over de invloed van het flankerend beleid in de DV beschikbaar is, is er voorzichtigheid geboden met de interpretatie van de resultaten. Wij hebben echter geen reden om aan te nemen dat er materiële verschuivingen plaatsvinden tussen de VV2 en de DV.

In Figuur 11 en Figuur 12 is de spreiding in het vereveningsresultaat per premieplichtige na flankerend beleid van de verschillende risicodragers getoond in de VV1 en de VV2 van respectievelijk 2013 en 2012 (in eerdere vaststellingsmomenten is er nog geen sprake van flankerend beleid). De presentatievorm is een boxplot van de vereveningsresultaten op de verschillende vaststellingsmomenten, zoals die in Onderdeel 4.3.

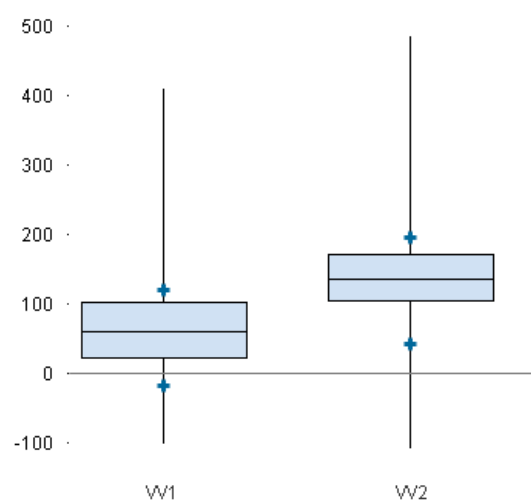
Figuur 11 – Spreiding in het vereveningsresultaat na flankerend beleid op totaalniveau in de VV1 en VV2 van 2013 (euro per verzekerde).



2013	VV1	VV2
Max	418	425
P90	269	308
P75	202	273
Mediaan	157	240
P25	120	192
P10	65	105
Min	-17	43

In de bovenstaande figuur is te zien dat de spreiding in de vereveningsresultaten van 2013 afneemt tussen de twee vaststellingsmomenten. Daarnaast worden er in de VV2 over het algemeen hogere vereveningsresultaten behaald dan in de VV1. Uit Tabel 15 en Tabel 16 van deze paragraaf blijkt dat de verschuiving in het vereveningsresultaat veroorzaakt wordt door een sterkere verschuiving in de kosten dan in de ontvangen vereveningsbijdrage tussen de vaststellingsmomenten.

Figuur 12– Spreiding in het vereveningsresultaat na flankerend beleid op totaalniveau in de VV1 en VV2 van 2012 (euro per verzekerde).



2012	VV1	VV2
Max	408	485
P90	119	194
P75	102	172
Mediaan	59	136
P25	21	105
P10	-19	42
Min	-100	-107

In tegenstelling tot de observatie in 2013 neemt in 2012 de spreiding in de vereveningsresultaten tussen de vaststellingsmomenten juist toe, gezien de extrema in de bovenstaande figuur verder uit elkaar komen te liggen. We zien tevens wel dat er meer vereveningsresultaten hoger uitvallen in de VV2 dan in de VV1 (de mediaan en de box eromheen liggen hoger). Ook deze verschuiving wordt verklaard door een grotere verschuiving in de zorgkosten dan in de vereveningsbijdrage tussen de vaststellingsmomenten.

Stabiliteit tussen de vaststellingsmomenten voor de verschillende deelbedragen

In deze paragraaf analyseren we per deelbedrag de gewogen gemiddelde absolute verschuiving in kosten, vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat tussen de VV1 en VV2 voor de verschillende deelbedragen. We analyseren de absolute verschuiving, omdat positieve en negatieve verschuivingen elkaar op kunnen heffen.

In Tabel 14 is de gewogen gemiddelde absolute verschuiving in het vereveningsresultaat per premieplichtige opgenomen en uitgesplitst naar deelbedrag en analysejaar, in Tabel 15 volgt dezelfde analyse voor de verschuiving in de kosten, en in Tabel 16 die voor de vereveningsbijdrage.

Tabel 14 – Gewogen gemiddelde absolute vereveningsresultaatverschuiving per premieplichtige tussen de verschillende vaststellingsmomenten op risicodragerniveau (euro per verzekerde).

	2013	2012
	VV1-VV2	VV1-VV2
Totaal	68,19	72,49
Variabel (+ B-DBC)	44,15	58,25
gGGZ18+	18,10	12,61
Overige prestaties	7,66	8,88

In de bovenstaande tabel zien we dat de gewogen gemiddelde absolute verschuiving in vereveningsresultaat tussen de VV1 en de VV2 van 2013 vergelijkbaar is aan die van 2012. In 2013 is de verschuiving op het deelbedrag 'Variabel' iets kleiner dan in 2012 en de verschuiving op 'gGGZ18+' juist iets groter. De verschuiving op deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)' is in beide analysejaren het grootste, die op deelbedrag 'Overig' het kleinste.

De verschuivingen in het vereveningsresultaat voor het toepassen van flankerend beleid komen sterk overeen met de hierboven getoonde waarden in de vereveningsresultaten na flankerend beleid. Daarom worden ze niet expliciet getoond, maar gaan dezelfde conclusies voor op.

Tabel 15 – Gewogen gemiddelde absolute kostenverschuiving per premieplichtige tussen de verschillende vaststellingsmomenten op risicodragerniveau (euro per verzekerde).

	2013	2012
	VV1-VV2	VV1-VV2
Totaal	71,50	65,57
Variabel (+ B-DBC)	45,69	56,27
gGGZ18+	19,25	12,11
Overige prestaties	8,11	8,73

In de bovenstaande tabel zien we dat de gewogen gemiddelde absolute verschuiving in de kosten sterke gelijkenissen vertoont met die in het vereveningsresultaat. Mede met de informatie in de onderstaande tabel concluderen we hieruit dat de verschuiving in het vereveningsresultaat in beide analysejaren en op alle deelbedragen voornamelijk gedreven wordt door de verschuiving in de kosten. Ook hier zien we de grootste verschuiving op deelbedrag 'Variabel (+ B-DBC)' en de kleinste op 'Overig'. Voor het deelbedrag 'Overig' worden declaraties het snelst gedaan en geeft de VV1 dus over het algemeen een beter beeld dan voor de andere deelbedragen. Merk op dat we de absolute gewogen gemiddelde verschuiving meten: de verschuiving in kosten is in deze analyse over het algemeen neerwaarts, waardoor het vereveningsresultaat toeneemt.

Tabel 16 – Gewogen gemiddelde absolute budgetverschuiving per premieplichtige tussen de verschillende vaststellingsmomenten op risicodragerniveau (*euro per verzekerde*).

	2013	2012
	VV1-VV2	VV1-VV2
Totaal	11,05	9,42
Variabel (+ B-DBC)	4,08	2,47
gGGZ18+	7,16	7,07
Overige prestaties	1,28	0,63

In de bovenstaande tabel is te zien dat de gewogen gemiddelde absolute budgetverschuiving relatief klein is ten opzichte van de verschuiving in de kosten. In tegenstelling tot bij de verschuivingen in het vereveningsresultaat en de kosten is voor het vereveningsbudget de grootste verschuiving in beide analysejaren te vinden op het deelbedrag 'gGGZ18+'. De kleinste verschuiving doet zich voor op deelbedrag 'Overig'. Opgemerkt moet worden dat de budgetverschuiving tussen de VV1 en de VV2 niet verklaard wordt door het toepassen van flankerend beleid, maar doordat in de VV2 inschattingen van HKC verrekeningen beschikbaar zijn en in de VV1 nog niet.

4.5 Voorspelbaarheid

Het doel van dit analyseonderdeel is om te bepalen hoe goed het vereveningsresultaat in de VV1 een voorspeller is voor het vereveningsresultaat in de VV2. De belangrijkste bevindingen van deze kwantitatieve analyse zijn:

- Het vereveningsresultaat op alle deelbedragen samen in de VV1 is voor zowel 2013 als 2012 een goede voorspeller voor het vereveningsresultaat in de VV2.
- De goede voorspelbaarheid is voornamelijk te vinden op het deelbedrag 'Overig'. Op de andere deelbedragen wordt er geen grote voorspelbaarheid gevonden. Dit kan hypothetisch verklaard worden doordat bij het deelbedrag 'Overig' er sneller gedeclareerd wordt door zorgverleners en er als gevolg minder onzekerheid is op VV1.
- Bij onderscheid tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers zijn soortgelijke conclusies te trekken. Uitzonderingen zijn een grote voorspelbaarheid op 'Variabel (+ B-DBC)' voor concernrisicodragers in 2013 en zelfstandige risicodragers in 2012.
- Bij onderscheid naar grootte van de risicodragers vinden we in 2013 een grote voorspelbaarheid op totaalniveau en 'Overig' voor alle subgroepen. Op de andere deelbedragen halen enkel de grote – en kleine risicodragers een grote voorspelbaarheid. In 2012 wordt er op totaalniveau enkel een grote voorspelbaarheid gevonden bij de kleine risicodragers, die ook als enige op 'Variabel + B-DBC' een hoge R^2 behalen. Ook in 2012 vinden we voor iedere subgroep grote voorspelbaarheid op deelbedrag 'Overig', maar voor geen enkele subgroep op 'gGGZ18+'.

Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat voor alle risicodragers

Om de werking van het flankerend beleid op de verschillende vereveningsmomenten verder in kaart te brengen, analyseren we in deze paragraaf de voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten in de VV2 aan de hand van de vereveningsresultaten in de VV1. In deze analyse maken we gebruik van de R^2 parameter. Deze parameter neemt altijd een waarde tussen de 0 en 1 aan. Hoe dichter de R^2 -parameter bij 1 ligt, hoe hoger de voorspellende waarde van de vereveningsresultaten van de VV1 is voor de vereveningsresultaten in de VV2.

In Tabel 17 is de voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat voor – en na flankerend beleid in de VV2 op basis van het vereveningsresultaat van de VV1 opgenomen voor ieder deelbedrag voor ieder analysejaar.

Tabel 17 – Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat voor – en na flankerend beleid in de VV2 op basis van de VV1 (R^2).

Jaar	Verevenings- resultaat	Totaal	Variabel (+ B- DBC)	gGGZ18+	Overig
2013	Voor FB	0,758	0,682	0,310	0,895
	Na FB	0,843	0,686	0,532	0,938
2012	Voor FB	0,778	0,619	0,358	0,857
	Na FB	0,784	0,603	0,355	0,883

In de tabel zien we dat het vereveningsresultaat op alle deelbedragen samen voor – en na flankerend beleid in de VV1 een goede voorspeller is voor het vereveningsresultaat in de VV2, getuige de hoge waarden van R^2 in 2013 en 2012 (respectievelijk 0,843 en 0,784 na flankerend beleid). Deze voorspellende waarde is voornamelijk te vinden in het deelbedrag 'Overig'. Voor de deelbedragen

'Variabel (+ B-DBC)' en 'gGGZ18+' is R^2 niet hoog. We zien tevens in de tabel over het algemeen de voorspelbaarheid in beperkte mate toenemen door het toepassen van het flankerend beleid. Uitzonderingen daarop zijn de afnames in voorspelbaarheid op deelbedragen 'Variabel + B-DBC' en 'gGGZ18+' in 2012.

Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat, onderscheid concerns

In deze paragraaf onderzoeken we de voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten voor concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers. Tabel 18 toont de R^2 -waarde van de voorspelbaarheid voor de verschillende deelbedragen voor de verschillende analysejaren, uitgesplitst naar concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers.

Tabel 18 – Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat na flankerend beleid in de VV2 op basis van de VV1 voor concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers (R^2).

Jaar		Totaal	Variabel (+ B-DBC)	gGGZ18+	Overig
2013	Concern-risicodragers	0,883	0,804	0,622	0,932
	Zelfstandige risicodragers	0,790	0,635	0,018	0,966
2012	Concern-risicodragers	0,806	0,604	0,203	0,802
	Zelfstandige risicodragers	0,884	0,865	0,628	0,975

In bovenstaande tabel zien we dat ook wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen concernrisicodragers en zelfstandige risicodragers er in beide analysejaren voor beide groepen een hoge R^2 -waarde voor voorspelbaarheid gevonden wordt voor de deelbedragen samen. Ook op deelbedrag 'Overig' zijn er enkel hoge waarden te vinden. Op deelbedrag 'gGGZ18+' wordt er geen grote voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten gevonden. Voor deelbedrag 'Variabel (+B-DBC)' wordt er wel voorspelbaarheid gevonden voor de concernrisicodragers in 2013 en de zelfstandige risicodragers in 2012.

Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat, onderscheid grootte

Ook onderzoeken we de voorspelbaarheid van de vereveningsresultaten voor de uitsplitsing van risicodragers naar grootte. In Tabel 19 zijn de resultaten van deze kwantitatieve analyse opgenomen.

Tabel 19 – Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat na flankerend beleid in de VV2 op basis van de VV1 voor risicodragers van verschillende grootte (R^2).

Jaar		Totaal	Variabel + B-DBC	gGGZ18+	Overig
2013	Groot	0,952	0,921	0,829	0,881
	Middelgroot	0,773	0,544	0,153	0,948
	Klein	0,913	0,844	0,744	0,978
2012	Groot	0,353	0,051	0,534	0,789
	Middelgroot	0,622	0,509	0,192	0,815
	Klein	0,928	0,811	0,411	0,936

In bovenstaande tabel valt het volgende op:

- In 2013 vertonen de vereveningsresultaten van alle subgroepen op totaalniveau en op deelbedrag 'Overig' een grote voorspelbaarheid. Op de andere deelbedragen halen enkel de grote – en kleine risicodragers een grote voorspelbaarheid.
- In 2012 halen enkel de kleine risicodragers op het totaal van alle deelbedragen een grote voorspelbaarheid. Ook op deelbedrag 'Variabel + B-DBC' zijn het enkel de kleine risicodragers waarbij er een hoge waarde voor R^2 gevonden wordt. Op deelbedrag 'Overig' vinden we voor iedere subgroep een hoge waarde voor R^2 en op deelbedrag 'gGGZ18+' voor geen enkele.



Inzichten uit het veld

5 Inzichten uit het veld

Als onderdeel van de evaluatie van het 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);
- Alle risicodragers (bij de volgende zorgverzekeraars: Achmea, ASR, CZ, DSW, Eno, Menzis, ONVZ, VGZ, Zorg & Zekerheid), waarbij wij bij één zorgverzekeraar twee interviews hebben afgenomen en een aantal zorgverzekeraars meerdere risicodragers hebben;
- Zorginstituut Nederland (ZINL);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- De Nederlandsche Bank (DNB).

In onze interviews zijn we met iedere expert ingegaan op de werking van het flankerend beleid aan de hand van een aantal interviewvragen. De uitwerking van de interviews is themagewijs opgenomen. Wij werken hierbij de volgende thema's uit:

- Behalen doelstelling flankerend beleid;
- Veranderingen naar aanleiding van het flankerend beleid;
- Bijwerkingen;
- Afschaffen of handhaven flankerend beleid;
- Voorstellen voor verbetering.

5.1 Behalen doelstelling flankerend beleid

Wij hebben aan de geïnterviewden gevraagd of de doelstelling van het bijdragen aan een gelijk speelveld is behaald. De geïnterviewden geven het volgende aan:

- Het flankerend beleid behoudt het gelijke speelveld op dezelfde wijze als voor de afschaffing van de macronacalculatie. De theoretische basis voor het flankerend beleid als instrument om het gelijke speelveld te behouden is volgens de meeste geïnterviewden correct.
- Het flankerend beleid draagt volgens de meeste geïnterviewden in 2012 en 2013 niet bij aan een gelijk speelveld vanwege de onvoldoende nauwkeurige vaststelling van de vereveningsbijdragen, hetgeen contrair aan de doelstelling van het flankerend beleid is. Dit komt echter niet door het instrument flankerend beleid zelf, maar door de vereveningsbijdragen die in 2012 en 2013 ondercompenseren voor verzekerden met een hoog risico op hogere zorgkosten.

De meningen over of het doel van het flankerend beleid is behaald, zijn niet unaniem. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het gelijke speelveld onder het flankerend beleid op dezelfde wijze wordt behouden als bij de macronacalculatie.

Geïnterviewden geven aan dat het flankerend beleid in het geval van een overschatting van de macrokosten de solidariteit in het systeem verlaagt. In die situatie, zoals in de observatieperiode 2012-2013 is er namelijk compensatie door risicodragers met relatief ongezonde verzekerden naar risicodragers met relatief gezonde verzekerden, hetgeen deze geïnterviewden in strijd met de gewenste solidariteit achten.

De geïnterviewden merken op dat het flankerend beleid in 2012 en 2013 (waarin de macrokosten waren overschat) niet heeft geleid tot een lagere standaarddeviatie in de vereveningsresultaten per risicodrager, maar juist de standaarddeviatie heeft verhoogd (zie Tabel 8 van de kwantitatieve analyse). Dit was een andere uitkomst dan verwacht mag worden voor het behoud van een gelijk speelveld. Meerdere geïnterviewden geven aan dat dit kan worden verklaard doordat het ex ante vereveningsmodel in het vaststellen van de vereveningsbijdrage de relatief gezonde verzekerden overcompenseert, en dat verzekerden met relatief hoge zorgkosten een te lage vereveningsbijdrage ontvangen. In de basis is hiermee dus geen sprake van een volledig gelijk speelveld. Het flankerend beleid heeft volgens deze geïnterviewden niet bijgedragen aan een gelijk speelveld, omdat het flankerend beleid in de observatieperiode de vermeende imperfectie in het vaststellen van de vereveningsbijdragen versterkt. Dit komt echter niet door het instrument flankerend beleid zelf, maar door een samenloop in 2012 en 2013 met het vaststellen van de vereveningsbijdragen en omdat er in 2012 en 2013 sprake is geweest van een kostenoverschrijding op macroniveau. De geïnterviewden geven eveneens aan dat verschillen in zorginkoop naar verwachting geen grote impact op het geschetste beeld van samenloop tussen de uitwerking van het flankerend beleid en het vaststellen van vereveningsbijdragen.

5.2 Veranderingen naar aanleiding van het flankerend beleid

Met het afschaffen van de macronacalculatie is het flankerend beleid geïntroduceerd in 2012 met als doel het gelijke speelveld te behouden. De volgende grote veranderingen naar aanleiding van het flankerend beleid worden genoemd:

- Veel geïnterviewden zien het introduceren van het flankerend beleid als onderdeel van het pakket om ex post mechanismen af te schaffen. In het algemeen wordt aangegeven dat het totaalpakket van wijzigingen in het ex post vereveningssysteem zorgt voor een prikkel om doelgericht zorg in te kopen.
- Meerdere geïnterviewden geven aan dat zij geen veranderingen zien met de invoering van het flankerend beleid, omdat het gelijke speelveld zoals gedefinieerd binnen de macronacalculatie op dezelfde wijze wordt behouden. Het niet introduceren van het flankerend beleid had wel tot een verandering geleid, namelijk een mogelijke afname van het gelijke speelveld.
- Veel geïnterviewden geven aan dat de overgang naar het flankerend beleid heeft geleid tot grotere fluctuaties in de premie en het vereveningsresultaat. Zij geven aan dat dit wordt verklaard doordat correcties van een overschrijding of onderschrijding van de macrokosten eerst in de nieuwe rekenpremie worden meegenomen, en het daaropvolgende jaar via de 50/50-regeling alsnog terecht komen bij de werkgever.

Vanwege het afschaffen van de macronacalculatie ligt, op macroniveau, het risico dat de kosten hoger uitvallen dan de geraamde kosten bij de risicodragers. Bij het vaststellen van de premie kunnen risicodragers zelf een visie vormen op de macrokosten en zodoende een lagere/hogere premie vragen indien de verwachte zorgkosten naar de mening van de risicodragers lager/hoger liggen dan het macroprestatiebedrag. Het is daarom onder de (meeste) geïnterviewden een geaccepteerde stelling dat het afschaffen van de macronacalculatie niet in sterke mate leidt tot een winst/verlies voor risicodragers, indien er sprake is van een in de ogen van de risicodragers te hoog/laag macroprestatiebedrag. Het risico van het misramen (door risicodragers) van de macrokosten ligt echter vanaf het afschaffen van de macronacalculatie wel bij risicodragers.

Geïnterviewden onderschrijven dat het afschaffen van de macronacalculatie begin 2012 heeft geleid tot grote positieve vereveningsresultaten. Deze geïnterviewden geven aan dat deze positieve vereveningsresultaten ook een belangrijke verklaring zijn voor de winsten en de toegenomen reserves van de risicodragers in de afgelopen jaren. Zij geven aan dat de risicodragers hadden verwacht dat de zorgkosten op macroniveau hoger zouden liggen dan de daadwerkelijke realisatie over 2012 en 2013.

Een geïnterviewde geeft daarbij aan dat de werking van het flankerend beleid in essentie niet anders is dan de werking van de macronacalculatie, maar dat er wel een timingsverschil bestaat. In het bijzonder doelt deze geïnterviewde ook op de verdeling van zorgkosten tussen werkgevers en burgers (zie Figuur 1). Onder macronacalculatie worden over- of onderschrijdingen direct verwerkt via het ZVF, terwijl onder het flankerend beleid de macrokostenoverschrijding of -overschrijding als eerste terecht komt bij de risicodragers en naar verwachting van deze geïnterviewde vervolgens ook wordt meegenomen in de nieuwe rekenpremie in het daarop volgende jaar. Op die manier komt de kostenstijging als gevolg van de 50/50-regeling alsnog terecht bij de werkgevers. Dit zorgt ervoor dat correcties van een overschrijding of onderschrijding van de macrokosten ten eerste over een langere termijn plaatsvinden, en ten tweede op korte termijn grotere fluctuaties in de premie veroorzaken indien de werkelijke kosten significant afwijken van het macroprestatiebedrag.

Veel geïnterviewden geven aan dat het effect van het flankerend beleid alleen moeilijk te beoordelen is, omdat het binnen een pakket van ex post mechanismen valt. In het algemeen wordt aangegeven dat het totaalpakket van wijzigingen in het ex post vereveningssysteem zorgt voor een prikkel om doelgericht zorg in te kopen, maar – zoals gezegd – ook voor grotere fluctuaties in de premiestelling en als gevolg volgens sommige geïnterviewden maatschappelijke onrust.

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat zij geen veranderingen zien met de invoering van het flankerend beleid, omdat het gelijke speelveld zoals gedefinieerd op dezelfde wijze wordt behouden. Ook geven een aantal geïnterviewden aan dat het flankerend beleid minder van belang is voor grote risicodragers.

Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat zij verwachten dat verzekeraars geen aanpassingen hebben gedaan aan hun beleid en strategie op basis van het flankerend beleid. Wel verwachten de geïnterviewden dat verwachte impact van het flankerend beleid door risicodragers wordt meegenomen bij het vaststellen van de gevraagde premie.

5.3 Bijwerkingen

Wij hebben aan de geïnterviewden gevraagd welke (mogelijke) bijwerkingen er zijn bij het introduceren van het flankerend beleid. De geïnterviewden geven het volgende aan:

- Het flankerend beleid heeft bij de introductie tot extra onzekerheid geleid. Over het algemeen wordt deze onzekerheid als beperkt ervaren.

Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat het flankerend beleid leidt tot meer onzekerheid over het resultaat, omdat risicodragers de effecten van het flankerend beleid van tevoren niet goed in kunnen schatten. Onder meer omdat risicodragers afhankelijk zijn van de zorgkosten die andere risicodragers maken (risicodragers moeten naast de schade uit hun eigen portfolio ook een raming maken van de macrokosten). Dit leidt tot meer voorzichtigheid, bijvoorbeeld in het premiestellingsproces. Deze geïnterviewden verwachten dat als gevolg van het flankerend beleid, risicodragers (iets) prudenter zullen ramen. Een aantal geïnterviewden zwakken de opwaartse druk op de premie als gevolg van het flankerend beleid af door aan te geven dat elke stelselwijziging tot een kostenstijging kan leiden, omdat de onzekerheid die daarbij hoort zich vaak vertaalt naar een premieopslag. Ook andere geïnterviewden zwakken het argument van de opwaartse druk op de premie af door te wijzen op het zorgstelsel als een gesloten systeem waarbij op termijn winsten (die naar verwachting ontstaan bij prudente ramingen) op lange termijn weer terug worden gegeven aan de premieplichtigen (door middel van een korting op de gevraagde premies). Een aantal geïnterviewden geeft aan dat bovenstaande onzekerheid en bijbehorende prudentere ramingen wordt versterkt doordat het lang duurt voordat het vereveningsresultaat definitief is vastgesteld. Deze geïnterviewden zien de lange doorlooptijd hiervoor als voornaamste verklaring. Als voorbeeld wordt de doorlooptijd van gGGZ DBC's gegeven. De lange doorlooptijd zorgt ervoor dat er vrij grote verschillen zijn in de resultaten in VV1 en VV2. Voor dit deelbedrag is VV1 een slechte voorspeller voor het uiteindelijke resultaat, bijvoorbeeld omdat de schatting in Q3 van ZN al een heel andere indicatie geeft.

Tevens hebben wij gevraagd of de geïnterviewden een koppeling zien tussen Solvency II en het flankerend beleid. Solvency II is het nieuwe toezichtskader op verzekeraars dat vanaf 1 januari 2016 van toepassing is. De meeste geïnterviewden zien niet een heel sterke koppeling met Solvency II. Een aantal geïnterviewden ziet dat wel enigszins, bijvoorbeeld vanwege de invloed op het besteedbaar vermogen, (onzekerheid over) de best estimate schadevoorziening, de volatiliteit in de premie en de onzekerheid in het vereveningsbijdrage. Een aantal geïnterviewden geven aan dat de HRES-parameter zou kunnen worden aangepast, maar koppelt dit niet aan het flankerend beleid.

5.4 Afschaffen of handhaven flankerend beleid

Wij hebben aan de geïnterviewden gevraagd of zij het flankerend beleid willen afschaffen of handhaven. De geïnterviewden geven het volgende aan:

- Tien van de veertien geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen handhaven, waarbij veel van deze geïnterviewden aangeven dat er een aantal veranderingen moeten worden doorgevoerd. Drie geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen afschaffen.
- Er is geen duidelijke clustering te maken naar de achtergrond van de geïnterviewden naar concernrisicodragers of zelfstandige risicodragers bij de mening over het handhaven of afschaffen van het flankerend beleid.

Wij hebben de veertien geïnterviewden gevraagd of zij, alles overwegende, het flankerend beleid willen handhaven of afschaffen. Daarbij werden ook een aantal verbeterpunten voor het flankerend beleid genoemd. Deze voorstellen voor verbetering zijn uitgewerkt in de volgende sectie.

- Tien van de veertien geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen handhaven, waarbij veel van deze geïnterviewden aangeven dat er dan wel een aantal veranderingen moeten worden doorgevoerd. Deze voorstellen voor verbetering zijn opgenomen in Onderdeel 5.5.
- Drie van de veertien geïnterviewden geven aan het flankerend beleid te willen afschaffen. Daarbij wordt wel aangegeven dat het belangrijk is dat flankerend beleid type 1 (inclusief compensatie voor late pakketwijzigingen en nationale catastrofes) behouden blijft.
- Veel geïnterviewden geven daarbij aan dat als de raming van het macroprestatiebedrag goed is en de afwijking van de werkelijke kosten klein, de noodzaak van het flankerend beleid afneemt.

De belangrijkste redenen die worden genoemd voor het behoud van het flankerend beleid zijn de volgende:

- De theoretische werking van het flankerend beleid is juist. De ogenschijnlijk contraire werking van het flankerend beleid in 2012 en 2013 kan volgens deze geïnterviewden worden verklaard door de (vermeende) imperfecties in de vaststelling van de vereveningsbijdragen.
- De raming van de macrokosten (het macroprestatiebedrag) wijkt nog teveel af van de werkelijke macrokosten. Bovendien werkt het proces om het macroprestatiebedrag vast te stellen nog niet goed genoeg. Daarom blijft het flankerend beleid nodig.
- De analyse periode is te kort. Geïnterviewden geven aan dat in de analyseperiode er een grote afwijking was tussen de verwachte macro kosten en de werkelijke macro kosten. Tevens zijn er na 2012 nog een aantal andere veranderingen in het risicovereveningssysteem doorgevoerd. Op basis van de huidige analyseperiode zou daarom geen beslissing tot afschaffen moeten worden genomen.

Er worden verschillende redenen genoemd door geïnterviewden die aangeven voor afschaffing van het flankerend beleid te zijn:

- In het geval van overschatting van de macrokosten draagt het flankerend beleid niet bij aan de gewenste solidariteit van gezonde verzekerden aan ongezonde verzekerden.
- Het flankerend beleid leidt tot lange onzekerheid over het vaststellen van het vereveningsresultaat van verzekeraars.

Een aantal geïnterviewden geven aan dat het gelijke speelveld anders moet worden gedefinieerd. De volgende elementen behoren mee te worden genomen in de beschouwing van het gelijke speelveld:

- Het gelijke speelveld dient niet in te houden dat het verwachte gemiddelde resultaat per verzekerde gelijk moet zijn. Immers, risicodragers die meer risico lopen dienen volgens de standaard economische wetten in relatie tot de rendement versus risico verhouding ook voor het risico beloond te worden.
- Indien er sprake is van positieve vereveningsresultaten bij een risicodrager welke een gevolg zijn van goed beleid zoals doelmatige zorginkoop of goede preventie, dan dient dit niet door middel van flankerend beleid gedeeld te moeten worden met concurrenten. In de praktijk lijkt het echter slecht mogelijk om de effecten van een macrokosten overschrijding of onderschrijding te splitsen naar een misraming enerzijds en het effect van doelmatige zorginkoop anderzijds.

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat zij de macronacalculatie prefereren boven het flankerend beleid, omdat het flankerend beleid de volatiliteit in resultaten (en daarmee de gevraagde premies) van risicodragers heeft vergroot en daarmee heeft geleid tot grote maatschappelijke onrust. Bij macronacalculatie worden deze effecten gedempt doordat de verwerking ervan direct via het ZVF verloopt. Onder het flankerend beleid wordt een macrokosten overschrijding of onderschrijding eerst opgevangen via de risicodragers door middel van de premie.

Er is geen eenduidige conclusie te trekken tussen geïnterviewden die werkzaam zijn bij concernrisicodragers en bij zelfstandige risicodragers bij de mening over het afschaffen of behouden van het flankerend beleid.

5.5 Voorstellen voor verbetering

Wij hebben aan de geïnterviewden gevraagd welke verbeteringen zij zien in relatie tot het flankerend beleid. De geïnterviewden geven het volgende aan:

- Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat de werking van het flankerend beleid zou worden verbeterd als er meer granulariteit wordt toegepast. Op dit moment is er als gevolg van het flankerend beleid op een aantal niche-onderdelen sprake van ongewenste marktverstoring, omdat het flankerend beleid een compensatie geeft op het (hoge) niveau van deelbedragen. Een deel van de geïnterviewden waarschuwt echter voor het introduceren van een meer granulair flankerend beleid in verband met praktische uitvoerbaarheid en het remmen van doelmatige zorginkoop.
- Veel geïnterviewden geven aan dat het conceptueel juist zou zijn om het flankerend beleid ook op het verplicht eigen risico toe te passen. De meningen over de materialiteit van het toepassen van flankerend beleid op het eigen risico zijn verdeeld.
- Nagenoeg alle geïnterviewden geven aan dat er in de evaluatieperiode 2012-2013 sprake is van een groot verschil tussen het macroprestatiebedrag en de gerealiseerde zorgkosten. Zij stellen voor het proces om tot een inschatting van het macroprestatiebedrag te komen te verbeteren zodanig dat dit beter aansluit bij de gerealiseerde zorgkosten. Op dat moment zal de impact van het flankerend beleid ook afnemen.
- Meerdere geïnterviewden geven aan dat het herintroduceren van de macronacalculatie tot meer stabiliteit in de zorgsector zou leiden.

Wij hebben de geïnterviewden gevraagd welke suggesties ter verbetering zij hebben. Veel van de geïnterviewden zien het flankerend beleid als onderdeel van het pakket van het afschaffen van ex post vereveningsmechanismen en hebben de vraag over de gehele breedte van het vereveningssysteem beantwoord. Wij hebben deze paragraaf geclusterd naar de volgende onderwerpen: granulariteit, eigen risico en overig.

Granulariteit

Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat de werking van het flankerend beleid zou worden verbeterd als er meer granulariteit wordt toegepast, bijvoorbeeld een werking op verstrekkingenniveau. Als belangrijkste reden wordt daarvoor genoemd dat het de geïnterviewden het eerlijker vinden dat alleen risicodragers die in die specifieke verstrekking zitten worden gecompenseerd voor een landelijke kostenoverschrijding of -onderschrijding op die verstrekking. Als voorbeeld van een diepere vorm van granulariteit wordt het volgende benoemd door geïnterviewden:

- Vereveningsresultaten op niet-premieplichtigen die per definitie binnen het flankerend beleid worden omgeslagen naar rato van premieplichtigen. Hierbij geeft een geïnterviewde aan dat hoewel de macrokostenoverschrijding of -onderschrijding op basis van verzekerdenaantallen wordt berekend, de ex ante vereveningsbijdragen worden geschaald op basis van premie-equivalenten. Dit kan leiden tot scheve resultaten, met name voor risicodragers die bijvoorbeeld relatief veel kinderen in de portefeuille hebben.
- Het introduceren van de eigen bijdrage voor lichte gGGZ-behandelingen op 1 januari 2012 heeft tot een kostenbesparing in de schadelast van lichte gGGZ-zorg tot gevolg gehad. Dit is een verklaring geweest voor de positieve vereveningsresultaten op gGGZ. Risicodragers die een portefeuille hebben met daarin veel zwaardere gGGZ-patiënten, maar een gemiddeld aantal lichte gGGZ-patiënten hebben niet in sterkere mate dan de concurrenten van dit vereveningsresultaat geprofiteerd. Deze risicodragers moeten echter door de werking van het flankerend beleid wel risicodragers met een gunstig gGGZ-profiel compenseren. Indien het flankerend beleid meer

granulair was geïntroduceerd, was deze (vermeende) onrechtvaardigheid mogelijk niet aanwezig geweest.

- Als een ander voorbeeld wordt de verstrekkingen voor kraamzorg binnen het deelbedrag variabel genoemd. Een risicodragers met veel vrouwen in de leeftijd 20-40 jaar zal een grote impact op de vereveningsbijdrage ervaren van een misraming op de verstrekking kraamzorg. Kraamzorg is een klein onderdeel van variabele ziektekosten. Aangezien het flankerend beleid op het niveau van deelbedragen plaatsvindt, zal er voor deze risicodragers echter nauwelijks een effect zijn.

Over de praktische invulling van het introduceren van een meer granulair niveau wordt het volgende aangegeven door de geïnterviewden:

- Op dit moment leveren risicodragers al informatie aan op verstrekkingenniveau. Het aanbrengen van meer granulariteit verhoogt daarom niet de administratieve last.
- Het macroprestatiebedrag dient ook op verstrekkingenniveau te worden vastgesteld. Dit is een tegengestelde beweging van hetgeen op dit moment de richting is bij het vaststellen van het macroprestatiebedrag, waarbij sprake is van het samenvoegen van deelbedragen. Dit leidt tot meer transparantie naar de risicodragers toe. Naar verwachting kunnen risicodragers dan ook beter de macrokosten ramen; het is gemakkelijker vast te stellen op welke verstrekkingen zij een afwijkende raming hebben dan het macroprestatiebedrag en dus waarop zij moeten bijsturen. Aangezien het macroprestatiebedrag niet op een meer granulair niveau is uitgesplitst hebben wij ook geen effecten van een meer granulair flankerend beleid in kaart kunnen brengen.

Tot slot merken wij op dat theoretisch een meer granulair flankerend beleid een rem kan zijn op de zorginkoop. Hypothetisch voorbeeld: indien het flankerend beleid op niveau van verstrekkingen wordt uitgevoerd (in plaats van op deelbedragen) en een risicodragers een marktaandeel van 100% op een bepaalde verstrekking heeft, dan is de (financiële) prikkel tot doelmatige zorginkoop beperkt, aangezien het flankerend beleid tot gevolg heeft dat de doelmatigheidswinst gedeeld wordt met de overige risicodragers.

Eigen risico

- In de jaren 2012 en 2013 is het eigen risico dat kon worden geïnd bij verzekerden overschat, en hebben risicodragers een negatief vereveningsresultaat op het eigen risico behaald. De meerderheid van de geïnterviewden geeft aan dat het onwenselijk is dat het eigen risico niet in het flankerend beleid is opgenomen. Hierbij wordt aangegeven dat de additionele administratieve belasting voor het includeren van het eigen risico in het flankerend beleid laag is, omdat de kosten per verzekerde reeds worden aangeleverd. De meningen over de materialiteit van het toepassen van flankerend beleid op het eigen risico zijn verdeeld, zo geven verschillende geïnterviewden aan dat er weinig impact van verwacht wordt.
- Een aantal geïnterviewden geeft aan de huidige situatie waarin het eigen risico niet onder het flankerend beleid valt, wenselijk te vinden en deze situatie wilt behouden. Redenen die hiervoor worden genoemd zijn de verwachte beperkte materialiteit en praktische bezwaren voor de implementatie van het eigen risico in het flankerend beleid.

Overig

Veel geïnterviewden geven aan dat de HKC opnieuw moet worden ingevoerd. Als onderdeel van het pakket van het afschaffen van ex post mechanismen is de HKC afgeschaft. Daarvoor in de plaats is onder andere de MHK-compensatie ingevoerd als criterium bij het vaststellen van het vereveningsbudget. Veel geïnterviewden geven echter aan dat dit criterium de kosten niet precies genoeg inschat, waardoor met name patiënten met voorspelbaar hoge zorgkosten worden ondergecompeniseerd.

Tevens geven veel geïnterviewden aan dat de raming van het macroprestatiebedrag moet worden verbeterd. Het flankerend beleid heeft minder impact als het macroprestatiebedrag dicht bij de werkelijke

macrokosten ligt. Daarnaast zou een individuele terugkoppeling over de Overall Toets de risicodragers helpen te begrijpen of zij dit moeten meenemen in de premiestelling.

Overige verbeterpunten die reeds eerder worden genoemd (en deels in tegenstelling tot andere suggesties) in dit rapport zijn:

- De onder- of overcompensatie bij het vaststellen van de vereveningsbijdragen zou moeten worden meegenomen bij het toepassen van het flankerend beleid. Op dit moment loopt de definitie van het gelijk speelveld scheef. Geïnterviewden geven aan solidariteit van jong en/of gezond naar oud en/of ongezond wenselijk te vinden, maar er moet worden uitgekeken dat deze solidariteit niet andersom gaat werken. In 2012 en 2013 compenseert het flankerend beleid jong en/of gezond ten laste van oud en/of ongezond. Deze geïnterviewden vinden dit gevoelsmatig onwenselijk maar kunnen niet vaststellen dat het flankerend beleid hiervan de oorzaak is, maar mogelijk ook de samenloop met de vermeende imperfectie in het ex ante model.
- Het flankerend beleid zou met name moeten worden toegepast op generieke effecten. Het toepassen van het flankerend beleid op heel specifieke effecten leidt namelijk tot prikkels tot risicoselectie. Als een risicodragers nu een groot marktaandeel heeft op een specifieke groep, dan is dit ook de risicodragers die alle investeringen doet om goede prijzen te bedingen en het risico te beperken. Dan is het naar de mening van de geïnterviewde niet logisch dat andere risicodragers daar van mee zouden profiteren. Wij merken op dat bij een meer granulaire toepassing van het flankerend beleid dit in veel sterkere mate het effect zou zijn. De risicodragers met het grote marktaandeel op een nichedeel van de markt zal met een meer granulair flankerend beleid een groot deel van zijn vereveningsresultaat moeten delen.
- Sneller duidelijkheid over resultaten is gewenst. Dit kan worden bereikt door bijvoorbeeld een looptijdverkortings van DBC's onder gGGZ.



Conclusies en aanbevelingen

6 Conclusies en aanbevelingen

In ons onderzoek naar de werking van het flankerend beleid staan twee onderzoeksvragen centraal:

- 1 Wat zijn de kwantitatieve effecten van de introductie van het flankerend beleid op de financiële resultaten van risicodragers?
- 2 Wordt de beoogde doelstelling van de introductie van het flankerend beleid behaald?

In dit hoofdstuk geven we kort 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.

Conclusie en aanbevelingen

In dit rapport zijn de bevindingen uit onze kwantitatieve analyse (deelvraag 1) beschreven en hebben wij onderzocht of de beoogde doelstelling van het flankerend beleid in de jaren 2012 en 2013 is behaald (deelvraag 2). Bij de beoordeling of de doelstelling van het flankerend beleid is behaald valt op dat de spreiding in het vereveningsresultaat is toegenomen na het flankerend beleid. Van een instrument dat beoogt bij te dragen aan het gelijk speelveld is in zijn algemeenheid niet de verwachting dat dit de spreiding in vereveningsresultaten verhoogt. Waarschijnlijk kan deze verhoging van de spreiding in het vereveningsresultaat voor een groot deel verklaard worden door het onvoldoende nauwkeurig vaststellen van het macrokader het vaststellen en verdelen van de (ex ante) vereveningsbijdrage op risicodragerniveau in de analysejaren 2012 en 2013. De bijdrage aan het gelijke speelveld bij het vaststellen en verdelen van de (ex ante) vereveningsbijdrage op risicodragerniveau over 2012 en 2013 is voor verbetering vatbaar. Ons inziens is het daarom nog niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de werking van flankerend beleid op basis van de kwantitatieve analyse en de gehouden interviews. Het causaal verband tussen het flankerend beleid en de verhoging van de spreiding in vereveningsresultaat is niet. Eveneens is de theoretische werking van het flankerend beleid wel degelijk dat het gelijke speelveld tussen risicodragers wordt gestimuleerd.

In 2015 hebben we op basis van de toen aanwezige data een eerste evaluatie van de werking van het flankerend beleid gedaan met zowel een kwantitatieve component als een beperkte kwalitatieve component (o.a. twee interviews met zorgverzekeraars)¹². Op basis van deze eerdere evaluatie kwamen we tot de tentatieve conclusie het flankerend beleid mogelijk af te schaffen, mits hier draagvlak onder veldpartijen voor was.

In deze studie hebben we onze tentatieve analyse verrijkt met zowel een ruimere data analyse als een vollediger interviewronde. Op basis van de huidige studie komen we tot de aanbeveling het flankerend beleid vooralsnog te behouden. Dit vernieuwde inzicht komt door het aanwezig zijn van een breed draagvlak voor het flankerend beleid in het veld. Tevens blijkt zowel uit onze kwantitatieve analyse als de interviews dat de analyseperiode tamelijk kort is om definitieve conclusies te trekken ten aanzien van de werking van het flankerend beleid. Verder is de verklaring voor de huidige werking van het flankerend beleid, waarbij de spreiding in het vereveningsresultaat toeneemt, waarschijnlijk de onvoldoende nauwkeurige vaststelling van het macrokader en de vaststelling en verdeling van de (ex ante) vereveningsbijdragen en is de (theoretische) werking van het flankerend beleid wel degelijk in lijn met de doelstellingen.

Hierbij merken we wel op dat er tegelijkertijd ook steekhoudende argumenten zijn voor het afschaffen van het flankerend beleid. Het belangrijkste argument voor het eventueel afschaffen gaat dan om de lange duur van het tot standkomen van het definitief resultaat van zorgverzekeraars. Als het flankerend

¹² ['Afschaffing van de macronacalculatie en introductie van het flankerend beleid'](#), April 2015.

beleid ook over langere periode zijn doelstellingen niet realiseert is het onze aanbeveling het flankerend beleid af te schaffen.

Op basis van onze evaluatie komen wij tot de volgende aanbevelingen:

- Het flankerend beleid voorlopig in stand te houden.
- Wij bevelen aan om geen aanpassingen te maken in de huidige vormgeving van het flankerend beleid (zoals door enkele geïnterviewden wordt gesuggereerd – zie de achterliggende rapportage), omdat het vanuit politiek bestuurlijk oogpunt niet wenselijk is om aanpassingen te maken aan een instrument waarvan de huidige werking niet volledig kan worden geduid. Tevens zijn de mogelijke verbeteringen niet evident.

Wij bevelen aan om de werking van het flankerend beleid over jaren 2014-2017 t.z.t. te evalueren en op basis van deze evaluatie definitieve conclusies te trekken.



Appendices

Appendix 1 Begrippen

In het rapport worden verschillende begrippen gehanteerd. De betekenis van enkele van deze begrippen wordt toegelicht in Tabel 20.

Tabel 20 – Toelichting op veel gebruikte variabelen.

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 risicodragers.

De gepresenteerde vereveningsresultaten in dit rapport zijn per verzekerde per risicodrager.

Daarnaast wordt in de tekst regelmatig verwezen naar de verschillende analyseonderdelen. In Tabel 21 staan deze onderdelen kort beschreven.

Tabel 21 – Korte omschrijving van veelvoorkomende analyseonderdelen.

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 grote samenhang betekent dat de vereveningsbijdrage aan een risicodrager in het ene jaar een goede voorspeller is voor de vereveningsbijdrage in het volgende jaar.
Spreiding	Geeft aan in hoeverre de resultaten per risicodrager (het verschil tussen de vereveningsbijdrage en zorgkosten per verzekerde) uit elkaar liggen. Een grote spreiding betekent dat er veel variatie in het vereveningsresultaat is. Een kleine spreiding betekent juist dat alle resultaten dicht bij elkaar liggen.
Stabiliteit	Geeft aan in hoeverre vereveningsbijdrage, zorgkosten en vereveningsresultaat in de verschillende vaststellingsmomenten aansluiten bij de vereveningsbijdrage, de zorgkosten en het vereveningsresultaat in de DV.
Verklaringskracht	Geeft aan in hoeverre de vereveningsbijdrage die een risicodrager na een vereveningsstap heeft ontvangen een lineair verband vertoont tot de gemaakte zorgkosten. Een grote verklaringskracht geeft aan dat de ontvangen vereveningsbijdrage een sterk lineair verband heeft tot de gemaakte zorgkosten.
Voorspelbaarheid	Geeft aan in hoeverre het vereveningsresultaat in een bepaald vaststellingsmoment een voorspeller is voor het vereveningsresultaat in de DV. Een grote voorspelbaarheid betekent dat er weinig verandert tussen de vaststellingsmomenten.

Appendix 2 Achtergrondinformatie

Stappen in het risicovereveningsmodel

In dit rapport worden hoofdzakelijk de vereveningsstap flankerend beleid onderzocht. Voor de volledigheid is in Tabel 22 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 22 – 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 somatische 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 kostenverschillen 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 kosten.
4	Generieke verevening** (GV)	Corrigeren van eventuele onvolkomenheden in het systeem.	Onderlinge verrekening tussen risicodragers van het verschil tussen de kosten en de bijdrage na toepassing van verzekerdennacalculatie, MNC en HKC voor de variabele ziekenhuiskosten.
5	Nacalculatie** (NC)	De hoogte van het financiële risico dat risicodragers lopen koppelen aan de mogelijkheden die risicodragers hebben om de hoogte van de zorguitgaven te beïnvloeden.	Bijstellen van de vereveningsbijdrage. Nacalculatie is afhankelijk van de mate waarin de gerealiseerde kosten afwijken van de vereveningsbijdrage en wordt achteraf bepaald.

Vereveningsstap		Doel	Uitwerking
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 is een onderlinge verrekening. Er verschuift geld van de ene naar de andere risicodrager. Deze vereveningsstap heeft 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 het vervolg van 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 23 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's¹³. De beleidsregels voor de andere deelbedragen en op andere vaststellingsmomenten zijn vergelijkbaar.

Tabel 23 – 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.

¹³ Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012, artikel 20.

Beleidsregels voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage na toepassing van flankerend beleid	
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.

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 deelbedragen¹⁴. Het betreft hier de onderverdeling zoals gehanteerd vanaf 2010 tot 2013.

¹⁴ Bron: Beschrijving risicovereveningssysteem Zorgverzekeringswet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - 2007)

Tabel 24 – 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 risicodragerspecifieke 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 2012 en 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 van verschillende grootte. Om de resultaten van het onderzoek in perspectief te brengen is in Tabel 25 per jaar het totaal aantal risicodragers in iedere categorie opgenomen en het aantal premieplichtigen (exclusief gedetineerden) per categorie.

Tabel 25 – Overzicht omvang van uitsplitsingen van risicodragers per jaar.

		2013	2012
Risicodragers	Aantal	26	26
	Aantal premieplichtigen	13.305.485	13.233.293
Concern-risicodragers	Aantal	20	20
	Aantal premieplichtigen	11.961.246	11.930.045
Zelfstandige risicodragers	Aantal	6	6
	Aantal premieplichtigen	1.344.239	1.303.248
Grote risicodragers	Aantal	8	9
	Aantal premieplichtigen	9.789.401	10.153.883
Middelgrote risicodragers	Aantal	12	10
	Aantal premieplichtigen	3.126.858	2.566.664
Kleine risicodragers	Aantal	6	7
	Aantal premieplichtigen	389.225	512.746

Appendix 3 Uitgangspunten

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

- De kwantitatieve analyses zijn gebaseerd op de jaren 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.
- 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 R^2 -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.
- Wanneer de R^2 -parameter wordt gebruikt in de kwantitatieve analyse, dan noemen we een waarde boven de 0,750 'hoog'.

Contact

David Ikkersheim

KPMG Plexus

Partner

T +31 (0)20 6564354

E Ikkersheim.David@kpmg.nl

Machiel Koper

KPMG Financial Risk Management

Senior Manager

T +31 (0)20 6564688

E Koper.Machiel@kpmg.nl

www.kpmg.nl

© 2017 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.