2011 Kwantitatieve analyse van het risico-vereveningssysteem

Publiekssamenvatting

Somatische zorg, gGGZ en Eigen Risico

—

24 februari 2017



Inleiding

Met het in 2006 ingevoerde zorgstelsel is de financiering van de zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in Nederland ondergebracht bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn verplicht om alle verzekerden te accepteren voor de basisverzekering en mogen niet variëren in de hoogte van de premie die aan verzekerden wordt gevraagd. Zorgverzekeraars worden daarom gecompenseerd voor verzekerden met relatief ongunstige gezondheidsrisico's via het zogenaamde risicovereveningsysteem.

Het vereveningssysteem bestaat uit modellen voor de somatische zorg, de gGGZ en het verplicht eigen risico. Deze modellen bevatten verschillende vereveningsstappen, die onderverdeeld zijn in een ex ante vereveningsstap en een aantal ex post vereveningsstappen (zie de figuur rechts). Elk van deze stappen leidt tot een bepaalde vereveningsbijdrage (positief of negatief) per zorgverzekeraar. Omdat er vertraging zit in de definitieve totstandkoming van deze bedragen (door bijvoorbeeld vertragingen in declaraties van zorgverleners bij de zorgverzekeraars) zijn er verschillende 'vaststellingsmomenten' van deze vereveningsbijdragen.

In het jaar voor het vereveningsjaar wordt er een ex ante raming gemaakt van de vereveningsbijdragen. In het vereveningsjaar (het jaar waarover de risico's verevend worden) worden de ex ante vereveningsbijdragen bijgesteld op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraars. In het jaar na het vereveningsjaar en na drie jaar na het vereveningsjaar worden er voorlopige vaststellingen van de vereveningsbijdrage na ex post verevening gemaakt. Uiteindelijk wordt vier jaar na het vereveningsjaar (of vijf, voor het jaar 2011) de vereveningsbijdrage voor iedere zorgverzekeraar definitief vastgesteld. Vroege vaststellingsmomenten geven een indicatie voor de uiteindelijke (positieve of negatieve) vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars uit de risicoverevening krijgen en zo over wat het vereveningsresultaat (vereveningsbijdrage minus gemaakte kosten) voor iedere zorgverzekeraar zal zijn. Als een zorgverzekeraar een hogere vereveningsbijdrage ontvangt dan de gemaakte kosten, dan spreken we van een positief vereveningsresultaat. In het geval dat een zorgverzekeraar een lagere vereveningsbijdrage dan de gemaakte kosten ontvangt, spreken we van een negatief vereveningsresultaat.

Ex post vereveningsstappen

Verzekerdennacalculatie
De vereveningsbijdrage wordt opnieuw berekend op basis van de juiste verzekerdenaantallen en veranderingen in de achtergrondkenmerken van de verzekerden worden verwerkt.

Macronacalculatie
Neemt het gezamenlijk risico op totale zorgkostenontwikkelingen weg voor de zorgverzekeraars, door ze te compenseren (zowel positief, als negatief) voor afwijkingen tussen de macrokostenraming en macrokostenrealisatie.

Hoge Kosten Compensatie (HKC)
De HKC compenseert door middel van pooling kostenverschillen tussen risicodragers die voortkomen uit een ongelijke verdeling van extreem hoge schades.

Generieke verevening en nacalculatie
De generieke verevening corrigeert voor eventuele onvolkomenheden in het systeem. De wijzigingen in de vereveningsbijdragen naar aanleiding van de generieke verevening zijn uitsluitend verschuivingen tussen zorgverzekeraars. De nacalculatie koppelt de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen aan de mogelijkheden die de zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de zorguitgaven de beïnvloeden.

Bandbreedteregeling
De bandbreedteregeling begrenst de financiële risico's die de zorgverzekeraars lopen. De zorgverzekeraars die op basis van het vereveningsresultaat per premiebetalende verzekerde buiten een bepaalde bandbreedte vallen, ontvangen een hogere bijdrage, of leggen extra toe.

In ons rapport presenteren wij de resultaten van onze kwantitatieve analyse naar de mate waarin het risicovereveningssysteem de verschillende zorgverzekeraars over 2011 heeft gecompenseerd voor

verschillen in zorgkosten die voortkomen uit verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerdenportefeuilles. In ons onderzoek gaan we, onder andere, in op:

- De macro-effecten per vereveningsstap: wat waren op totaalniveau de kosten en hoe hoog is de vereveningsbijdrage na iedere vereveningsstap?
- Spreiding in het vereveningsresultaat en de reductie in spreiding in het vereveningsresultaat als gevolg van de risicovereveningsstappen: hoe ver liggen de vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars uit elkaar en in welke mate komen ze dichter bij elkaar te liggen door de ex post vereveningsstappen?
- Stabiliteit van de kosten, de vereveningsbijdrage en het vereveningsresultaat na de verschillende vaststellingsmomenten: hoe groot zijn de verschuivingen tussen verzekeraars in de verschillende vaststellingsmomenten?
- Voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat in de definitieve vaststelling aan de hand van vereveningsresultaten in de eerste voorlopige vaststelling en de tweede voorlopige vaststelling: in welke mate zeggen de vereveningsresultaten uit eerdere vaststellingen iets over die na de definitieve vaststelling?

In deze samenvatting lichten wij de belangrijkste resultaten en conclusies van ons onderzoek toe. Voor de uitgebreide beschrijving van resultaten verwijzen wij naar de managementsamenvatting en het rapport.

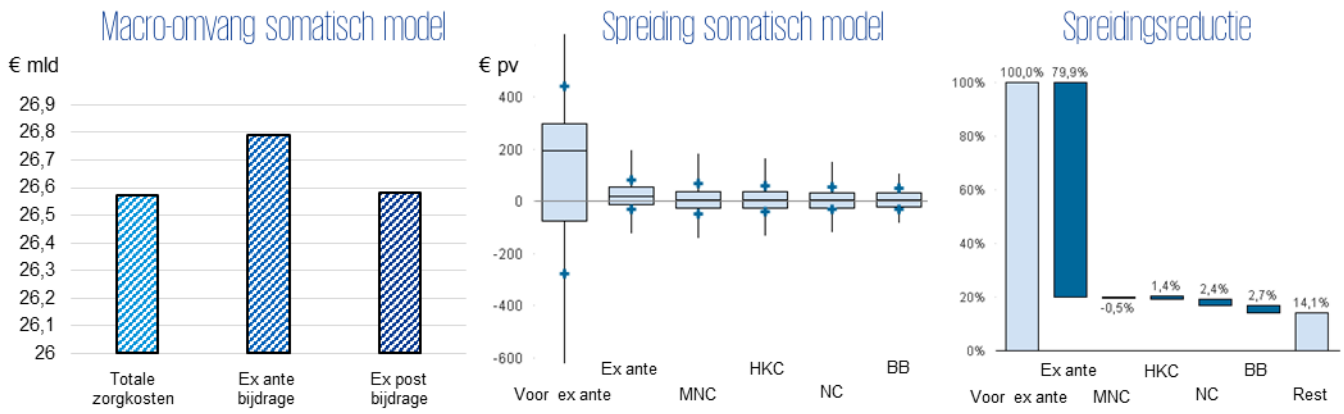
Resultaten

Aan de hand van drie figuren per vereveningsmodel lichten wij de belangrijkste resultaten van de kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem in 2011 toe. De figuren zijn telkens als volgt opgebouwd:

- Het linker staafdiagram geeft de macro-effecten per model weer. Van links naar rechts wordt weergegeven: de totale zorgkosten, de totale omvang van de vereveningsbijdrage na de ex ante vereveningsstap, en de totale omvang van de vereveningsbijdrage na alle ex post vereveningsstappen. De waarden zijn weergegeven in miljarden euro's.
- De middelste box-plot geeft de spreiding in het vereveningsresultaat per verzekerde weer na iedere vereveningsstap. Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemaakte zorgkosten en de ontvangen vereveningsbijdrage. In ons onderzoek drukken we het vereveningsresultaat uit in euro per verzekerde (per zorgverzekeraar). Een vereveningsresultaat van 0 euro per verzekerde betekent dus dat de ontvangen vereveningsbijdrage precies gelijk is aan de gemaakte zorgkosten. De spreiding in het vereveningsresultaat geeft een indicatie van de mate waarin zorgverzekeraars zijn onder- of overgecompenseerd. Een hoge spreiding betekent dat relatief veel zorgverzekeraars zijn onder- of overgecompenseerd. Omdat de vereveningsbijdrage in iedere vereveningsstap opnieuw wordt berekend, geeft de spreiding in het vereveningsresultaat per verzekerde na iedere vereveningsstap een goed inzicht in de werking van die vereveningsstappen. Iedere box in de figuur omsluit 50% van de vereveningsresultaten en bevat de mediaan als horizontale streep. Van de vereveningsresultaten valt 90% tussen de markers op de verticale lijn. De uitersten van de verticale lijn geven het minimum en maximum van alle vereveningsresultaten weer. De verticale waarden in de box-plot zijn in euro per verzekerde.
- Het rechter watervaldiagram geeft weer hoe elk van de vereveningsstappen de spreiding in het vereveningsresultaat hebben verlaagd. In deze analyse wordt de spreiding gemeten als de gewogen standaarddeviatie in de vereveningsresultaten. De spreiding in de vereveningsresultaten voor ex ante verevening wordt als basis genomen (100%), de waarden in de figuur zijn de spreidingsreductie in iedere vereveningsstap in percentages van de originele spreiding.

Resultaten somatisch model

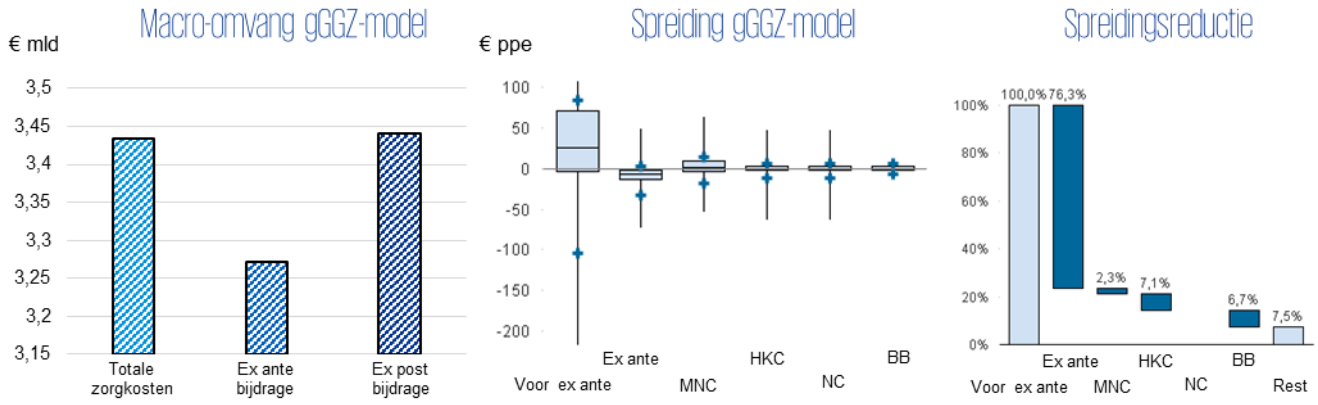
De volgende diagrammen geven de hierboven beschreven resultaten weer van het somatisch model.



De totale somatische zorgkosten bedragen ongeveer 26,6 miljard euro in 2011, en zoals men in de linker figuur ziet overschat de ex ante bijdrage deze kosten met ongeveer 0,2 miljard euro. De bijdrage na ex post verevening sluit nauw aan op de totale zorgkosten. Uit de andere twee figuren blijkt dat de spreiding in vereveningsresultaten voor de ex ante vereveningsstap het grootste is en dat de ex ante vereveningsstap veruit de meeste spreiding uit deze resultaten wegneemt (79,9%). Opvallend in 2011 in relatie tot de ex ante vereveningsstap is dat de spreidingsreductie is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren, dit is niet getoond in de figuren. Door de macronacalculatiestap zijn de vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars rond 0 gecentreerd na ex post verevening. Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat net als in voorgaande jaren de stabiliteit tussen de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling hoog is voor kosten, bijdragen en vereveningsresultaten. Tussen de eerste- en tweede voorlopige vaststelling vinden er nog wel veel verschuivingen plaats. De resultaten uit de tweede voorlopige vaststelling zijn ook in 2011 een goede voorspeller van die in de definitieve vaststelling.

Resultaten gGGZ- model

De volgende figuren geven de resultaten weer van het gGGZ model.

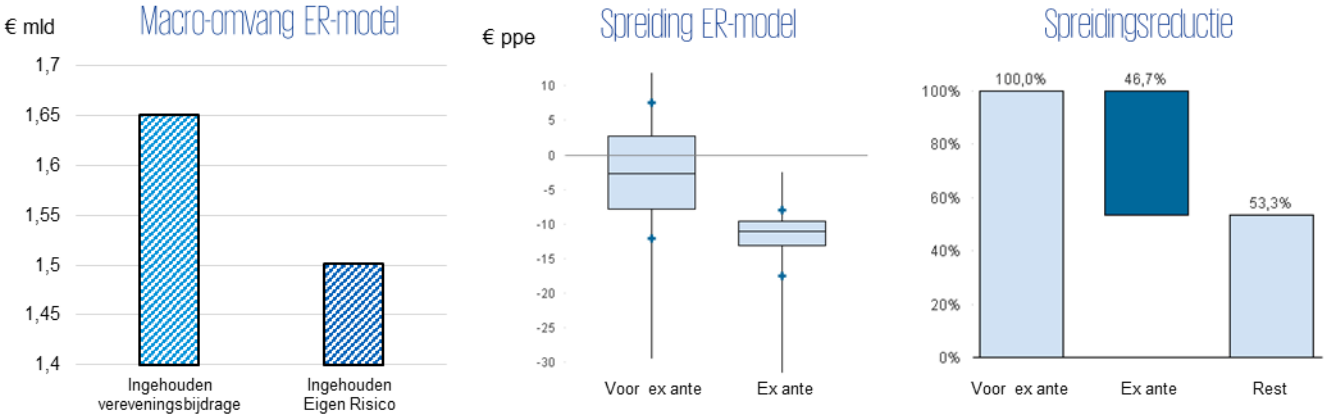


De macro-omvang van de totale gGGZ-kosten is lager dan die van de somatische zorgkosten en is ongeveer gelijk aan 3,4 miljard euro. In het gGGZ-model worden de totale kosten ex ante onderschat in 2011, maar sluit de vereveningsbijdrage na ex post verevening goed aan op de totale kosten. Net als in het somatisch model zien we dat de vereveningsresultaten voor ex ante verevening de meeste spreiding vertonen en dat de ex ante verevening de grootste reductie in spreiding veroorzaakt (76,3%). Ook voor

het gGGZ-model is deze spreidingsreductie door ex ante verevening afgenomen ten opzichte van 2010. Na ex post verevening zijn de vereveningsresultaten rond nul gecentreerd door de macronacalculatie en vallen ze door de bandbreedteregeling tussen de -7,5 en 7,5 euro per verzekerde per zorgverzekeraar. Met betrekking tot stabiliteit en voorspellingskracht kunnen voor het gGGZ-model vergelijkbare conclusies als voor het somatisch model worden getrokken.

Resultaten Eigen Risico-model

De volgende diagrammen geven de resultaten van het Eigen Risico-model weer.



Het Eigen Risico-model kent geen ex post vereveningsstappen. We zien dan ook dat het verschil tussen de ingehouden vereveningsbijdrage ten behoeve van het verplicht eigen risico en het daadwerkelijk ingehouden eigen risico ongeveer 0,15 miljard euro is en dat de vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars na ex ante verevening negatief zijn voor het Eigen Risico-model in 2011.

Conclusie

Het vereveningsjaar 2011 is een jaar dat sterke gelijkenissen met 2010 vertoont. In het somatisch model en het gGGZ-model is de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars hebben ontvangen gemiddeld iets hoger dan zij werkelijk aan zorgkosten hebben gemaakt. Dit leidt tot een (klein) positief gewogen gemiddeld vereveningsresultaat. In het Eigen Risico-model wordt een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat behaald dat negatief is. Dat betekent dat de korting op de vereveningsbijdrage gemiddeld hoger is dan dat de zorgverzekeraars aan eigen risico hebben kunnen inhouden bij hun verzekerden.

Tevens is onderzocht of de mate waarin zorgverzekeraars zijn gecompenseerd door het risicovereveningssysteem verschillend is voor kleine, middelgrote en grote verzekeraars, en voor verzekeraars die zelfstandig zijn of deel uitmaken van een concern. In alle modellen is de spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine zorgverzekeraars groter dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars, zoals verwacht op basis van de wet van de grote aantallen. Zorgverzekeraars die tot een concern behoren behalen gemiddeld een lager vereveningsresultaat dan zelfstandige zorgverzekeraars in het somatisch model en het gGGZ-model.

In alle modellen is de stabiliteit tussen de definitieve vaststelling en de tweede voorlopige vaststelling hoog voor zowel de kosten, de vereveningsbijdrage als het vereveningsresultaat (in het Eigen Risico-model het ingehouden verplicht eigen risico, de korting op de vereveningsbijdrage en het vereveningsresultaat). Tevens is in alle modellen het vereveningsresultaat in de tweede voorlopige vaststelling een goede voorspeller voor het vereveningsresultaat in de definitieve vaststelling.

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.