



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk Z/F-2838167	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag 23 apr. 08
Onderwerp Evaluatie werking risicovereveningssysteem		Bijlage(n)	Uw brief

De werking van het risicovereveningssysteem wordt in 2008 geëvalueerd door internationale experts. In een motie, voorgesteld door de leden Omtzigt en Van der Veen (nr.171 (29689)), is gevraagd om de onderzoeksvragen en onderzoeksopzet medio maart aan uw Kamer te doen toekomen. In deze brief treft u deze opzet van de evaluatie en de onderzoeksvragen aan. De brief is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt kort uiteen gezet waarom het risicovereveningssysteem wordt ingezet en welke doelen worden nagestreefd met het risicovereveningssysteem. Vervolgens wordt een afbakening van de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem gegeven. Tot slot wordt de vraagstelling met de bijbehorende onderzoeksvragen en de opzet van de evaluatie beschreven.

Waarom risicoverevening?

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn alle zorgverzekeraars private ondernemingen geworden, die winst mogen maken. Zorgverzekeraars onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders over volume, kwaliteit en de prijs van de in te kopen zorg. Verzekerden hebben de mogelijkheid gekregen om 'te stemmen met de voeten'. Als zij de zorgverzekeraar te duur vinden, of als zij vinden dat de kwaliteit tekortschiet, kunnen verzekerden eens per jaar van verzekeraar veranderen.

De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraar een zorgplicht en een acceptatieplicht voor de basisverzekering op. De dekking van de basisverzekering bevat medisch noodzakelijke zorg, is bij iedere zorgverzekeraar hetzelfde, en geldt voor iedereen. Daarnaast legt de Zorgverzekeringswet een verbod op premiedifferentiatie tussen verzekerden op. Zonder aanvullend overheidsbeleid gaat van een verbod op premiedifferentiatie en acceptatieplicht een prikkel tot gunstige risicoselectie uit. Gunstige risicoselectie houdt in dat een verzekeraar zal proberen gunstige risico's aan te trekken en ongunstige risico's te weren. De verzekeraar zal immers op verzekerden met slechte gezondheidsrisico's een voorspelbaar verlies lijden en op gezonde verzekerden een voorspelbare winst. Om gunstige risicoselectie tegen te gaan, wordt het risicovereveningssysteem ingezet.

Doel van het risicovereveningssysteem

Met het risicovereveningssysteem wordt beoogd:

- Een gelijk speelveld creëren voor verzekeraars door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verliezen en winsten die voortvloeien uit gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles. Met het creëren van een gelijk speelveld worden prikkels tot gunstige risicoselectie weggenomen.

- Verzekeraars te stimuleren tot doelmatig werken. Doelmatig werkende verzekeraars kunnen voordeel behalen en dit tot uitdrukking brengen in een lagere nominale premie en/of zich onderscheiden door betere kwaliteit. Gunstige risicoselectie moet niet lonend zijn.

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het kalender jaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. De vereveningsbijdrage berust op een schatting van de zorgkosten. Deze schatting is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden. Bij ex ante verevening lopen zorgverzekeraars financieel risico op de vereveningsbijdrage. Een zorgverzekeraar moet immers met de vereveningsbijdrage en door hem zelf vast te stellen nominale premie toekomen, ongeacht de werkelijke kosten in het betreffende kalenderjaar.

Indien de verwachte zorgkosten en de feitelijke kosten slecht op elkaar aansluiten, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om te beknibbelen op de kwaliteit van zorg of om toch tot gunstige risicoselectie over te gaan. Met de inzet van ex post compensaties wordt gecorrigeerd voor onvolkomenheden in het ex ante risicovereveningsmodel. Ex post compensatie houdt in dat zorgverzekeraars na afloop van het jaar deels gecompenseerd worden voor de gerealiseerde zorgkosten. De mate van ex post compensatie verschilt per type kosten en is mede afhankelijk van de mogelijkheden van de verzekeraars om de kosten van zorgaanbieders te beïnvloeden. De inzet van ex post compensatiemechanismen reduceert de ongewenste prikkel tot gunstige risicoselectie, maar ook de gewenste prikkel tot doelmatigheid.

Afbakening van de evaluatie van het risicovereveningssysteem

In het Besluit zorgverzekering staat dat de werking van het risicovereveningssysteem twee jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet moet worden geëvalueerd. Ten behoeve van deze evaluatie in 2008 is in opdracht van het ministerie van VWS een uitgebreide beschrijving van het risicovereveningssysteem gemaakt.

De reikwijdte van de evaluatie in 2008 kent een aantal praktische beperkingen. Bij de evaluatie blijft de per 1 januari 2008 vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld curatieve GGZ buiten beschouwing.

De evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem in 2008 zal een kwalitatieve systeembeoordeling in internationaal perspectief zijn. Kwantitatieve gegevens zoals over bijvoorbeeld de aansluiting tussen feitelijke kosten 2006 en normatieve bedragen zijn nog niet bekend. Op dit moment heeft slechts een 1^e voorlopige afrekening 2006 plaatsgevonden. Inzicht in een deel van de feitelijke kosten 2006 ontbreekt. Dit betreft voornamelijk kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp. Binnen het DBC-systeem worden de DBC-kosten door de ziekenhuizen pas na sluiting van een DBC, dat wil zeggen maximaal één jaar na opening van de DBC, bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Conform het Besluit zorgverzekering zal de werking van het risicovereveningssysteem ook vijf jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet worden geëvalueerd. Deze evaluatie in 2011 zal wel kwantitatief van aard zijn.

Het optreden van gunstige risicoselectie kan de toegankelijkheid van de verzekering en van zorg belemmeren. Toegankelijkheid van de verzekering en toegankelijkheid van zorg blijven in de evaluatie van het risicovereveningssysteem buiten beschouwing. Bij de evaluatie van de Zorgverzekeringswet komt dit aan de orde.

Vraagstelling en onderzoekopzet

Voor de evaluatie van het risicovereveningssysteem is het Nederlandse zorgstelsel het uitgangspunt. Dit betekent dat bij de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt uitgegaan van de Nederlandse situatie vanaf 2006, het moment van invoeren van de Zorgverzekeringswet, met o.a. basisverzekering voor iedereen met een omschreven basispakket, een acceptatie- en zorgplicht voor de zorgverzekeraars.

De centrale vraagstelling van de evaluatie luidt: *Is het risicovereveningssysteem zo vormgegeven, dat de beoogde doelstellingen kunnen worden gerealiseerd?*

Vanuit deze centrale vraagstelling zijn een negental onderzoeksvragen geformuleerd. Naast een algemene vraag betreft dit onderzoeksvragen die betrekking hebben op het toepassen van gunstige risicoselectie, de kwaliteit van het ex-ante risicovereveningsmodel, de prikkels tot doelmatig werken door verzekeraars, het vaststellen van een gelijk speelveld voor verzekeraars en de institutionele inbedding van de risicoverevening.

Onderzoeksvraag 1:

Wat zijn de cruciale kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel voor de vormgeving van het risicovereveningssysteem?

Op basis van een literatuurstudie worden de cruciale kenmerken in kaart gebracht. Vervolgens wordt op basis van literatuur een beperkt aantal landen geselecteerd met zorgstelsels, die ook de gevonden cruciale kenmerken hebben. In deze landen zullen (internationale) experts op het terrein van de risicoverevening worden benaderd om deel te nemen aan het panel dat de onderzoeksvragen krijgt voorgelegd. Het panel van internationale experts zal telkens gevraagd worden om vanuit hun expertise en buitenlandse ervaring, maar gegeven het Nederlandse zorgstelsel de vragen te beantwoorden.

Onderzoeksvragen 2 en 3 gaan over de (mogelijkheden tot) toepassing van gunstige risicoselectie. Tot op heden zijn er geen signalen van risicoselectie op de basisverzekering door zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hier scherp op toe. Het toepassen van gunstige risicoselectie brengt voor verzekeraars ook kosten met zich mee, waaronder potentiële reputatieschade. De internationale experts zal bij de beantwoording van onderzoeksvraag 3 worden gevraagd rekening te houden met de kosten van risicoselectie voor de zorgverzekeraar.

Onderzoeksvraag 2:

Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om gunstige risicoselectie toe te passen?

Onderzoeksvraag 3:

Hoe waarschijnlijk is het dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik gaan maken?

Onderzoeksvragen 4 en 5 hebben betrekking op de kwaliteit van het ex-ante risicovereveningsmodel. In het huidige model zijn de volgende vereveningscriteria opgenomen: leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, sociaal economische status (gebaseerd op inkomensgegevens), farmaceutische kosten groepen (gebaseerd op extramuraal medicijngebruik in het verleden), diagnose kosten groepen (gebaseerd op diagnose-informatie van ziekenhuisopnamen in het verleden) en een regiocriterium. Bij de beantwoording van vraag 4 en 5 zal de experts nadrukkelijk worden gevraagd ook aandacht te besteden aan uitvoeringsaspecten.

Onderzoeksvraag 4:

Wat is de kwaliteit, in termen van hoeveelheid en juistheid van gekozen vereveningscriteria, van het ex-ante risicovereveningsmodel in vergelijking met in het buitenland gehanteerde ex-ante vereveningsmodellen?

Onderzoeksvraag 5:

Welke mogelijkheden zijn er om het ex-ante risicovereveningsmodel te verbeteren?

Met het risicovereveningssysteem wordt beoogd verzekeraars te stimuleren tot doelmatig werken. Onderzoeksvraag 6 heeft hier betrekking op.

Onderzoeksvraag 6:

Gaan van het risicovereveningssysteem in voldoende mate prikkels uit om verzekeraars te stimuleren doelmatig te werken?

Met het risicovereveningssysteem wordt ook beoogd een gelijk speelveld voor verzekeraars te creëren. Er is sprake van een gelijk speelveld als verzekeraars in voldoende mate worden gecompenseerd voor de voorspelbare verliezen en winsten, die voortvloeien uit gezondheidsverschillen tussen hun verzekendenportefeuilles. Zoals eerder aangegeven zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar om analyses uit voeren voor de beoordeling van een gelijk speelveld. Met het oog op een toekomstige meer kwantitatieve evaluatie zal de internationale experts toch een onderzoeksvraag over het creëren van een gelijk speelveld worden voorgelegd.

Onderzoeksvraag 7:

Hoe wordt gemeten en gewaardeerd of er sprake is van een gelijk speelveld?

In de evaluatie zullen ook de institutionele inbedding van de risicoverevening en de bijbehorende verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen aan bod komen.

Onderzoeksvraag 8 heeft hier betrekking op. Onderzoeksvraag 9 gaat in het verlengde hiervan in op de capaciteit van betrokken partijen.

Onderzoeksvraag 8:

Is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen departement, het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit helder, en dient deze wetgeving beter te worden vastgelegd?

Onderzoeksvraag 9:

Is de capaciteit van de bij de verevening betrokken publieke organen in kwalitatieve en kwantitatieve zin voldoende om de werkzaamheden te verrichten?

De evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem zal worden uitgevoerd door een onafhankelijk bureau. Het bureau zal de literatuurstudie uitvoeren en de internationale experts selecteren. De expertise van de internationale experts op het terrein van risicoverevening kan liggen op wetenschappelijk terrein, maar ook op het bestuurlijke vlak of in de uitvoering van risicovereveningssystemen. Voor de beantwoording van de

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

5

Kenmerk

Z/F-2838167



onderzoeksvragen 8 en 9 is met name bestuurlijke en uitvoeringstechnische expertise van belang. De beantwoording van de onderzoeksvragen door het panel van internationale experts zal plaatsvinden in een gemeenschappelijke bijeenkomst. Deze bijeenkomst zal worden voorbereid en geleid door het bureau.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink