

Vergaderjaar 1999–2000

**26 368**

## **Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met wijzigingen met betrekking tot de financiering van ziekenfondsen (maximering reserves ziekenfondsen)**

**Nr. 13**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 augustus 2000

#### **Inleiding**

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Maximering reserves ziekenfondsen (26 368) in de Tweede Kamer op 23 november 1999 heb ik een aantal toezeggingen gedaan, waaraan ik bij deze wil voldoen. Het gaat om de volgende onderwerpen:

1. nadere informatie over de wijze waarop de vereiste solvabiliteitsmarge in de zogenaamde eindfase van de Zfw-verstrekkingsbudgettering zal worden verwerkt in de ministeriële regeling waarin een maximum zal worden gesteld aan de reserves van ziekenfondsen (138/11 150);
2. nadere informatie over (veranderingen in) de spreiding van werkgebieden van de ziekenfondsen in verband met versterking van de concurrentie tussen ziekenfondsen (142/11 154);
3. nadere informatie over de verhouding tussen minimale en maximale reserves van ziekenfondsen in Duitsland en een vergelijking tussen de situaties in Nederland en Duitsland op dit gebied (140/11 152).

Hieronder ga ik achtereenvolgens op deze onderwerpen in.

#### **Verwerking vereiste solvabiliteitsmarge in de eindsituatie in ministeriële regeling betreffende maximering reserves ziekenfondsen**

De vaststelling van het maximum van de reserve Ziekenfondswet wordt tezamen met de bepaling van het minimum van de solvabiliteitsmarge opgenomen in één ministeriële regeling. De wijze waarop het minimum van de solvabiliteitsmarge wordt bepaald, blijft, behoudens technische aanpassingen, ongewijzigd. De vaststelling vindt plaats aan de hand van een formule, waarin twee begrippen centraal staan. Enerzijds de bedragen van de schadelast die behoren bij de verschillende deelbudgetten die in het kader van de Zfw-verstrekkingsbudgettering aan ieder ziekenfonds worden toegekend. Anderzijds de nacalculatiepercentages die in de

Zfw-verstrekkingsbudgettering bij de verschillende deelbudgetten horen. Van de schadebedragen die horen bij de verschillende deelbudgetten dient ieder ziekenfonds steeds 8% als vereiste solvabiliteitsmarge aan te houden, met dien verstande dat dit percentage nog wordt vermenigvuldigd met de reciproke van het bij het betreffende deelbudget behorende nacalculatiepercentage ( $1 - 0,1 \times$  het nacalculatiepercentage). Is het nacalculatiepercentage nul, zoals het geval is bij het deelbudget Overige verstrekkingen, dan is de vereiste solvabiliteitsmarge dus 8% van het schadebedrag voor Overige verstrekkingen. Is het nacalculatiepercentage 95, zoals het geval is bij het deelbudget Vaste kosten ziekenhuisverpleging, dan is de vereiste solvabiliteitsmarge 0,4% ( $8 \times [1 - 0,95]$ ) van het schadebedrag voor Vaste kosten ziekenhuisverpleging. Hoe lager het nacalculatiepercentage (hoe meer financieel risico voor de ziekenfondsen), hoe hoger de vereiste solvabiliteitsmarge.

Bij de vaststelling van het maximum van de reserve Ziekenfondswet per ziekenfonds wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de formule op basis waarvan de vereiste solvabiliteitsmarge wordt bepaald. Dit gebeurt door in de ministeriële regeling op te nemen dat het maximum een bepaalde factor maal het vereiste minimum bedraagt. Tevens wordt bepaald dat bij de toepassing daarvan de nacalculatiepercentages, behorende bij de verschillende deelbudgetten, op nul worden gesteld, met uitzondering van het nacalculatiepercentage bij het deelbudget Vaste kosten ziekenhuisverpleging, dat 95 blijft bedragen. Met het (fictief) op nul stellen van de overige nacalculatiepercentages bij de berekening van het maximum van de reserve Ziekenfondswet wordt de zogenaamde eindsituatie van de Zfw-verstrekkingsbudgettering gesimuleerd. In die eindsituatie zullen de nacalculatiepercentages op de deelbudgetten ten aanzien waarvan geldt dat de ziekenfondsen zelfs invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van de betreffende kosten immers nul zijn. Dit moet dan gelden voor Variabele kosten ziekenhuisverpleging, Kosten specialistische hulp en Overige verstrekkingen. Op dit moment is bij Overige verstrekkingen die situatie reeds bereikt. Door ook voor de overige variabele deelbudgetten uit te gaan van een nacalculatiepercentage van nul, wordt voorkomen dat ten aanzien van het maximum van de reserve Ziekenfondswet jojo-beleid wordt gevoerd. Het direct aansluiting zoeken bij de beoogde eindsituatie van de Zfw-verstrekkingsbudgettering leidt er immers toe dat niet eerst reserves van ziekenfondsen hoeven te worden beperkt of zelfs afgeroomd, die op een later moment, als de mate van risicodragendheid toeneemt, juist weer wel zijn toegestaan.

### **Nadere informatie over (veranderingen in) de spreiding van werkgebieden van de ziekenfondsen in verband met versterking van de concurrentie tussen ziekenfondsen**

In het kader van het programma van Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO), is recent onderzoek gedaan naar marktconcentraties in de zorgsector. Het verslag van dit onderzoek is op 5 juli 2000 aangeboden aan de Tweede Kamer. Onderdeel van het onderzoek vormde een analyse van werkgebieden en marktaandeel van de ziekenfondsen. Onder meer is een vergelijking gemaakt van de marktaandelen van het grootste ziekenfonds per gemeente of WZV-regio tussen 1994 en 1998. De uit dit onderzoek afkomstige figuren waarin de resultaten worden weergegeven zijn als bijlagen bij deze brief gevoegd<sup>1</sup>. Uit de resultaten blijkt dat in veruit de meeste regio's in de loop der tijd steeds sprake is van de aanwezigheid van één dominant ziekenfonds. Tegelijkertijd blijkt echter dat de mate van dominantie in de loop der tijd vrij sterk terugloopt. Het aantal regio's waarin het grootste ziekenfonds een marktaandeel van meer dan 90% of zelfs meer dan 95% heeft is van 1994 op 1998 sterk gedaald. In de categorieën met lagere marktaandelen is de frequentie toegenomen.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Hoewel het voor de hand liggend lijkt om te concluderen dat deze verschuiving het gevolg is van de in de loop der jaren toegenomen concurrentie tussen ziekenfondsen, moet ik opmerken dat de resultaten van het onderzoek met de nodige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Er kunnen ook factoren een rol spelen als het door het ziekenfonds vasthouden van verzekerden die verhuizen buiten het oorspronkelijke werkgebied. Vaststaat dat een deel van de verklaring voor het teruglopen van het marktaandeel van het grootste ziekenfonds in de meeste regio's is te vinden in het ontstaan van nieuwe ziekenfondsen. In een aparte bijlage wordt aangegeven in welke marktaandelen nieuwe ziekenfondsen in 1998 in de verschillende regio's hebben bereikt. Voor verdere informatie over de hier genoemde resultaten verwijz ik naar de rapportage *Marktconcentraties in de zorgsector*.

### **Nadere informatie over de verhouding tussen minimale en maximale reserves van ziekenfondsen in Duitsland en een vergelijking van de situaties in Nederland en Duitsland op dit gebied**

In Duitsland is evenals in Nederland gestart met een systeem van risico-dragende en concurrerende ziekenfondsen. Iedere van rechtswege verzekerde heeft de mogelijkheid gekregen een keuze te maken tussen ziekenfondsen van zijn of haar voorkeur. In tegenstelling tot de Nederlandse situatie doen verzekerden in Duitsland dat niet op grond van een nominale premie, maar op basis van een inkomensafhankelijke premie. Het Duitse wettelijke verzekeringssysteem kent geen nominale premies en geen Algemene Kas. De Duitse Krankenkassen stellen zelf de inkomensafhankelijke premie vast en innen deze rechtstreeks bij de verzekerden. Om ziekenfondsen te compenseren voor ongelijk verdeelde groepen verzekerden met een hoog risico bestaat een systeem van verevening: de Risikostrukturausgleich.

Ook in Duitsland heeft men het wenselijk gevonden regels te stellen aan de omvang van de wettelijke middelen waarover fondsen beschikken. Hierbij gaat het zowel om een minimum marge, die waarborgt dat een ziekenfonds op korte termijn aan zijn betalingsverplichtingen kan voldoen, als om een maximum, dat dient te voorkomen dat ziekenfondsen meer reserveren dan noodzakelijk en wenselijk wordt geacht.

Het Duitse Sozialgesetzbuch (deel V: Gesetzliche Krankenversicherung, 259 e.v.) onderscheidt bij de Krankenkassen twee soorten middelen (Mittel) die relevant zijn bij het stellen van een minimum en maximum: vlottend kapitaal (Betriebsmittel), en de reserve (Rücklage). De Betriebsmittel zijn bedoeld om schommelingen in uitgaven op te vangen. Slechts als deze op een gegeven moment ontoereikend zijn, doet de Krankenkasse beroep op zijn Rücklagen. Bij de begrenzingen van de hoogte van Betriebsmittel en Rücklagen is aangesloten bij de gemiddelde maandelijkse geraamde schadelast van het fonds, zoals die is opgenomen in de begroting. Vanzelfsprekend zijn hier uitsluitend kosten van belang die het fonds maakt bij de uitvoering van de wettelijke taak. De omvang van de Betriebsmittel en de Rücklage tezamen moet praktisch gesproken tenminste 0,25 maal de gemiddelde maandelijkse geraamde schadelast omvatten, maar mag niet meer bedragen dan 1,5 maal deze geraamde schadelast.

Zowel in Nederland als in Duitsland zijn de regels omtrent de hoogte van het minimum van de reserves gerelateerd aan de omvang van de kosten van verstrekkingen op jaarbasis. Verschil is dat in Nederland de toets plaatsvindt na ommekomst van het jaar aan de hand van de werkelijke kosten van verstrekkingen in het betreffende jaar, en de per deelbudget

verschillende nacalculatiepercentages. In Duitsland kan de toezichthouder vooraf toetsen in hoeverre de Krankenkasse aan de minimumeis voldoet. De in de begroting opgenomen kostenraming is immers maatgevend. Voorts zijn in Duitsland hierbij zowel de kosten van verstrekkingen als de kosten van beheer relevant.

Een grove vergelijking tussen de gestelde minima leert dat het gestelde minimum in Duitsland relatief lager is dan in Nederland. Het aan de som van Betriebsmittel en Rücklage gestelde minimum van 0,25 zou neerkomen op ca. 2% van de schadelast op jaarbasis. In Nederland is dit 8% van alleen de kosten van verstrekkingen, maar naarmate op een onderdeel wordt nagecalculeerd daalt de solvabiliteitseis. Voor het onderdeel vaste kosten van ziekenhuisverpleging geldt een zeer hoog nacalculatiepercentage. Als we daarmee rekening houden daalt de minimumeis uitgedrukt als percentage van de kosten van verstrekkingen tot 5,5%, en uitgedrukt als percentage van de kosten van verstrekkingen en beheer tezamen tot 5,3%.

Een ander verschil dat de vergelijking bemoeilijkt is dat in de Nederlandse situatie ook niet-wettelijke reserves en achtergestelde leningen meetellen bij de minimale solvabiliteitseis. In Duitsland heeft het minimum betrekking op Betriebsmittel en Rücklagen die ter beschikking staan van de wettelijke taken.

Het maximum voor Betriebsmittel en Rücklagen tezamen bedraagt 1,5 maal de geraamde maandelijkse schadelast, hetgeen neerkomt op een factor 6 van het minimum. Dit maximum zou neerkomen op ca. 12,5% van de schadelast op jaarbasis.

In Nederland zal louter een maximum gesteld worden aan de wettelijke ziekenfondsreserve. In tegenstelling tot Duitsland heeft in Nederland het maximum dus betrekking op een kleiner deel van de reserves dan waarvoor een minimumeis geldt. Voorts dient opgemerkt te worden dat de samenstelling van de kosten van verstrekkingen in de beide landen verschilt. Dit hangt onder andere samen met verzekerdenaanspraken en de hoogte van eigen betalingen.

Een vergelijking van de hoogte van de maxima in beide landen geeft het volgende globale beeld. In Nederland zou bij een hypothetische volledige risicodragendheid op alle deelbudgetten (echter rekening houdend met 95% nacalculatie op vaste kosten ziekenhuisverpleging) een factor van 2,5 maal de gestelde minimumeis neerkomen op een maximum van nog geen 14% van de totale kosten van verstrekkingen. Uitgedrukt in een percentage van de totale kosten verstrekkingen en beheer tezamen is dit ca. 13%. Bij een factor van 2,5 in Nederland zou het gestelde maximum aan de reserves, uitgedrukt in een percentage van de bruto schadelast, dus in de buurt te liggen van het maximum dat de Duitse regelgeving voorschrijft.

Het niet voldoen aan het gestelde minimum en maximum heeft voor Krankenkassen in Duitsland andere consequenties dan voor ziekenfondsen in Nederland. In Duitsland heeft de toezichthouder de bevoegdheid om van de Krankenkasse in kwestie te verlangen de premie die de Krankenkasse heft bij te stellen. Terugstorting in een Algemene Kas zijn in Duitsland niet aan de orde.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers