Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2004–2005

29 762 Regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag)

29 763 Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 24

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 december 2004

De leden van de CDA-fractie hebben in het wetgevingsoverleg van 29 november jongstleden gevraagd naar de onderzoeksresultaten die ten grondslag liggen aan de antwoorden in de «Nota naar aanleiding van het verslag»[1] op vragen over de verklaringskracht van het vereveningsmodel en de reductie van de variantie door hogekostenverevening. Ik heb in de schriftelijke antwoorden (29 762/29 763, nr. 15) toegezegd u zo spoedig mogelijk de onderzoeksresultaten over de werking en de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem, inclusief een toelichting, toe te zenden.

Medio augustus 2004 heeft het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam een kleine studie uitgevoerd naar de werking van het risicovereveningsmodel in de Ziekenfondswet. Het onderzoek heeft geen volledig uitgeschreven rapport opgeleverd maar een beperkte tabel met resultaten, welke ik in de bijlage bij deze brief heb opgenomen[1]. In het navolgende licht ik de resultaten toe en ga ik in op de verklaringskracht van het model op ziekenfonds- en individueel niveau met speciale aandacht voor de hogekostenverevening.

De studie van iBMG geeft op basis van kostencijfers van alle ziekenfondsen op verzekerdenniveau uit 2001 aan wat de spreiding is in ziektekosten[2] tussen individuen en in welke mate deze spreiding wordt verklaard door het risicovereveningsmodel dat gehanteerd wordt in de Ziekenfondswet. Dit risicovereveningsmodel lijkt sterk op het beoogde risicovereveningsmodel van de Zorgverzekeringswet en de uitkomsten zijn derhalve illustratief voor de werking van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet.

[1] Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

[2] Bij de zorgkosten zijn de vaste kosten ziekenhuisverpleging buiten beschouwing gebleven omdat deze worden genormeerd op historische kosten en een nacalculatie van 95 procent kennen.

KST82705
0405tkkst29762-24
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2004

Verklaringskracht risicovereveningsmodel op ziekenfondsniveau

De studie van iBMG geeft allereerst inzicht in de kostenverschillen tussen ziekenfondsen en de verklaring van deze verschillen door het risicovereveningsmodel. De gemiddelde zorgkosten per verzekerde bedragen voor overige verstrekkingen en variabele kosten ziekenhuiskosten in 2001 € 987. Het verschil in gemiddelde kosten per verzekerde tussen het goedkoopste ziekenfonds en het duurste ziekenfonds, bedraagt € 662 (van € 493 tot € 1155). Dit betekent dat als een ziekenfonds een gelijke premie aan al zijn verzekerden had moeten vragen gebaseerd op de gemiddelde kosten van zijn portefeuille, er een maximaal verschil in de te vragen nominale premie zou bestaan van € 662.

Een doel van het risicovereveningssysteem is om de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds (voorheen: Algemene Kas) zodanig te verdelen dat verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulaties bij zorgverzekeraars worden verevend. Risicoverevening creëert een min of meer gelijk speelveld waarop verzekeraars met een ongezonde populatie geen hogere premie moeten vragen dan hun concurrenten met een gezonde populatie. Dit betekent dat de vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot risicoselectie wordt gemitigeerd. De karakteristieken van de verzekerdenpopulatie zijn niet langer bepalend voor het uiteindelijke financiële resultaat van de verzekeraar. Omdat ook de mogelijkheden om premies te differentiëren zijn teruggebracht, neemt het belang van andere instrumenten waarmee een verzekeraar zijn optreden in de markt kan operationaliseren, zoals doelmatige zorginkoop en de efficiency van de uitvoering van de verzekering, toe.

De studie van iBMG geeft aan dat de bandbreedte in de premies door het risicovereveningssysteem sterk afneemt. Als alleen rekening wordt gehouden met verschillen in verzekerdenkenmerken middels het ex-ante risicovereveningsmodel (DELTA1 in termen van iBMG-resultaten), dan loopt het verschil tussen het goedkoopste en het duurste ziekenfonds terug tot € 104. Kortom, bijna 85 procent van het verschil in gemiddelde kosten wordt verevend door toepassing van het ex-ante risicovereveningssysteem. De bandbreedte loopt verder terug door toepassing van de hogekostenverevening (naar € 98) en nog verder door generieke verevening en nacalculatie (naar € 65).

Uit deze resultaten concludeer ik dat het ex-ante risicovereveningsmodel in grote mate voldoet aan het bovengenoemde doel. Tachtig tot negentig procent van de verschillen in zorgkosten tussen de ziekenfondsen (d.i. feitelijk de actuariële premie) wordt gemitigeerd door de huidige verdeelcriteria[1] in het risicovereveningsmodel.

Verklaringskracht risicovereveningsmodel op individueel verzekerdenniveau

Uit de iBMG-studie komt voorts naar voren dat sprake is van een extreem scheve verdeling van de zorgkosten tussen individuen: een kleine groep verzekerden is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de kosten. Door rekening te houden met de verzekerdenkenmerken als leeftijd, geslacht, FKG's, DKG's, verzekeringsgrond en regio kan twintig procent van de variantie op individuniveau worden verklaard. Dit lijkt weinig, maar dit komt doordat de zorgkosten van een individu onderhevig zijn aan een aanzienlijke toevalsfluctuatie. Zorgkosten zijn nu éénmaal in hoge mate onvoorspelbaar (denk aan extreem hoge kosten in het laatste levensjaar of kosten door een ongeluk). De verklaringskracht op individuniveau zou wellicht nog iets kunnen worden verbeterd door uitbreiding van het risicovereveningsmodel, in de zin van veel extra FKG's en DKG's, ook voor

[1] De verdeelcriteria betreffen leeftijd, geslacht, verzekeringsgrond, farmaceutische kostengroepen, diagnose kostengroepen en regio.

bijvoorbeeld zeer zeldzame aandoeningen. Ik ben echter van mening dat het risicovereveningsmodel transparant en uitvoerbaar moet blijven en dat een te ver gaande uitbreiding daardoor niet aan de orde is. Van belang is dat voor de grootste groepen chronische patiënten de verwachte gemiddelde kosten gelijk zijn aan de totale som (nominale premie en bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds) die een verzekeraar voor hen ontvangt. Voor de bestaande FKG's en DKG's is dit het geval.

Door de «wet van de grote getallen» werkt de verhoudingsgewijs lage verklaring van de variantie op individuniveau zeer beperkt door op verzekeraarsniveau. Om toch tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van ongelijke verdeling van extreem hoge schades ben ik van mening dat ook in de toekomst een vorm van hogekostencompensatie dient te blijven bestaan. Ik wil u er daarom op wijzen dat, als in het vereveningsmodel ook sprake is van toepassing van hogekostenverevening, waarbij in de iBMG-studie uitgegaan is de waarden die momenteel gelden binnen de ziekenfondsverzekering[1], een reductie van de variantie op individuniveau van ongeveer 75 procent optreedt. Dit geeft aan welk een krachtig mechanisme de hogekosten-verevening is voor het in het verdeelmodel opvangen van extreme kosten op individueel niveau. Dit is vooral voor de kleine verzekeraars, waar de «wet van de grote getallen» minder goed opgaat, belangrijk. Verdere toepassing van generieke verevening en nacalculatie leidt overigens tot een reductie van de variantie op individuniveau tot 90 procent.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

[1] Het betreft hier het poolen van negentig procent van de kosten van een verzekerde die uitgaan boven de drempelwaarde van € 12 500.