

No 212

**Ex-postcorrectiemechanismen in de  
Zorgverzekeringswet:  
hoe nu verder?**

Rudy Douven

**CPB document**

**cpb**



## **CPB Document**

**No 212**

### **Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet:**

hoe nu verder?

**Rudy Douven**

Centraal Planbureau  
Van Stolkweg 14  
Postbus 80510  
2508 GM Den Haag

Telefoon       (070) 338 33 80  
Telefax        (070) 338 33 50  
Internet        [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

ISBN 978-90-5833-474-9

## Korte samenvatting

De risicoverevening vormt een sleutelrol in het nieuwe zorgstelsel. Een goede werking van het systeem van ex-antisicoverevening kan oneerlijke concurrentie tussen verzekeraars voorkomen. De ex-antisicoverevening werkt niet perfect en daarom bestaan er vier correcties achteraf in de huidige risicoverevening: macronacalculatie, hogekostenverevening, nacalculatie en de bandbreedteregeeling.

Een nadeel van deze vier mechanismen is dat zorgverzekeraars minder prikkels ondervinden om op de zorguitgaven te letten. Zo komt in 2010 van elke extra euro zorguitgaven van een kleine verzekeraar gemiddeld 0,74 euro voor rekening van de verzekeraar zelf en 0,26 euro voor rekening van de overheid en andere zorgverzekeraars. Voor een grote verzekeraar met een marktaandeel van 30% is dat respectievelijk 0,54 euro voor eigen rekening en 0,46 euro voor rekening van anderen.

Door de ex-antisicoverevening op orde te houden en waar nodig te verbeteren, en de correcties achteraf op de budgetten van zorgverzekeraars verder af te bouwen, kan een gezondere vorm van concurrentie ontstaan waarbij de doelmatigheidsprikkels van zorgverzekeraars toenemen.

*Steekwoorden: Zorgverzekeringswet, risicoverevening, ex-postcorrectiemechanismen*

## Abstract

The risk-adjustment system plays a key role in the functioning of the Dutch health insurance. The ex-ante risk adjustment system is however still not perfect. This may result in risk selection activities by insurers or distort the playing field between health insurers. Therefore the Dutch government applies four ex-post risk sharing mechanisms currently: recalculation of the macro budget, a high cost compensation scheme, individual recalculation schemes and a bandwidth scheme.

The drawback of the four mechanisms is that they diminish the efficiency incentives of insurers. Of every additional euro spent on health, a small health insurer has to pay in 2010 on average 0.74 euro himself while 0.26 euro is paid by the government or other health insurers. For a large insurer, with a markets share of 30%, this is respectively 0.54 euro paid by the insurer himself and 0.46 euro paid by others.

A further improvement of the ex-ante risk adjustment system and a further reduction of the ex-post risk mechanisms could stimulate fair competition among health insurers and increase their efficiency incentives.

*Key words: Dutch health insurance, ex-ante risk adjustment system, ex-post risk mechanisms*



# Inhoud

Inhoud	5
Ten geleide	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	11
2 Risicoverevening: doelen en stand van zaken	13
3 Ex-postcorrectiemechanismen: een kleine geschiedenis	21
4 Maten voor herverdeling van kosten tussen verzekeraars	27
5 Macronaïcalculatie	31
6 Hogekostenverevening	49
7 Generieke verevening	57
8 Nacalculatie	61
9 Bandbreedteregeling	67
10 Totale effecten	73
11 Conclusies	78
12 Referenties	83
Appendix A	87





## Ten geleide

Dit document is geschreven door Rudy Douven van het Centraal Planbureau (CPB) en is daarbij ondersteund door Adriaan van Hien, die de statistische berekeningen heeft uitgevoerd. De auteur bedankt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor het verstrekken van de ziekenfondsdata voor de jaren 1996-2004. Speciale dank gaat uit naar de leden van de klankbordgroep: Peter ter Berg (De Nederlandsche Bank (DNB)), Hans van den Hoek (CVZ), Leida Lamers (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)) en René van Vliet (instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)). Veel dank gaat ook uit naar Jan Poelert (VWS) voor zijn heldere bijdragen en uitvoerig commentaar. Hoewel zij zich niet allen kunnen vinden in alle onderdelen van het document, hebben zij veel geduld en uithoudingsvermogen getoond en zijn kritisch gebleven tot aan de voltooiing van het project.

De auteur bedankt verder Jan Boone (Universiteit van Tilburg (UvT)) voor de vele discussies en theoretische uiteenzettingen die onder meer hebben geleid tot appendix A. De auteur bedankt ook Erik Schut (Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)) voor zijn kritische blik en de vele discussies. Daarnaast bedankt de auteur de deelnemers aan de bijeenkomsten van de interdepartementale ministeriële werkgroep Ex-postcompensaties, die in 2009 hebben plaatsgevonden bij het ministerie van VWS. De auteur bedankt verder Rein Halbersma (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)), Wim de Haart (ministerie van VWS), Elout Hooiveld, Friso de Jong, Robert Kommerij (Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (VRZ)) en Pieter Hasekamp, Theo Hoppenbrouwers en Henny Wijngaard (Zorgverzekeraars Nederland (ZN)) voor het commentaar dat ze hebben geleverd op eerdere versies of onderdelen van het rapport. Vanzelfsprekend delen bovengenoemde personen niet noodzakelijk de bevindingen van deze studie.

Tot slot is de auteur veel dank verschuldigd aan zijn collega's op het CPB, Paul Besseling, Leon Bettendorf, Michiel Bijlsma, Paul de Bijl, Casper van Ewijk, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Esther Mot en Victoria Shestalova voor hun kritische commentaar op eerdere versies van het document en hun commentaar tijdens de voor- en doorzaagseminars en andere tussentijdse bijeenkomsten.

Coen Teulings, directeur CPB



## Samenvatting

De Zorgverzekeringswet (Zvw) gaat in 2010 haar vijfde jaar in en partijen beginnen te wennen aan het nieuwe zorgstelsel. Risicoverevening vormt hierbij een sleutelrol. Onderdeel van risicoverevening vormen de ex-postcorrectiemechanismen, waarbij zorgverzekeraars achteraf worden gecorrigeerd voor een deel van hun zorguitgaven. De minister heeft in de brief Waardering voor Betere Zorg IV (kamerstuk 29 248, nr. 109) op 19 januari 2010 aangegeven de ex-postcorrectiemechanismen in het risicovereveningssysteem via een geleidelijk traject af te willen schaffen. Het Centraal Planbureau (CPB) neemt in dit document de verschillende ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet onder de loep. De volgende vragen komen aan de orde: hoe beïnvloeden ex-postcorrectiemechanismen de zorgverzekeraars, wat zijn de voor- en nadelen en wat zijn mogelijke beleidsopties?

### **Een goede ex-anterisicoverevening is noodzakelijk**

Een goed werkend zorgstelsel vereist een gezonde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Hiervan is sprake als het speelveld tussen zorgverzekeraars voldoende gelijk is, zodat zorgverzekeraars niet gaan selecteren op gunstige risico's, maar zich vooral richten op het doelmatig inkopen van zorg. Daartoe is een zogenoemd systeem van ex-anterisicoverevening noodzakelijk dat de budgetten van verzekeraars vooraf gecorrigeerd voor voorspelbare verschillen in de zorguitgaven tussen verzekerden. Deze correctie dient jaarlijks bijgesteld te worden vanwege veranderingen in het zorgstelsel en de verzekerdenpopulatie.

### **Effecten van ex-postcorrectiemechanismen zijn moeilijk te meten**

Het systeem van ex-anterisicoverevening kan nooit perfect zijn. Om dit op te vangen worden momenteel correcties achteraf toegepast op de budgetten van zorgverzekeraars. In 2010 bestonden er vier verschillende mechanismen van ex-postcorrectiemechanismen: macronacalculatie, hogekostenverevening, nacalculatie en de bandbreedteregeling. Het voordeel van deze ex-postcorrectiemechanismen is dat bepaalde imperfecties in het systeem van de ex-anterisicoverevening alsnog achteraf worden gecorrigeerd. In deze studie laten we zien dat het moeilijk is om het effect van de ex-postcorrectiemechanismen te meten; zo is het onbekend in hoeverre deze ex-postcorrectiemechanismen nu bijdragen aan een gezondere concurrentie tussen zorgverzekeraars. Dat maakt het lastig om te bepalen hoe de vier ex-postcorrectiemechanismen toegepast moeten worden.

### **Ex-postcorrectiemechanismen verlagen de prikkels voor een doelmatige zorg**

Het belangrijkste nadeel van de ex-postcorrectiemechanismen is dat ze de prikkels van verzekeraars voor een doelmatige zorginkoop afzwakken. Uit het onderzoek volgt dat in 2010 een kleine verzekeraar van elke extra euro zorguitgave gemiddeld 0,74 euro voor rekening komt van de verzekeraar zelf en 0,26 euro voor rekening van de overheid of andere verzekeraars.

Voor een grote zorgverzekeraar met een marktaandeel van 30% komt 0,54 euro voor eigen rekening en 0,46 euro voor rekening van anderen. Door het afbouwen van ex-postcorrectiemechanismen komen meer zorguitgaven voor rekening van de zorgverzekeraars en worden de prikkels voor een doelmatige inkoop van zorg vergroot. De onzekerheden omtrent de hoogte van de doelmatigheidsopbrengsten zijn groot en deze zullen pas optreden wanneer zorgverzekeraars actiever zorg gaan inkopen. Een voordeel van de afbouw is ook dat de markt transparanter wordt omdat allerlei achteraf berekeningen niet meer hoeven plaats te vinden.

### **Macrona calculatie**

Van de vier correcties achteraf is de macrona calculatie een buitenbeentje, omdat dit mechanisme bedoeld is om gemeenschappelijke risico's, die zorgverzekeraars jaarlijks in gelijke mate treffen, niet voor hun rekening te laten komen, maar voor rekening van de overheid. Denk hierbij aan een onverwachte landelijke griep epidemie, een onverwachte hogere productie in alle ziekenhuizen of risico's die ontstaan door beleidsveranderingen in de zorg. In dit onderzoek laten we zien dat macrona calculatie nadelen heeft. Zo worden grote zorgverzekeraars gecompenseerd wanneer ze zorg niet doelmatig inkopen. Het afbouwen van macrona calculatie kan daarom bijdragen aan een efficiëntere zorg. Het gevolg is dat zorgverzekeraars bij hun premiestelling zelf rekening moeten gaan houden met de omvang van de gemeenschappelijke risico's. De overheid kan gemeenschappelijk risico's die te maken hebben met beleidsonzekerheden, zoals de invoering van nieuwe financieringssystemen in de zorg, verkleinen door nieuw beleid tijdig aan te kondigen en consistent uit te voeren. Mocht de overheid de spelregels in de loop van dat jaar toch veranderen (denk aan maatregelen voor incidentele gebeurtenissen, zoals het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep), dan komen die kosten voor rekening van de overheid. Ook wanneer macrona calculatie wordt afgeschaft kan er achteraf een alternatieve correctie noodzakelijk zijn tussen verzekeraars om het gelijke speelveld te waarborgen. Het lijkt verstandig om de alternatieve correctie alleen toe te passen wanneer het om substantiële bedragen gaat.

# 1 Inleiding

Het nieuwe zorgstelsel gaat in 2010 zijn vijfde jaar in. Een fundamenteel onderdeel van het stelsel is de risicoverevening. De risicoverevening kent twee onderdelen: de ex-antierisicoverevening en de ex-postcorrectiemechanismen. De ex-antierisicoverevening is een correctie op de budgetten die verzekeraars vooraf ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds. De correctie is bedoeld om het gelijke speelveld te waarborgen en tegen te gaan dat verzekeraars selecteren op gezondheidsrisico's. De ex-post correctiemechanismen bestaan uit verschillende mechanismen waarbij verzekeraars achteraf geld verrekenen met het zorgverzekeringsfonds. De bedoeling van deze mechanismen is om onvolkomenheden in de ex-antierisicoverevening achteraf te corrigeren.

In dit document stellen we de ex-postcorrectiemechanismen centraal. De minister heeft in de brief: Waardering voor Betere Zorg IV (kamerstuk 29 248, nr. 109) op 19 januari 2010 aangegeven de ex-postcorrectiemechanismen in het risicovereveningssysteem via een geleidelijk traject te willen afschaffen. In dit document brengt het Centraal Planbureau (CPB) daarom de voor- en nadelen van de verschillende ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet in kaart en beantwoordt het de vraag: hoe beïnvloeden ze de zorgverzekeraars, wat zijn de voor- en nadelen, en wat zijn mogelijke beleidsopties.

Hoe is dit document opgebouwd? In hoofdstuk 2 vindt u een beknopt overzicht van het doel van de risicoverevening en de redenen om de ex-postcorrecties toe te passen op de zorguitgaven van verzekeraars. In hoofdstuk 3 volgt een korte beschrijving van de verschillende ex-postcorrectiemechanismen. In hoofdstuk 4 komt een aantal maten aan bod voor herverdeling tussen zorgverzekeraars: het individuele kosteneffect van een verzekeraar en een maat voor kostenverschillen tussen verzekeraars. Daarna wordt uitgebreid ingegaan op de verschillende ex-postcorrectiemechanismen en hoe ze de zorgverzekeraars beïnvloeden: macronacalculatie (hoofdstuk 5), hogekostenverevening (hoofdstuk 6), generieke verevening (hoofdstuk 7), nacalculatie (hoofdstuk 8) en de bandbreedteregeling (hoofdstuk 9). Het gecombineerde effect van de alle ex-postmechanismen gezamenlijk wordt bekeken in hoofdstuk 10 en in hoofdstuk 11 vindt u tot slot de conclusies en beleidsopties.



## 2 Risicoverevening: doelen en stand van zaken

De voorspelbare zorguitgaven van verzekerden kunnen onderling aanzienlijk verschillen. De jaarlijkse voorspelbare zorguitgaven voor nierpatiënten zijn bijvoorbeeld meer dan veertig keer zo hoog als de voorspelbare zorguitgaven van gezonde mensen. In een concurrerende verzekeringsmarkt zal een verzekeraar zijn premie willen afstemmen op het risico. Voor een hoog risico (een verzekerde met voorspelbaar hoge zorguitgaven) zal de verzekeraar een hogere premie willen stellen dan voor een laag risico (een verzekerde met voorspelbaar lage zorguitgaven). Dit wordt het 'equivalentieprincipe' genoemd (Van de Ven en Ellis, 2000).

Dit zou betekenen dat mensen met een hoog risico veel meer geld voor zorg moeten betalen dan mensen met een laag risico. Dit vindt de overheid ongewenst en daarom heeft de overheid een verplichte verzekering opgelegd met een verbod op premiedifferentiatie, waarbij iedere verzekeraar een uniforme premie voor een polis moet vragen. Door deze regulering wordt echter het 'equivalentieprincipe' doorbroken. In een concurrerende verzekeringsmarkt kan dit leiden tot ongewenste effecten zoals een verstoring van het gelijke speelveld tussen verzekeraars en tot ongewenste vormen van risicoselectie (Cutler en Zeckhauser, 2000). In het kader 'Vormen van risicoselectie' gaan we nader in op verschillende verschijningsvormen van risicoselectie. Om de ongewenste effecten tegen te gaan past de overheid risicoverevening toe. In dit hoofdstuk leest u welke doelen risicoverevening dient en hoe het er momenteel voor staat met de risicoverevening in Nederland.

### 2.1 Doelen risicoverevening

Een systeem van risicoverevening corrigeert voorspelbare verschillen tussen zorguitgaven van verzekerden. De ex-anterrisicoverevening corrigeert verzekeraars voor deze verschillen op basis van de samenstelling van hun verzekerdenbestand. Dit houdt in dat rekening wordt gehouden met het risicoprofiel van verzekerden. Zo krijgen verzekeraars voor verzekerden met hoge risico's, zoals ouderen en chronisch zieken, meer geld dan voor lagere risico's, zoals gezonde mensen. De ex-postcompensatiemechanismen corrigeren achteraf de zorguitgaven van verzekeraars op basis van hun gerealiseerde uitgaven aan de zorg. Door risicoverevening worden drie doelen tegelijkertijd nagestreefd (VWS, 2007):<sup>1</sup>

1. Risicoselectie tegengaan. Risicoverevening zorgt ervoor dat de voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden afnemen voor verzekeraars. Dit verkleint de prikkels voor risicoselectie. Risicoverevening zorgt zo voor risicosolidariteit tussen verzekerden
2. Een gelijk speelveld voor verzekeraars creëren. Ook als verzekeraars geen risicoselectie uitoefenen, kunnen immers (toevallige) verschillen ontstaan in de verzekerdenpopulaties tussen verzekeraars. Deze verschillen kunnen concurrentieverstorend werken.

<sup>1</sup> In VWS (2007) worden de eerste twee doelstellingen samengenomen.

3. Maximale doelmatigheidsprikkels behouden. Een belangrijk doel van het nieuwe zorgstelsel is dat verzekeraars doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders doelmatige zorg verstrekken. Het is daarom van belang de risicoverevening zo te organiseren dat die niet ten koste gaat van de doelmatigheidsprikkels van verzekeraars en zorgaanbieders.

---

### Vormen van risicoselectie

We onderscheiden twee verschijningsvormen van risicoselectie (CPB, 2003):

Cream-skimming: verzekeraars doen aan cream-skimming, als zij zich richten (of niet richten) op een bepaalde groep verzekerden, omdat op deze groep relatief veel winst (of verlies) is te behalen in vergelijking met andere risicogroepen. Bekende vormen van cream-skimming zijn het uitsluiten of wegpesten van ongunstige risico's (dat zijn verzekerden die onvoldoende gecompenseerd worden door de risicoverevening), en het lokken van gunstige risico's (dat zijn verzekerden die overgecompenseerd worden door de risicoverevening). Cream-skimming is ongewenst, omdat de zorg voor iedereen in gelijke mate toegankelijk moet zijn. Bovendien kan cream-skimming leiden tot ongewenste effecten op marktstructuren en zorgkwaliteit. Vanuit maatschappelijk perspectief zijn de kosten die een verzekeraar maakt om slechte risico's te mijden, immers pure verspilling. Cream-skimming zal andere activiteiten van verzekeraars verdringen, zoals het streven naar meer doelmatige zorg wanneer de opbrengsten van cream-skimming hoger kunnen zijn dan de winsten die verkregen worden via doelmatigheidsverbeteringen (Van de Ven en Ellis, 2000).

Adverse selection: als verzekeraars voor een polis slechts één (gemiddelde) premie mogen vragen, trekken brede polissen relatief meer hoge risico's aan en smalle polissen, dat zijn bijvoorbeeld polissen met een selectieve contractering en relatief meer lage risico's. Het gevolg is dat verzekeraars voor brede polissen hogere premies moeten vragen dan voor smalle polissen. Niet alleen omdat de polissen breder zijn, maar ook omdat brede polissen hogere risico's aantrekken. Adverse selection kan leiden tot twee fundamentele problemen. Ten eerste een solidariteitsprobleem: Mensen met een laag risico zullen kiezen voor een smalle polis, waardoor ze minder bijdragen aan de ziektekosten dan mensen met hoge risico's die een brede polis kiezen. Ten tweede zullen concurrerende verzekeraars als gevolg van adverse selection polissen aanbieden die vooral zijn afgestemd op de lage risico's, omdat geen enkele verzekeraar de verzekerden met de hoogste gezondheidsrisico's wil aantrekken. Adverse selection kan daardoor leiden tot instabiele verzekeraarsmarkten (Rothschild en Stiglitz, 1976).

Omdat Nederland een verplichte verzekering kent, met een door de overheid vastgesteld breed basispakket, zal in Nederland het gevaar voor cream-skimming groter zijn dan voor adverse selection.

---

### Hoe krijgt de risicoverevening in Nederland vorm?

De zorguitgaven in de Zvw worden betaald door de zorgverzekeraars. Deze ontvangen hun inkomsten voor ongeveer de helft uit nominale premies en voor de helft uit het zorgverzekeringsfonds van de overheid. Het zorgverzekeringsfonds wordt betaald via inkomensafhankelijke bijdragen van verzekerden. In de meeste gevallen lopen deze betalingen via de werkgever. Zorgverzekeraars krijgen voorafgaande aan het nieuwe jaar een budget toebedeeld uit het zorgverzekeringsfonds van de overheid, waarbij rekening wordt gehouden met het risicoprofiel van hun verzekerdenpopulatie. Deze bepaling van de budgetten voor zorgverzekeraars is de jaarlijks terugkerende ex-antecoverevening (VWS, 2007). Voor de bepaling van deze ex-ante budgetten maakt de overheid vooraf een inschatting van de



verwachte totale zorgkosten van verzekerden in het komende jaar, het zogenoemde macroprestatiebedrag. Vervolgens berekent de overheid voor iedere verzekerde afzonderlijk een normbedrag uit. Dit normbedrag weerspiegelt de verwachte zorgkosten van een verzekerde in het komende jaar. De waarde van dit normbedrag wordt via schattingen bepaald, waarbij het normbedrag wordt gerelateerd aan vereveningskenmerken. In 2009 waren dat: leeftijd, geslacht, farmaceutische kostengroepen, diagnosekostengroepen, aard van het inkomen, sociaaleconomische status en een regiocriterium (VWS, 2007). De budgetten van de verzekeraars worden vervolgens bepaald door de som te nemen van alle normbedragen van de individuele verzekerden in hun (geschatte) verzekerdenpopulatie. Een belangrijke vraag is hoe goed het systeem van ex-antisicoverevening in Nederland is, en in hoeverre de drie doelen van de risicoverevening worden bereikt.

## 2.2 Hoe goed is de ex-antisicoverevening in Nederland?

Om deze belangrijke vraag te beantwoorden is het belangrijk om te weten wat 'goed' inhoudt. We onderscheiden hierbij twee verschillende niveaus van 'goed'.

1. 'Goed' op het verzekerdeniveau. Dat betekent dat de ex-antisicoverevening 'goed' moet corrigeren voor de voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Hoe minder verzekerden de verzekeraar nog kan detecteren waarvoor de voorspelbare zorgkosten, na het toepassen de ex-antisicoverevening, flink hoger of lager zijn dan de gemiddelde zorgkosten in de markt, hoe kleiner de prikkel voor risicoselectie is.
2. 'Goed' op het verzekeraarsniveau. Dat betekent dat de ex-antisicoverevening 'goed' moet corrigeren voor de gemiddelde voorspelbare kosten per verzekerde van de populatie van een verzekeraar. Immers, wanneer de gemiddelde voorspelbare kosten per verzekerde gelijk zijn voor alle verzekeraars is het uitgangspunt, en daarmee het speelveld, voor verzekeraars gelijk. Merk op dat 'goed' op het verzekeraarsniveau een minder strenge eis is dan 'goed' op het verzekerdeniveau. Immers, ook wanneer de ex-antisicoverevening nog onvoldoende corrigeert voor voorspelbare verschillen op individueel niveau, kan door het poolen van verzekerden de gemiddelde voorspelbare kosten per verzekerde van de populatie van een verzekeraar toch gelijk zijn tussen verzekeraars. Door de wet van de grote aantallen zal dit eerder het geval zijn voor grote dan voor kleine verzekeraars.

### **Kwaliteit van ex-antisicoverevening op verzekerde niveau**

Helaas is het moeilijk objectief vast te stellen hoe 'goed' de ex-antisicoverevening in de praktijk is. De meest gebruikelijke manier in de literatuur is om te kijken naar de verklaringskracht van het systeem; hoe 'goed' kan de ex-antisicoverevening de variatie van de ziektekosten op individueel verzekerdeniveau verklaren (Van de Ven en Ellis, 2000). Uit jaarlijkse empirische schattingen blijkt dat rond de 25% van de variatie in de individuele

ziektekosten kan worden verklaard op basis van genoemde vereveningskenmerken (VWS, 2009). Dit percentage is het resultaat van al bijna 20 jaar onderzoek naar de ex-antisicoverevening, immers sinds 1992 in de Ziekenfondswet is de overheid al bezig met het ontwikkelen van de risicoverevening. Deze lange periode van onderzoek suggereert dat het steeds lastiger wordt om nog grote sprongen te maken bij de verbetering van de ex-antisicoverevening; de huidige doorontwikkeling betreft daardoor voornamelijk het aanpassen van de ex-antisicoverevening op veranderingen in de financiering, zoals de invoering van een nieuw DOT-systeem in de ziekenhuiszorg, of het verder 'finetunen' van het systeem.<sup>2</sup>

Of de verklaringskracht van 25% 'goed' genoeg is hangt samen met het maximum dat kan worden verklaard. In de literatuur is veel discussie over de hoogte van dit maximum. Lamers et al. (1999) noemen een maximum van bijna 50%, maar de vraag is in hoeverre dat percentage relevant is voor de voorspelbaarheid van de zorgvariatie in de huidige basisverzekering.

In de praktijk zal de maximale voorspelbaarheid echter nooit worden gehaald. Dit heeft te maken met een ander belangrijk uitgangspunt van de risicoverevening. In de wet staat dat ex-antisicoverevening alleen mag corrigeren voor de voorspelbare verschillen tussen verzekerden, de factoren gezondheid en leeftijd. Door deze beperkte keuze is de maximale voorspelbare variatie niet haalbaar en blijft er voor verzekeraars altijd ruimte om risicoselectie toe te passen op basis van factoren waarvoor niet verevend mag worden. Men kan hierbij denken aan socio-economische factoren van verzekerden en aan aanbodfactoren zoals verschillen in regionale loonkosten, marktmacht, praktijkstijl en kapitaalkosten (zie Van de Ven en Ellis, 2000).

Ook als alleen de factoren gezondheid en leeftijd worden beschouwd, is de huidige ex-antisicoverevening (nog) imperfect. Dit blijkt uit enkele recente studies (Stam en Van de Ven, 2006, 2007, 2008): verzekeraars kunnen op basis van gezondheidsfactoren nog steeds verliesgevende groepen met hoge kosten onderscheiden. Ook op basis van gezondheidsfactoren is er dus nog ruimte voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen.

Overigens moet hier bedacht worden dat de kwaliteit van de ex-antisicoverevening ook afhangt van de beschikbare data. Belangrijk is bijvoorbeeld dat data op tijd beschikbaar komen. In de huidige opzet wordt de ex-antisicoverevening voor het jaar  $t$  berekend met data uit het jaar  $t-3$ . Dit betekent dat recente veranderingen in het zorgstelsel niet worden meegenomen en daarmee de kwaliteit van de ex-antisicoverevening negatief beïnvloeden.

Ook de voortdurende verandering in regelgeving werkt door in de kwaliteit van de ex-antisicoverevening. Bijvoorbeeld de effecten op de kosten van verzekerden bij de invoering van een nieuw financieringssysteem of het opnemen van nieuwe aanspraken in het pakket zijn vaak moeilijk vooraf in te schatten, waardoor de kwaliteit van de ex-antisicoverevening (tijdelijk) minder kan worden.

<sup>2</sup> Dit betreft de somatische zorg. De kwaliteit van de ex-antisicoverevening van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ), dat pas sinds 2008 onderdeel van de Zorgverzekeringswet is, kan wel nog sterk verbeterd worden.

Daarnaast is de kwaliteit van de ex-antisicoverevening sterk afhankelijk van marktontwikkelingen. Het kan moeilijker worden om de objectieve kosten van verzekeren vast te stellen als verzekeraars zich specialiseren in specifieke doelgroepen, zich regionaal gaan concentreren, of verticaal gaan integreren met zorgaanbieders (Douven, 2005).

Gezien het bovenstaande is het van belang dat de overheid een vinger aan de pols houdt bij de ex-antisicoverevening, maar een perfect systeem zal het nooit worden.

### **Vindt er risicoselectie plaats?**

Een andere manier om te beoordelen of de ex-antisicoverevening op verzekerd niveau 'goed' genoeg is, is te kijken naar het gedrag van verzekeraars. Praktiseren verzekeraars in de praktijk risicoselectie? In Nederland lijkt risicoselectie vooralsnog geen al te grote rol te spelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) rapporteert in haar verzekeraarmonitor van 2009 dat er geen reden is om aan te nemen dat de toegankelijkheid van basisverzekeringen en collectiviteiten afneemt. Hoewel het aantal individueel verzekerden dat een aanvullende verzekering neemt is teruggelopen, is onduidelijk in hoeverre dit het gevolg is van risicoselectie voor de aanvullende verzekeringen, van de premiestijging of van het feit dat de consumenten kritischer worden. Ook in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet wordt geconcludeerd dat er nog geen harde aanwijzingen zijn dat risicoselectie optreedt bij aanvullende verzekeringen en collectiviteiten (ZonMw, 2009). Het feit dat risicoselectie nog geen al te grote rol speelt kan er op duiden dat risicoselectie door verzekeraars te weinig rendabel is, omdat de kosten van selectie groter zijn dan de opbrengsten. Van de Ven en Schut (2007) geven hierbij aan dat mogelijk een rol speelt dat veel zorgverzekeraars in het verleden sociale verzekeraars waren, waarbij sociale motieven een grotere rol speelden dan financiële motieven. Het kost tijd om te wennen aan het nieuwe zorgstelsel. Bovendien zullen verzekeraars voorzichtig zijn met risicoselectie, omdat die ook reputatieschade kan opleveren.

Een mogelijk voorbeeld van risicoselectie is de introductie van de ZEKUR-polis eind 2007. De polis richt zich op een jonge doelgroep die geen problemen heeft met een beperkt aantal toegankelijke ziekenhuizen (13 gecontracteerde ziekenhuizen). Via deze polis lijkt de verzekeraar gunstige risico's te selecteren via beperkingen in de basispolis en selectieve marketing (Douven en Mannaerts, 2008). Nader onderzoek door de NZA (2009) naar de ZEKUR-polis laat zien dat er sprake is van een bepaalde mate van zelfselectie door verzekerden.<sup>3</sup>

### **Kwaliteit van ex-antisicoverevening op verzekeraarniveau**

Wanneer de kwaliteit van de ex-antisicoverevening 'goed' genoeg is op verzekerdeniveau dan is de kwaliteit ook goed genoeg op verzekeraarniveau. We gaan in deze paragraaf hier niet

<sup>3</sup> Volgens de NZA is dit voordeel na ongeveer drie jaar weg omdat ook het vereveningsstelsel wordt aangepast op de ex ante kenmerken van de verzekerdenpopulatie. In NZA(2009) wordt echter niet vermeld welke verbeteringen dit in de ex-antisicoverevening betreft.

uitgebreid in op de verschillen tussen de gemiddelde kosten per verzekerde van verzekeraars, omdat deze verschillen centraal staan in het onderliggende document.

Door het toepassen van risicoselectie kan een verzekeraar veel gunstige risico's proberen te selecteren zodat zijn polis goedkoper is dan de polis van zijn concurrent. In dat geval schaadt de imperfecte ex-antisicovereeniging ook de kwaliteit van de ex-antisicovereeniging op verzekeraarniveau. Er is nooit aangetoond dat er in de huidige Zvw (Zorgverzekeringswet) of in het verleden sprake is geweest van een ongelijke uitgangssituatie, waarbij sommige verzekeraars dus meer voorspelbare winsten hebben dan andere verzekeraars. Wel is het zo dat zorgverzekeraar AZIVO naar het Europese Hof van Justitie is gestapt om het Nederlandse zorgstelsel aan te vechten. AZIVO claimde dat het door de ex-antisicovereeniging geld tekort kwam en dat andere verzekeraars geld te veel kregen door ongeoorloofde staatssteun (Kok, 2007). Maar AZIVO heeft zijn claim inmiddels echter ingetrokken. Het probleem is daarmee echter niet van de baan. Recentelijk werd in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet aangegeven dat door de imperfecties in de ex-antisicovereeniging verzekeraars worden gedwongen om groepen verzekerden met voorspelbaar verlies te accepteren (ZonMw, 2009). Dit zou in strijd zijn met Europese regelgeving.

#### **Beleidsopties bij onvoldoende kwaliteit ex-antisicovereeniging**

Wanneer de overtuiging heerst dat het ex-antesysteem van risicovereeniging nog onvoldoende werkt dan heeft de overheid een aantal beleidsopties ter beschikking:

1. Verbeteren van de ex-antisicovereeniging. Deze beleidsoptie is lopend beleid van de overheid. In samenwerking met universiteiten en onderzoeksbureaus probeert de overheid de ex-antisicovereeniging elk jaar verder te verbeteren.
2. Toestaan van premiedifferentiatie. De eis loslaten dat een verzekeraar een uniforme premie moet stellen voor zijn basispolis aan alle verzekerden. Dit stelde de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw, 2009) voor in zijn evaluatie van de Zorgverzekeringswet. Het voordeel van deze beleidsoptie is dat het gelijke speelveld intact blijft (doelstelling 2) en de doelmatigheidsprykkels maximaal blijven (doelstelling 3). Een mogelijk nadeel is dat het de solidariteit kan aantasten. De imperfecties in de ex-antisicovereeniging zorgen er namelijk voor dat sommigen groepen verzekerden een hogere premie moeten gaan betalen dan andere groepen voor dezelfde polis bij dezelfde verzekeraar. Naarmate de ex-antevereeniging echter beter wordt, neemt de mate van premiedifferentiatie echter af. Deze maatregel kan dus ook gezien worden als een experiment om te zien of de ex-antisicovereeniging goed genoeg is. Die is namelijk goed genoeg, als verzekeraars bij het loslaten van de uniforme premiestelling hun huidige uniforme premiestelling niet of nauwelijks aanpassen voor verschillende (groepen) verzekerden. Mochten verzekeraars bij het loslaten van de uniforme premiestelling wel grote verschillen in premies gaan stellen, dan geeft dit meteen aan waar de imperfecties van de ex-antisicovereeniging liggen. Hierdoor kan de overheid de

ex-antisicoverevening bijstellen. Zo draagt deze maatregel bij aan een betere ex-antisicoverevening.<sup>4</sup>

De overheid heeft deze weg overigens al ingeslagen, omdat verzekeraars hun premie al kunnen differentiëren via collectiviteitskortingen. Inmiddels heeft dit een grote vlucht genomen en zijn er in 2010 al meer dan 50000 verschillende collectieve contracten op de markt.<sup>5</sup> Verder kan de premie ook worden gedifferentieerd per provincie via provinciale polissen en kunnen (uniforme) premiekortingen worden verleend aan verzekerden met een vrijwillig eigen risico. In de huidige manier kunnen verzekeraars deze vormen van premiedifferentiatie dus ook gebruiken om imperfecties in de ex-antisicoverevening mee te corrigeren. Het eerder genoemde voorbeeld van de ZEKUR-polis is wat dat betreft illustratief. Met het toestaan van differentiatie in premies wordt dus ook de noodzaak van het toepassen van ex-postcorrectiemechanismen kleiner.

3. Ex-postcorrectiemechanismen toepassen. Toen de overheid het nieuwe zorgstelsel invoerde, koos zij ervoor geen premiedifferentiatie op individuele verzekerden toe te staan. Wordt de kwaliteit van de ex-antisicoverevening echter onvoldoende geacht, dan is het huidige beleid van de overheid om ex-postcorrectiemechanismen toe te passen. Het voordeel van deze mechanismen is dat het de solidariteit tussen verzekerden niet aantast. Een nadeel is echter dat ex-postcorrectiemechanismen leiden tot minder doelmatigheidsprykkels bij verzekeraars en slechts beperkt bijdragen aan het tegengaan van risicoselectie en het creëren van een gelijk speelveld tussen verzekeraars. Over de ex-postcorrectiemechanismen leest u meer in de volgende hoofdstukken.

<sup>4</sup> De overheid zal overigens nog moeten nagaan of die verschillen komen door imperfecties in de ex-antisicoverevening, zoals gezondheidsverschillen, of verschillen waarvoor bewust niet wordt verevend, zoals regionale verschillen in aanbod en inputprijzen en groepsgebonden verschillen in risicovol gedrag en consumptiegeneigdheid (bijvoorbeeld zelfstandigen versus loondienstpersoneel).

<sup>5</sup> Informatie over aantal collectiviteiten is verstrekt door de NZA.



### 3 Ex-postcorrectiemechanismen: een kleine geschiedenis

In dit hoofdstuk vindt u een korte beschrijving van de verschillende Nederlandse ex-postcorrectiemechanismen. In de eerste paragraaf volgt een historisch overzicht met daarin een korte beschrijving van de mechanismen en op welke zorguitgaven ze van toepassing zijn. In de paragrafen daarna staan de afzonderlijke ex-postcorrectiemechanismen centraal.

#### 3.1 Historisch overzicht kerncijfers

Wat zijn ex-postcorrectiemechanismen? Verzekeraars krijgen via de ex-antisicovereeniging voorafgaande aan ieder nieuw verzekeringsjaar ex-antevereenigingbijdragen, of ook wel ex-antebudgetten genoemd, van het College van Zorgverzekeringen (CVZ). Na afloop van een kalenderjaar worden deze ex-antebudgetten via ex-postcorrectiemechanismen aangepast of gecorrigeerd.<sup>6</sup> In de praktijk worden twee soorten correcties uitgevoerd:

1. De overheid corrigeert achteraf de ex-antebudgetten van verzekeraars. Deze correctie is voor de overheid niet budgetneutraal, omdat de overheid geld moet toeleggen of geld kan besparen.
2. Verzekeraars verrekenen achteraf (onderling bepaalde) zorguitgaven. De overheid corrigeert via het CVZ de ex-antebudgetten van verzekeraars zodanig dat het totale ex-antebudget van alle verzekeraars gezamenlijk, het macroprestatiebudget, van de overheid ongewijzigd blijft.

Het CPB onderscheidt de volgende ex-postcorrectiemechanismen in de Zvw:

1. Macronacalculatie
2. Hogekostenverevening (HKV)
3. Generieke verevening
4. Nacalculatie
5. Bandbreedteregeling

In de praktijk is er ook nog sprake van verzekerdenacalculatie. Verzekerdenacalculatie is een noodzakelijk onderdeel van de ex-antisicovereeniging. Omdat de omvang en samenstelling van het verzekerdenbestand van een verzekeraar in het nieuwe jaar nog onbekend is, worden deze bij de vaststelling van de ex-antebudgetten geraamd. Als de werkelijke omvang en samenstelling in de loop van het volgende jaar bekend worden, past het CVZ de ex-antebudgetten van verzekeraars aan op de werkelijke omvang en samenstelling van het verzekerdenbestand.

<sup>6</sup> Het CPB hanteert de term ex-postcorrectiemechanismen in plaats van de term die het ministerie van VWS hanteert ('ex-postcompensatiemechanismen'), omdat de term 'correctie' neutraler is dan de term 'compensatie'. De laatste term suggereert dat er een tekort is dat moet worden aangevuld. Dat is echter niet het geval.

**Tabel 3.1 Kerncijfers behorende bij de verschillende ex-post correctiemechanismen in de Ziekenfondswet (1997-2005)**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Deelbedragen overige kosten</b>									
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	47%	41%	42%	41%	41%	41%	41%	39%	35%
Macronaaccounting	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
HKV	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) <sup>a</sup>	2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500
Generieke verevening	30%	30%	30%						
Nacalculatie	25%	15%							
Vangnet <sup>b</sup>									
Bandbreedte (in euro) <sup>b</sup>									
<b>Variabele kosten ziekenhuiszorg</b>									
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	18%	15%	15%	15%	14%	37%	39%	41%	44%
Macronaaccounting	Nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
HKV	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) <sup>a</sup>	2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500
Generieke verevening	30%	30%	30%			30%	30%	30%	30%
Nacalculatie	25%	25%	25%	25%	25%	35%	35%	35%	35%
Vangnet									
Bandbreedte (in euro)									
<b>Vaste kosten ziekenhuiszorg</b>									
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	35%	37%	34%	35%	36%	23%	20%	21%	21%
Macronaaccounting	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Nacalculatie	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
<b>Kosten specialistische hulp</b>									
Aandeel t.o.v. totale uitgaven		7%	9%	9%	9%				
Macronaaccounting		nee	nee	nee	nee				
Generieke verevening					50%				
Nacalculatie		95%	95%	95%	40%				
Aandeel zorguitgaven in HKV pool	15%	11%	6%	4%	5%	13%	15%	11%	10%

<sup>a</sup>De HKV-drempel in de tabel geldt voor de totale kosten van variabele kosten ziekenhuiszorg en overige verstrekkingen/prestaties samen.



**Tabel 3.1 (vervolg) Kerncijfers behorende bij de verschillende ex-post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringswet (2006-2010)**

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Deelbedragen overige kosten</b>					
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	40%	40%	41%	40%	40%
Macrona calculatie	ja	ja	ja	ja	ja
HKV	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) <sup>a</sup>	12500	12500	20000	20000	22500
Generieke verevening					
Nacalculatie					
Vangnet <sup>b</sup>	90%				
Bandbreedte (in euro) <sup>b</sup>	35				
<b>Variabele kosten ziekenhuiszorg</b>					
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	42%	42%	44%	46%	49%
Macrona calculatie	ja	ja	ja	ja	ja
HKV	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) <sup>a</sup>	12500	12500	20000	20000	22500
Generieke verevening	30%	30%			
Nacalculatie <sup>c</sup>	35%	35%	50%	33%	18%
Vangnet <sup>b</sup>	90%	90%	90%	90%	90%
Bandbreedte (in euro) <sup>b</sup>	35	35	40	45	45
<b>Vaste kosten ziekenhuiszorg</b>					
Aandeel t.o.v. totale uitgaven	18%	18%	15%	14%	11%
Macrona calculatie	ja	ja	ja	ja	ja
Nacalculatie	95%	100%	100%	100%	100%
<b>Kosten specialistische hulp</b>					
Aandeel t.o.v. totale uitgaven					
Macrona calculatie					
Generieke verevening					
Nacalculatie					
Aandeel zorguitgaven in HKV pool	11%	12%	6%	7%	7%

<sup>a</sup>De HKV-drempel in de tabel geldt voor de totale kosten van variabele kosten ziekenhuiszorg en overige verstrekkingen/prestaties samen.

<sup>b</sup>De bandbreedte en het vangnet in 2006 geldt voor de variabele kosten ziekenhuiszorg en overige verstrekkingen/prestaties samen.

<sup>c</sup>Het nacalculatiepercentage voor 2009 is bepaald door het nacalculatiepercentage van het B-segment, 15%, te wegen met het nacalculatiepercentage voor A-segment, 40%. Hierbij is gewogen met een kostenaandeel van 13% voor het B-segment en 33% voor het A-segment. Voor 2010 is het nacalculatiepercentage van het B-segment 0% en het A-segment 30%. Voor de kostenaandelen is gebruik gemaakt van de percentages 19% voor het B-segment en 30% voor het A-segment.

In tabel 3.1 ziet u een historisch overzicht van de kerncijfers die horen bij de ex-postcorrectiemechanismen. De tabel is opgebouwd aan de hand van vier deelbedragen<sup>7</sup>:

1. Overige kosten (ziekenvervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, verloskunde, kraamzorg, hulpmiddelen, tandartszorg)
2. Variabele kosten ziekenhuiszorg
3. Vaste kosten ziekenhuiszorg
4. Kosten specialistische hulp

De eerste regel in tabel 3.1 geeft de omvang weer van elk deelbedrag ten opzichte van de totale uitgaven in de Zorgverzekeringswet. De deelbedragen ‘overige kosten’ en ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’ bevatten het merendeel van de kosten en hebben elk een aandeel van rond de 40%. De omvang van ‘vaste kosten ziekenhuiszorg’ is de afgelopen jaren naar beneden bijgesteld en omvat een steeds kleiner aandeel in de totale zorguitgaven.<sup>8</sup> Verder laat de tabel zien dat er tijdens de jaren 1998-2001 een afzonderlijk deelbedrag ‘kosten specialistische hulp’ bestond. Na 2001 is het deelbedrag ‘kosten specialistische hulp’ samengevoegd met het deelbedrag ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’. Dit verklaart ook waarom in 2002 de omvang van het deelbedrag ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’ toenam van 14% in 2001 naar 37% in 2002. In tabel 3.1 staan vervolgens per deelbedrag de verschillende ex-postcorrectiemechanismen genoemd die bij elk deelbedrag werden toegepast. Belangrijk is verder dat het deelbedrag kosten van B-segment in 2009 in de ziekenhuiszorg is geïntroduceerd om de nacalculatie voor het A-segment en B-segment te kunnen differentiëren.

## 3.2 Macronacalculatie

Macronacalculatie is ingevoerd in 2006 met het idee om de ex-antebudgetten van verzekeraars te corrigeren voor afwijkingen tussen de ex-anteramings van het macroprestatiebedrag door de overheid en de totale gerealiseerde zorguitgaven. Macronacalculatie vindt per deelbedrag plaats. Ontstaan er aan het eind van een jaar verschillen tussen de totale gerealiseerde zorguitgaven en de ex-anteramings per deelbedrag, dan komen deze verschillen ten laste (of ten goede) van het Zorgverzekeringsfonds. Het saldo van het zorgverzekeringsfonds kan daardoor negatief of positief uitvallen. Dit saldo wordt in latere jaren weer weggewerkt als de overheid de hoogte van de nominale rekenpremie en de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdragen vaststelt.

<sup>7</sup> Het CPB laat hier de kortdurende GGZ buiten beschouwing, die per 1 januari 2008 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

<sup>8</sup> Een uitsplitsing tussen variabele en vaste kosten ziekenhuiszorg voor 2009 is te vinden in: Wijziging Regeling zorgverzekering in verband met risicovereenigingssysteem 2009, bijlage 5: Classificatie budgetcomponenten.

### 3.3 Hogekostenverevening

Hogekostenverevening (HKV) is voor het eerst in 1997 geïntroduceerd in de Ziekenfondswet. HKV houdt in dat verzekeraars een vooraf bepaald percentage (het HKV-percentage) van de zorguitgaven van individuele verzekerden die boven een vooraf bepaald bedrag uitgaan (de HKV-drempel), ten laste van een fonds of pool kunnen brengen. De verzekeraars verevenen de zorguitgaven in de HKV-pool evenredig aan de omvang van een verzekeraar. Merk op dat de HKV betrekking heeft op de som van de kosten van individuele verzekerden van twee deelbedragen: 'variabele kosten ziekenhuiszorg' en 'overige kosten'. In tabel 3.1 ziet u dat de HKV-drempel in de afgelopen jaren is verhoogd van 2040 euro in 1997 naar 22.500 euro in 2010. Boven de regel met kop 'vaste kosten ziekenhuiszorg' vindt u in tabel 3.1 ook het aandeel van de totale zorguitgaven dat in de HKV-pool terecht is gekomen. Vooral in de afgelopen jaren is de omvang van de HKV-pool afgenomen, doordat de HKV-drempel gestegen is van 12.500 euro naar 22.500 euro.

### 3.4 Generieke verevening

In de Ziekenfondswet en de Zvw wordt eerst HKV toegepast en daarna generieke verevening.<sup>9</sup> Generieke verevening is ingevoerd in 1992, vrijwel gelijktijdig met de invoering van de ex-antisicoverevening. De overheid heeft generieke verevening weer afgeschaft in 2008. Generieke verevening is een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars na correctie voor voorgaande ex-postcorrectiemechanismen. Bij generieke verevening worden de gerealiseerde uitgaven van een verzekeraar vergeleken met het (herberekende) normbedrag dat bij de ex-antisicoverevening en de voorafgaande ex-postcorrectiemechanismen hoort. Voor elke verzekeraar komt een percentage van dit verschil in een vereveningspool terecht. Het bedrag in de vereveningspool wordt onderling tussen verzekeraars verdeeld (evenredig aan de verzekerdenmarktaandeelen tussen verzekeraars). Het gevolg is dat winst van de ene verzekeraar gebruikt wordt om verlies van een andere verzekeraar te compenseren.

Generieke verevening is een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars en er komen geen bijkomende gelden van het Zorgverzekeringsfonds aan te pas. Wordt vooraf aan de generieke verevening macrona calculatie toegepast, dan is het totale bedrag dat in de hierboven genoemde vereveningspool terechtkomt, gelijk aan nul. Wordt macrona calculatie niet toegepast, dan kan het totale bedrag dat in de vereveningspool terechtkomt zowel positief als negatief zijn.

<sup>9</sup> Een uitzondering geldt voor 2000 en 2001; toen vond eerst generieke verevening plaats en daarna HKV.

### **3.5 Nacalculatie**

Nacalculatie wordt toegepast op het verschil tussen de zorguitgaven en het herberekende ex-antebudget voor een verzekeraar, nadat de drie hiervoor genoemde ex-postcorrectiemechanismen zijn toegepast. Nacalculatie is ingevoerd in 1991 en werd aanvankelijk toegepast op ieder van de vier deelbedragen. In de laatste jaren vindt nacalculatie alleen plaats voor het deelbedrag ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’ en ‘vaste kosten ziekenhuiszorg’. Bij nacalculatie verrekenen verzekeraars een percentage van het verschil tussen het herberekende ex-antebudget en de zorguitgaven met de overheid (het nacalculatiepercentage). Bij een negatief verschil moet de overheid geld betalen aan de verzekeraar en bij een positief verschil krijgt de overheid geld van de verzekeraar. In 2010 vindt volledige nacalculatie plaats voor de vaste kosten ziekenhuiszorg en worden de variabele ziekenhuiskosten in het A-segment voor 30% nagecalculeerd.

Nacalculatie is niet budgetneutraal voor de overheid. Sinds de invoering van macronacalculatie in 2006 is nacalculatie echter wel budgetneutraal. Dit komt omdat vooraf aan de nacalculatie al macronacalculatie wordt toegepast. Daardoor is de som van alle herberekende ex-antebudgetten van de zorgverzekeraars, voorafgaande aan de nacalculatie, al gelijk aan de totale zorguitgaven.

### **3.6 Bandbreedteregeling**

De bandbreedteregeling wordt als laatste van alle ex-postcorrectiemechanismen toegepast. De bandbreedteregeling heeft het ministerie van VWS in 2006 ingevoerd bij de deelbedragen ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’ en ‘overige kosten’, en vanaf 2007 alleen voor het deelbedrag ‘variabele kosten ziekenhuiszorg’. Valt het verschil tussen de gemiddelde uitgaven per verzekerde en het gemiddelde herberekende ex-antebudget per verzekerde voor een deelbedrag buiten een bepaalde bandbreedte, dan calculeert de overheid het bedrag dat buiten de bandbreedte valt voor 90% na. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal voor de overheid. Immers één verzekeraar kan buiten de bandbreedte vallen terwijl alle andere verzekeraars binnen de bandbreedte blijven. In dat geval wordt alleen het ex-antebudget van die ene verzekeraar gecorrigeerd. Deze correctie betekent dat de overheid geld moet betalen of terugkrijgen van verzekeraars, afhankelijk van het feit of de zorguitgaven aan de onderkant of de bovenkant van de bandbreedte uitkomen.

## 4 Maten voor herverdeling van kosten tussen verzekeraars

Door de ex-postcorrectiemechanismen veranderen de kosten van verzekeraars. Deze verandering in de kosten van verzekeraars heeft een effect op het speelveld tussen verzekeraars en op de individuele prikkels voor doelmatigheid en risicoselectie van verzekeraars. We introduceren hier de maten van herverdeling van kosten tussen verzekeraars om aan te geven in welke mate het gelijke speelveld tussen verzekeraars wijzigt en in hoeverre de doelmatigheid- en risicoselectieprikkels van verzekeraars veranderen. De kosten van een verzekeraar definiëren we als de totale zorguitgaven van een verzekeraar minus zijn (herberekende) ex-antebudgetten.<sup>10</sup>

In dit hoofdstuk worden twee maten onderscheiden voor herverdeling van kosten tussen verzekeraars. De eerste maat is het individuele kosteneffect (zie paragraaf 4.1). Deze maat geeft aan welk percentage van 1 euro extra zorguitgaven voor rekening komt van de zorgverzekeraar zelf. De overige kosten komen voor rekening van andere verzekeraars of de overheid. Deze maat geeft aan in hoeverre de prikkels voor doelmatigheid en risicoselectie van verzekeraars veranderen door het toepassen van ex-postcorrectiemechanismen.

De tweede maat is een maat voor kostenverschillen tussen verzekeraars (zie paragraaf 4.2). Deze geeft aan hoe de onderlinge kostenvariaties tussen verzekeraars achteraf wijzigen, doordat zorgkosten via ex-postcorrectiemechanismen worden herverdeeld tussen verzekeraars en de overheid. Deze maat geeft aan in welke mate het speelveld tussen verzekeraars veranderd door het toepassen van ex-postcorrectiemechanismen.

### 4.1 Individuele kosteneffect

Het individuele kosteneffect van een ex-postcorrectiemaatregel wordt gedefinieerd als het percentage van 1 euro extra zorguitgaven van een verzekeraar dat volledig voor rekening komt van de individuele verzekeraar zelf. De overheid of andere zorgverzekeraars compenseren overige zorguitgaven van de extra 1 euro. Zo is er sprake van een individueel kosteneffect van 20%, als een individuele zorgverzekeraar 1 euro extra uitgeeft aan zorg, terwijl maar 0,20 euro daarvan voor rekening komt van deze zorgverzekeraar zelf (en andere partijen dus 0,80 euro opbrengen). Het betekent dat 20% van de extra uitgaven voor rekening komt van de verzekeraar zelf en 80% wordt afgewenteld op anderen. Bij een individueel kosteneffect van 100% komen alle kosten voor rekening van de zorgverzekeraar zelf.

Het individuele kosteneffect van een ex-postcorrectiemaatregel geeft dus aan hoe aantrekkelijk het is voor een verzekeraar om te bezuinigen of juist extra kosten te maken. Een laag individueel kosteneffect impliceert dat extra zorguitgaven voor een verzekeraar relatief

<sup>10</sup> De ex-antebudgetten zijn de budgetten van verzekeraars die de overheid berekent bij de ex-antericoverevening. Door de 50/50-regeling moeten verzekeraars een gedeelte van deze ex-antebudgetten ophalen via de nominale premie. De herberekende ex-antebudgetten zijn de budgetten die verzekeraars ontvangen na het toepassen van de ex-postcorrectiemaatregelen.

goedkoper worden en dat besparingen minder opleveren. Gesteld kan worden dat hoe kleiner het individuele kosteneffect is:

1. Hoe kleiner de prikkels zijn voor een doelmatige zorgverlening;
2. Hoe kleiner de prikkels zijn voor het beknibbelen op kwaliteit;
3. Hoe groter de prikkels zijn voor het toelaten van kwalitatief betere en duurdere zorg.

Een lager individueel kosteneffect kan daarnaast ook de prikkels voor risicoselectie verkleinen.

## **4.2 Kostenverschillen tussen verzekeraars**

Bij het individuele kosteneffect wordt alleen gekeken naar de gevolgen voor een individuele verzekeraar. Past de overheid ex-postcorrectiemechanismen toe, dan kan zij ook de kostenverschillen tussen verzekeraars aantasten. Als bijvoorbeeld voor de ene verzekeraar een behandeling 100 euro kost en voor de andere verzekeraar 150 euro, dan kunnen ex-postcorrectiemechanismen ook het (absolute) kostenverschil van 50 euro beïnvloeden. Krijgen beide verzekeraars bijvoorbeeld 10% van de behandeling achteraf gecompenseerd, dan wordt het (absolute) kostenverschil tussen verzekeraars door de ex-postcorrectiemechanismen ook 10% kleiner. Krijgen beide verzekeraars echter bijvoorbeeld een vast bedrag van 10 euro van de overheid achteraf terug, dan blijft het absolute verschil tussen beide verzekeraars 50 euro en worden de kostenverschillen niet aangetast.

Wijzigingen in kostenverschillen kunnen daarnaast gevolgen hebben voor de premiestelling. Als premies de gemiddelde kosten volgen, dan zal bij afnemende kostenverschillen tussen verzekeraars ook de premievariatie afnemen, evenals de kans dat verzekerden switchen van zorgverzekeraars. Ex-postcorrectiemechanismen beïnvloeden dus de concurrentie tussen verzekeraars op de verzekeringsmarkt. Dit hoeft overigens niet noodzakelijkerwijs goed of slecht te zijn, en hangt af van de vraag welke kostenverschillen kleiner worden. Wanneer het doelmatigheidsverschillen tussen verzekeraars betreft dan is het wenselijk dat deze verschillen in de premies tot uiting komen. Immers het idee van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is dat verzekerden switchen naar een doelmatigere verzekeraar. Wanneer het kostenverschillen betreft die te maken hebben met de imperfecties in de ex-antisicoverevening, dan is het juist wenselijk dat de verschillen kleiner worden. Dan nemen de ex-postcorrectie maatregelen namelijk precies de taak over van de ex-antisicoverevening. In dat geval is het dus maatschappelijk zeer gewenst om de (absolute) kostenverschillen ex-post te verkleinen om juist ongewenst switchgedrag tegen te gaan. In de praktijk spelen al deze zaken door elkaar heen. De maat voor kostenverschillen die het CPB gebruikt, is als volgt gedefinieerd:

$$\sigma^2 = \sum_{j=1}^M \frac{n_j}{N} \left( \left( \frac{U_j}{n_j} - \frac{1}{N} \sum_{i=1}^M U_i \right) - \left( \frac{B_j}{n_j} - \frac{1}{N} \sum_{i=1}^M B_i \right) \right)^2 = \sum_{j=1}^M \frac{n_j}{N} \left( \left( \frac{U_j}{n_j} - \bar{u} \right) - \left( \frac{B_j}{n_j} - \bar{b} \right) \right)^2$$

Hierbij stellen  $U_j$  en  $B_j$  respectievelijk de totale uitgaven en (herberekende) ex-antebudgetten voor van verzekeraar  $j = 1, \dots, M$  voorstellen.  $M$  is het aantal verzekeraars en  $n_j$  het aantal verzekerden dat hoort bij verzekeraar  $j = 1, \dots, M$ , waarbij  $\sum_j n_j = N$ .

Door gebruik te maken van de actuele cijfers van verzekeraars kunnen we voor een aantal jaren in de Zfw de indicator  $\sigma$  ook achteraf meten. Hierdoor krijgen we ook empirische informatie in hoeverre de kostenverschillen (of kostenvariati es) tussen verzekeraars zijn gewijzigd doordat ex-postcorrectiemechanismen zijn toegepast. Deze indicator vormt dan – achteraf beschouwd – een maat in hoeverre de kostenverschillen tussen verzekeraars zijn afgenomen.

In de volgende hoofdstukken gaan we uitgebreider in op elk ex-postcorrectiemechanisme afzonderlijk. We laten zien wat het effect is van ieder mechanisme op de bovenstaande twee maten voor herverdeling van kosten van verzekeraars.





## 5 Macrona calculatie

In dit hoofdstuk staat het ex-postcorrectiemechanisme macrona calculatie centraal. Hieronder leest u om te beginnen wat macrona calculatie is. Daarna worden de gevolgen van macrona calculatie voor de twee maten uit hoofdstuk 4 beschreven (paragraaf 5.1 en 5.2). Vervolgens komen de voor- en nadelen en een aantal andere aspecten van macrona calculatie aan bod (paragraaf 5.3-5.10). In paragraaf 5.11 vindt u een alternatief voor macrona calculatie en in 5.12 leest u dat het afschaffen van macrona calculatie vrijwel geen effect heeft op de prikkels voor risicoselectie. In paragraaf 5.13 wordt stilgestaan bij de praktische uitvoering van macrona calculatie en laten we zien dat verdere verbeteringen mogelijk zijn. Tot slot treft u in paragraaf 5.14 een samenvatting aan van dit hoofdstuk: voordelen, nadelen en alternatieve beleidsopties.

### **Wat is macrona calculatie?**

De zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet worden betaald door de zorgverzekeraars. Deze ontvangen hun inkomsten voor ongeveer de helft uit nominale premies en voor de helft uit het zorgverzekeringsfonds van de overheid. Het zorgverzekeringsfonds wordt betaald via inkomensafhankelijke bijdragen van verzekerden. In de meeste gevallen lopen deze betalingen via de werkgever. Zorgverzekeraars krijgen voorafgaande aan het nieuwe jaar een ex-antebudget toebedeeld uit het zorgverzekeringsfonds van de overheid, waarbij rekening wordt gehouden met het risicoprofiel van hun verzekerdenpopulatie. Dit gebeurt via de ex-antericoverevening. De berekening van de ex-antebudgetten is mede gebaseerd op een raming van de totale zorguitgaven van de overheid. Macrona calculatie vindt plaats wanneer de totale zorguitgaven achteraf afwijkt ten opzichte van de raming. In de praktijk verloopt macrona calculatie in meerdere fasen. Aan het begin van elk jaar maakt de overheid een raming voor de verwachte totale zorguitgaven. Deze raming wordt het ‘macroprestatiebedrag’ genoemd. Op basis van dit geraamde bedrag stelt ze de voorlopige ex-antenormbedragen per verzekerde vast. Blijkt aan het eind van het jaar dat de gerealiseerde totale zorguitgaven hoger of lager uitvallen dan het macroprestatiebedrag, dan worden de ex-antenormbedragen opnieuw berekend, maar nu aan de hand van de totale zorguitgaven. De uiteindelijke ex-antenormbedragen worden dus vastgesteld op basis van de achteraf gerealiseerde totale zorguitgaven. Box 1 geeft aan wat de verschillen zijn tussen een model met en zonder macrona calculatie. Zonder macrona calculatie gaat het om een absoluut prestatiemechanisme en is de winst van een verzekeraar alleen afhankelijk van zijn absolute prestatie. Met macrona calculatie gaat het om een relatief prestatiemechanisme en maakt een verzekeraar winst op de zorginkoop wanneer zijn prestatie beter is dan de gemiddelde verzekeraar in de markt. Bijvoorbeeld, wanneer de zorgkosten over de hele linie sneller stijgen dan iedereen had verwacht, komen die kosten bij een absoluut prestatiemechanisme voor rekening van de zorgverzekeraars. Bij een relatief prestatiemechanisme, zoals macrona calculatie, neemt de

overheid dit macrorisico voor haar rekening en heeft een dergelijke stijging nauwelijks gevolgen voor de financiële afrekening van zorgverzekeraars, omdat de relatieve prestaties niet veranderen.

---

**Box 1: Wat is macronaïcalculatie?**

Een eenvoudig getallenvoorbeeld illustreert de kern van ons betoog. Beschouwen twee modellen, een zonder en een met macronaïcalculatie, waarbij alle verzekerden een identiek risicoprofiel hebben. Verzekeraars spelen jaarlijks een herhaald spel. Stel dat de overheid vooraf zorguitgaven raamt van gemiddeld 2000 euro per verzekerde. Verzekeraars ontvangen dan voor iedere verzekerde vijftig procent van dit bedrag, dus een bedrag van 1000 euro uit het zorgverzekeringfonds. Veronderstel dat verzekeraars een premie van 1100 euro stellen voor iedere verzekerde, dat is 1000 euro voor de verwachte zorguitgaven en 100 euro voor de beheerskosten.

**Model 1: Absoluut prestatie mechanisme (zonder macronaïcalculatie)**

Zonder macronaïcalculatie maakt een verzekeraar winst op zijn zorgkosten wanneer zijn feitelijke zorgkosten lager uitvallen dan 2000 euro per verzekerde. Bijvoorbeeld, wanneer zijn zorgkosten 1900 euro per verzekerde blijken te zijn dan maakt deze verzekeraar 100 euro winst per verzekerde op de verwachte zorguitgaven; bij zorguitgaven van 2100 euro maakt deze 100 euro verlies per verzekerde. Omdat de inkomsten van verzekeraars vooraf vastliggen zal een verzekeraar op elke euro die ze op de zorguitgaven weet te besparen, bijvoorbeeld via onderhandelingen met zorgaanbieders, ook één euro winst maken.

**Model 2: Relatief prestatiemechanisme (met macronaïcalculatie)**

Bij een relatief prestatiemechanisme liggen de inkomsten van een verzekeraar niet vast maar hangen deze af van de resultaten van andere verzekeraars. Stel bijvoorbeeld dat de gemiddelde zorgkosten van een verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent 2100 euro bedragen en voor alle andere verzekeraars gemiddeld 2000 euro per verzekerde. In model 1 zou dan de verzekeraar met dertig procent marktaandeel een verlies maken op de zorguitgaven van 100 euro per verzekerde, terwijl de andere verzekeraars quitte spelen. Met macronaïcalculatie pakt dit plaatje anders uit. De overheid constateert achteraf dat ze een foute raming gemaakt heeft en dat de gemiddelde zorguitgaven 30 euro per verzekerde hoger zijn uitgevallen dan geraamd. In dat geval krijgen alle verzekeraars 30 euro per verzekerde extra uit het zorgverzekeringfonds. De verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent maakt dus geen verlies van 100 euro maar van 70 euro op de zorgkosten. De andere verzekeraars maken een winst van 30 euro per verzekerde op de zorgkosten. De afwegingen veranderen dus bij verzekeraars bij het stellen van een premie. Een verzekeraar moet bij het stellen van de premie vooral inschatten in hoeverre zijn eigen zorgkosten afwijken van de gemiddelde zorgkosten in de markt.

---

Merk op dat de ramingsfouten door de overheid groot kunnen zijn. In de Ziekenfondswet lag de jaarlijkse ramingsfout van de zorguitgaven gedurende 1996-2004 tussen de - 10 en + 60 euro per volwassen verzekerde (Douven en Schut, 2006). In macrotermen gaat het om bedragen in de orde van grootte tussen de 130 miljoen euro die de overheid terugkrijgt van verzekeraars, en 780 miljoen euro die de overheid achteraf uitkeert aan zorgverzekeraars. Voor de concurrentie op de zorgverzekeringmarkt heeft macronaïcalculatie belangrijke gevolgen. De concurrentie op de verzekeringmarkt wordt een nulspil, waarbij verzekeraars afgerekend worden op hun relatieve winst.

## 5.1 Individuele kosteneffect

Het individuele kosteneffect meet in hoeverre 1 euro extra zorguitgaven van verzekeraar  $i$  de kosten van verzekeraar  $i$  beïnvloeden. Geeft een verzekeraar met  $x\%$  marktaandeel 1 euro extra uit aan zorg, dan vindt voor die 1 euro macronacalculatie plaats. Dat betekent dat de overheid die extra 1 euro uit het Zorgverzekeringsfonds compenseert en die extra 1 euro vervolgens verdeelt over alle zorgverzekeraars evenredig aan hun marktaandeel. Een verzekeraar die 1 euro extra uitgeeft, krijgt  $x\%$  van die extra euro terug van het Zorgverzekeringsfonds. Omgekeerd geldt ook: bezuinigt een verzekeraar 1 euro extra op de zorguitgaven, dan moet deze verzekeraar  $x\%$  van die 1 euro weer inleveren bij het Zorgverzekeringsfonds.

Het individuele kosteneffect hangt dus af van het marktaandeel en is gelijk aan  $100\% - x\%$ , waarbij  $x\%$  het marktaandeel is van een zorgverzekeraar. Voor grote verzekeraars is het individuele kosteneffect kleiner dan voor kleine verzekeraars. In tabel 5.1 ziet u een overzicht van het individuele kosteneffect voor een grote verzekeraar (marktaandeel 20%) en een kleine verzekeraar (marktaandeel 1%). Gedurende de jaren 1997-2005 van de Ziekenfondswet was er geen macronacalculatie, waardoor het individuele kosteneffect gelijk bleef aan 100%. In de Zorgverzekeringswet krijgt de verzekeraar met een marktaandeel van 1% van elke euro extra zorguitgaven daarentegen 0,01 euro terug. En de verzekeraar met een marktaandeel van 20% krijgt 0,20 euro. Hetzelfde geldt voor extra bezuiniging op de zorguitgaven van 1 euro. De kleine verzekeraar houdt daar 0,99 euro aan over, terwijl dat voor een grote verzekeraar 0,80 euro is.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Marktaandeel 1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	99%	99%	99%
Marktaandeel 20%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	80%	80%	80%

Uit box 1 volgt dat macronacalculatie ook beschouwd kan worden als een zero-sum game of een vorm van maatstafconcurrentie (Shleifer, 1985). De winsten of verliezen die een verzekeraar aan het eind van een jaar heeft voor zijn zorguitgaven, zijn afhankelijk van het gemiddelde van de hele markt. Omdat het gemiddelde van de markt ook de zorguitgaven van de eigen verzekeraar zelf bevat, zal een efficiencywinst van vooral grote verzekeraars ook doorwerken in het gemiddelde van de markt.

De doelmatigheidsprykkels zijn dus kleiner voor een grote verzekeraar dan voor een kleine verzekeraar. Vooral bij grote verzekeraars kan dit leiden tot hogere zorguitgaven, omdat de prykkels voor een doelmatige zorg zwakker worden en grote verzekeraars niet meer de volledige prijs hoeven te betalen van het leveren van extra zorg. Deze afname van doelmatigheidsprykkels

is in Nederland actueel geworden, omdat de zorgverzekeringsmarkt door fusies vooral bestaat uit vier grote zorgverzekeraars, waarvan de grootste een marktaandeel heeft van 29% (NZa, 2009a).

## 5.2 Effect op kostenverschillen tussen verzekeraars

Door macronaïcalculatie kunnen de kostenverschillen tussen verzekeraars wijzigen. Maar hoe groot is dit effect? Als referentiepunt is het handig om de situatie te bekijken waarbij iedere verzekeraar een populatie heeft met dezelfde gemiddelde verwachte zorguitgaven. In dat geval ontvangt iedere verzekeraar als ex-antebudget  $B_j = m_j B / N$ , met  $B$  het macroprestatiebedrag,  $N$  het totale aantal verzekerden en  $m_j$  het marktaandeel van verzekeraar  $j$ . Wijken de gerealiseerde totale uitgaven  $U$  af van het macroprestatiebedrag  $B$  en blijven de gemiddelde zorguitgaven per verzekeraar gelijk, dan zullen de kostenverschillen niet wijzigen. De budgetten na macronaïcalculatie worden  $m_j U / N = m_j B / N + m_j (U - B) / N$ . Iedere verzekeraar krijgt er dus eenzelfde absoluut bedrag per verzekerde bij (of af) en de absolute kostenverschillen tussen verzekeraars worden niet verstoord.

**Tabel 5.2 Afwijkingen in de raming en kostenverschillen als gevolg van macronaïcalculatie**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Afwijking totale zorguitgaven t.o.v. raming macroprestatiebedrag</b>									
Deelbedrag ziekenhuiskosten variabel	- 1,0%	11,1%	- 7,0%	8,2%	- 5,0%	- 6,6%	6,2%	6,9%	3,7%
Deelbedrag ziekenhuiskosten vast	- 3,0%	3,7%	5,5%	2,6%	- 4,1%	7,0%	10,0%	2,7%	3,5%
Deelbedrag specialistische hulp			- 15,6%	- 3,4%	3,7%	- 5,6%			
Deelbedrag overige verstrekkingen	6,6%	5,1%	9,4%	- 5,1%	4,2%	1,3%	3,3%	3,4%	- 2,2%
Totaal	1,7%	1,3%	3,0%	0,1%	- 0,3%	1,4%	5,8%	4,6%	1,4%
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, in euro's)	50,7	41,0	63,2	41,4	70,6	63,2	38,0	44,1	39,6
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, macronaïcalculatie, in euro's)	50,8	41,4	61,4	41,8	70,5	62,0	34,4	41,3	39,0

Dit suggereert dat de invloed op de kostenverschillen gering zal zijn als verzekerden willekeurig verspreid zijn over de zorgverzekeraars. Daarnaast zal de invloed ook klein zijn wanneer de afwijking tussen het macroprestatiebedrag en de totale gerealiseerde zorguitgaven klein is. Het valt echter alleen empirisch vast te stellen in hoeverre de kostenverschillen in de praktijk zullen veranderen.

Tabel 5.2 laat de verschillende grootheden zien. De eerste vier regels geven voor de vier deelbudgetten in de zorg de afwijking weer van de totale gerealiseerde zorguitgaven en het

macroprestatiebedrag. De vijfde regel geeft dit weer voor het totaal. In de laatste twee regels worden de kostenverschillen getoond. De tabel laat zien dat de kostenverschillen tussen verzekeraars nauwelijks zouden zijn verstoord door macronaïcalculatie, als de overheid achteraf macronaïcalculatie zou hebben toegepast in de jaren 1996-2004 in de Ziekenfondswet. Het verschil tussen de kostenverschillen  $\sigma$  en  $\sigma^*$  in tabel 5.2 is immers zeer gering. Alleen in de jaren 2002 en 2003 ziet u een iets groter verschil, toen de afwijking van het macroprestatiebedrag ten opzichte van de gerealiseerde zorguitgaven relatief groot was. In paragraaf 5.10 leest u hier meer over. Daar zal blijken dat vooral de kwaliteit van de raming en de mate waarin verzekeraars verschillen in hun risicopopulatie, de maat voor kostenverschillen, bepalen. Een belangrijke vraag bij de kostenverschillen is echter: welke kostenverschillen moeten in de praktijk (en in theorie) worden nagestreefd? Zijn dat de kostenverschillen op de verzekeringsmarkt voor of na macronaïcalculatie, of andere kostenverschillen? Op deze vraag blijkt geen eenduidig antwoord te zijn. Deze vraag wordt ook verder uitgediept in paragraaf 5.10.

### 5.3 Macrorisico van zorgverzekeraars

Een belangrijke reden voor de overheid om macronaïcalculatie in te voeren was om te voorkomen dat zorgverzekeraars te hoge nominale premies rekenen om zich in te dekken tegen onzekerheden in de macrokostenontwikkeling (VWS, 2007). Hoewel de onderlinge kostenverschillen dus nauwelijks wijzigen door het toepassen van macronaïcalculatie, heeft macronaïcalculatie wel een effect op het risico van zorgverzekeraars. Zonder macronaïcalculatie wordt het risico van onzekerheden in macrokostenontwikkeling immers groter voor zorgverzekeraars dan met macronaïcalculatie. Verzekeraars moeten namelijk rekening houden met de mogelijkheid dat hun eigen inschatting van de totale zorguitgaven kan afwijken van de gerealiseerde zorguitgaven. Zou macronaïcalculatie in de huidige Zorgverzekeringswet afgeschaft worden, dan zal dit macrorisico voor verzekeraars dus toenemen.

Hoe groot is dit macrorisico voor individuele verzekeraars? Dit is een lastig te beantwoorden vraag. Een mogelijke indicator voor het macrorisico die wel gebruikt wordt is de variatie in de jaarlijkse ramingsfout van de overheid. Dit lijkt echter geen goede indicator, omdat de jaarlijkse ramingsfout van de overheid niet direct iets hoeft te zeggen over het macrorisico dat individuele verzekeraars lopen. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste is het maar de vraag of de raming van de overheid de beste voorspeller is. De overheid kan immers strategisch belang hebben bij een lage raming, omdat ze op die manier hoopt de zorguitgaven te drukken. Daarnaast hebben verzekeraars bijkomende private informatie over kostenontwikkelingen in de zorg, waardoor ze beter de zorguitgaven van hun eigen verzekerdenpopulatie kunnen inschatten.

Algemeen kan men stellen dat het macrorisico voor een verzekeraar bestaat uit verzekeraarspecifieke risico's, i.e. risico's die een zorgverzekeraar alleen zelf treffen, en

gemeenschappelijke risico's, i.e. risico's die alle zorgverzekeraars in gelijke mate treffen. Macrona calculatie heeft alleen betrekking op gemeenschappelijke risico's. Bij afschaffing van de macrona calculatie zal het macrorisico voor zorgverzekeraars afnemen wanneer de gemeenschappelijke risico's groter zijn dan de individuele risico's. Het macrorisico voor zorgverzekeraars zal ook afnemen door het afschaffen van macrona calculatie. Verzekeraars hoeven immers geen rekening meer te houden met de aanpassing achteraf van hun budgetten door het toepassen van macrona calculatie. Het kan voor verzekeraars immers moeilijk zijn om in te schatten hoe de zorguitgaven van andere verzekeraars zich ontwikkelen. Wordt de macrona calculatie afgeschaft, dan dienen verzekeraars zelf het risico van een te lage of te hoge raming van het macroprestatiebedrag te verwerken in hun premiestelling. Wanneer het macrorisico toeneemt dan kan dat leiden tot hogere solvabiliteitsmarges voor verzekeraars. De Nederlandsche Bank (DNB) zal dan een toename van het macrorisico doorvertalen naar hogere solvabiliteitsmarges voor zorgverzekeraars. Door het afschaffen van de macrona calculatie worden de gemeenschappelijke risico's dus verplaatst van de overheid naar de zorgverzekeraars. Voor de overheid nemen de risico's dus af en kan dat tot gevolg hebben dat de risico-opslag op de rente op staatschuld zal dalen. In de praktijk is dat overigens moeilijk te observeren, omdat de rente op de staatschuld ook door heel veel andere factoren in de economie wordt bepaald.

Soms wordt gedacht dat het ophogen van de solvabiliteit door DNB zelf een kostenpost is (zie bijvoorbeeld het FD van 12 oktober 2009). Als men de solvabiliteit met 1%-punt moet ophogen en de zorgkosten bedragen 2500 euro per polis per jaar, dan is een eenmalige verhoging van het risicodragend kapitaal met 25 euro per polis vereist. Dit zijn geen kosten, het is een kapitaaltransactie: met het extra risicodragend kapitaal kan niet-risicodragend kapitaal afgelost worden. Private verzekeraars kunnen de solvabiliteit verhogen door de uitgifte van aandelen. Het gros van de verzekeraars is een onderlinge waarborgmaatschappij. Zij hoeven hun leden, de verzekerden, echter niet aan te schrijven voor een eenmalige kapitaalinjectie van 25 euro per polis. Zij kunnen ook op de kapitaalmarkt een achtergestelde lening afsluiten.

In de jaren 1996-2005 was er in de Ziekenfondswet nooit sprake van macrona calculatie. Dit leidde tot grotere macrorisico's. Bijvoorbeeld, in de Ziekenfondswet lag de jaarlijkse ramingsfout van de zorguitgaven gedurende 1996-2004 tussen de - 10 en + 60 euro per volwassen verzekerde (Douven en Schut, 2006). In macrotermen gaat het om bedragen in de orde van grootte tussen de 130 miljoen euro die de overheid terugkrijgt van verzekeraars, en 780 miljoen euro die de overheid achteraf uitkeert aan zorgverzekeraars.

In de verzekeringsmarkt stond toen een nieuwe speler op om deze macrorisico's in kaart te brengen: Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De koepelorganisatie wilde de transparantie voor haar leden vergroten door alternatieve ramingen van de totale zorguitgaven te maken. De vraag ontstond of dit gedrag van ZN niet concurrentieverstorend werkte en impliciete samenwerking tussen verzekeraars zou bevorderen. De NMa besloot toen dat ZN eerst een verslag aan de NMa moest uitbrengen over de berekening van hun zorguitgaven. De ramingen van ZN waren

meestal hoger dan die van de overheid. Uit econometrisch onderzoek van Douven en Schut (2006) blijkt dat zorgverzekeraars bij het vaststellen van hun premie vaak de ramingen van ZN overnamen. Het onderzoek suggereert ook dat de 'ramingsfout' in 2002 door zowel de overheid als ZN niet was voorzien, en zorgverzekeraars daarom een (hogere) risicopremie in de nominale premie opnamen in de jaren 2003-2005.

Wanneer er gemeenschappelijke risico's zijn die alle verzekeraars in gelijke mate treffen, zoals een onverwachte griep epidemie, of ziekenhuizen die over de hele linie meer produceren dan werd verwacht, dan is macronaïcalculatie zinvol. Een goede reden voor de overheid om risico's bij verzekeraars weg te nemen is wanneer het risico's betreft die de overheid zelf introduceert. Zo zouden alle verzekeraars verlies lopen wanneer de overheid gedurende een verzekeringsjaar de samenstelling van het basispakket vergroot of de budgetten van zorgaanbieders verhoogt. Door de spelregels voorafgaande aan een nieuw verzekeringsjaar goed vast te leggen kan de overheid dit echter voorkomen. Mocht de overheid toch onverhoopt een fout maken dan kan zij ook achteraf een correctie toepassen op de budgetten van zorgverzekeraars. Belangrijk is dat een instrument als macronaïcalculatie veel minder gericht is, omdat hierbij eenvoudigweg alle zorgkosten worden nagecalculeerd. Macronaïcalculatie heeft alleen voordelen wanneer er grote gemeenschappelijke risico's voor verzekeraars optreden. In de praktijk is echter het onderscheid tussen gemeenschappelijke risico's en verzekeraarspecifieke risico's uitermate lastig.

Gemeenschappelijke risico's waren wellicht groot bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006, omdat verzekeraars moesten wennen aan de nieuwe omgeving. Hoewel er bij de ziekenhuiszorg nog grote onzekerheden bestaan rondom het nieuw in te voeren DOT-systeem of het korten van medisch specialisten, lijken deze risico's al minder groot voor andere delen in de zorg, zoals de paramedische, huisartsen- of geneesmiddelenzorg. Wanneer deze onzekerheden afnemen en de Zorgverzekeringswet in een stabielere vaarwater terechtkomt, is de noodzaak voor macronaïcalculatie minder duidelijk en verzekeraars kunnen dan zelf verantwoordelijk worden gesteld voor het macrorisico.

## 5.4 Concurrentieverhoudingen

Het ministerie van VWS (2007) hanteert het argument dat macronaïcalculatie niet ten koste gaat van de prikkel voor verzekeraars om zorg doelmatig in te kopen. De achterliggende gedachte is dat macronaïcalculatie de prikkels voor verzekeraars niet aantast, omdat die de relatieve positie (of concurrentieverhoudingen) tussen verzekeraars niet aantast.

Stel, een verzekeraar met een marktaandeel van 30% doet een investering van 4 euro per verzekerde om 10 euro per verzekerde op de zorgkosten te kunnen besparen. Zonder macronaïcalculatie levert deze investering een winst op van  $(10 - 4 =) 6$  euro per verzekerde. Met macronaïcalculatie wordt de afweging voor de verzekeraar anders. De grote verzekeraar beïnvloedt immers de gemiddelde zorguitgaven in de markt. Daardoor wordt zijn besparing met

3 euro gereduceerd. De uiteindelijke winst wordt dus kleiner:  $(100 - 4 - 3 =) 3$  euro per verzekerde.

In dit rekenvoorbeeld maakt na macronacalculatie de verzekeraar met een marktaandeel van 30% door zijn investering weliswaar een kleinere winst van 3 euro per verzekerde, maar andere verzekeraars leiden door de macronacalculatie een verlies van 3 euro per verzekerde. Het verschil per verzekerde is dan dus precies gelijk aan de situatie zonder macronacalculatie (omdat zonder macronacalculatie de grote verzekeraar een winst maakt van 6 euro per verzekerde en de andere verzekeraars geen winst of verlies maken op de actie). Het argument is vervolgens dat de grote verzekeraar, zowel met als zonder macronacalculatie, ook zijn premie in het volgende jaar 6 euro lager kan stellen dan zijn concurrenten en dus net zoveel voordeel heeft van zijn investering.

Dit argument gaat er echter aan voorbij dat een verzekeraar aan het eind van zijn boekjaar afgerekend zal worden op zijn absolute financiële resultaat, en dat zal een verzekeraar winstgevend willen afsluiten. Het argument gaat er ook van uit dat verzekeraars winsten en verliezen direct zullen doorberekenen in hun premie. Winsten of verliezen in een markt kunnen echter voor rekening komen van aandeelhouders, of worden gebruikt om de interne structuur te verbeteren voor nieuwe investeringen of bezuinigingen. Daarnaast kan de situatie voor de premiestelling in een volgend jaar wijzigen, bijvoorbeeld doordat er nieuwe verzekeraars toetreden tot de markt. Concluderend stellen we dat macronacalculatie weliswaar niet de relatieve positie tussen verzekeraars beïnvloedt maar wel de absolute financiële positie van een verzekeraar. Hieronder leggen we verder uit welke ongunstige neveneffecten dit kan hebben op de doelmatigheidsprykkels van zorgverzekeraars.

## 5.5 Spillovers

Bij individuele doelmatigheidsstimuli is het uitgangspunt dat verzekeraars alle doelmatigheidswinst zelf kunnen behouden. In de zorg bestaan er echter veel spillovers. Doorgaans zullen zorgaanbieders bij het behandelen van hun patiënten niet snel differentiëren naar verzekeraar. Dit verkleint de individuele doelmatigheidsstimuli voor verzekeraars', omdat doelmatige zorgaanbieders ook doelmatiger zullen werken voor andere verzekeraars, waardoor hun relatieve positie niet verbetert (Chernew et al., 2004). Zo merkt de NZA (2009b) in haar ziekenhuismonitor op dat zorgaanbieders voordelen die zij met één bepaalde zorgverzekeraar afspreken, vaak ook aan verzekerden van andere zorgverzekeraars geven. Bij spillovers zijn de individuele doelmatigheidsstimuli van verzekeraars al gering, maar deze worden door macronacalculatie nog verder verzwakt (Armstrong en Sappington, 2007). Bijvoorbeeld, wanneer iedere verzekeraar gelijk vertegenwoordigd is in een ziekenhuis, zorgt de macronacalculatie ervoor dat geen enkele verzekeraar winst (verlies) maakt als het ziekenhuis over de hele linie gezien minder (of meer) ineffectieve behandelingen uitvoert. Het individueel bestrijden van ineffectieve behandelingen, wanneer andere verzekeraars door meelifersgedrag



evenredig meeprofiteren, levert dan alleen maar verlies op voor een verzekeraar. Deze maakt immers geen winst, maar moet wel de kosten van de investering zelf dragen.

Stel, een verzekeraar zet zich tijdens onderhandelingen met een ziekenhuis in om voor zijn verzekerden een aantal ineffectieve behandelingen ter hoogte van prijs  $P$  in een ziekenhuis terug te dringen. Stel, deze onderhandeling lukt en de specialist besluit alle  $N$  ineffectieve behandelingen voor zijn patiënten terug te dringen, omdat hij geen onderscheid wil maken in zijn behandeling tussen patiënten. Zonder macronaïcalculatie zal de verzekeraar niet alleen zelf, maar zullen ook alle verzekeraars in het ziekenhuis  $y(i) \cdot P \cdot N$  euro besparen. Met macronaïcalculatie hangt de winst van iedere verzekeraar echter ook af van het marktaandeel op de verzekeringsmarkt. De financiële afrekening voor een verzekeraar wordt dan gelijk aan  $(y(i) - m(i)) \cdot P \cdot N$ . Zijn alle verzekeraars evenredig vertegenwoordigd in het ziekenhuis, dan geldt  $y(i) = m(i)$  en maakt geen enkele van de verzekeraars winst, als het ziekenhuis minder (of meer) ineffectieve behandelingen uitvoert. De winsten van minder (of meer) behandelingen komen hier dus volledig toe aan de overheid. Bij grote verzekeraars kan het voorkomen dat hun marktaandeel in het ziekenhuis aanzienlijk is, maar toch kleiner dan op de verzekeringsmarkt. Dat wil zeggen  $m(i) < y(i)$ . In dat geval maken grote verzekeraars zelfs verlies, als ze pogingen ondernemen om het aantal ineffectieve behandelingen voor hun verzekerden in het ziekenhuis te reduceren. De macronaïcalculatie kan er dus voor zorgen dat niet alle verzekeraars hetzelfde belang hebben om het ziekenhuis te dwingen ineffectieve behandelingen terug te dringen.

Een ander voorbeeld is het zorgbreed introduceren van nieuwe richtlijnen of zorgstandaarden voor bepaalde behandelmethoden om de zorg doelmatiger maken. Met macronaïcalculatie zal de inspanning van zorgverzekeraars om deze in te voeren minder groot zijn. Immers, bij volledige invoering zullen door de macronaïcalculatie alle doelmatigheidswinsten terugvloeiën naar de overheid. Zonder macronaïcalculatie zal het invoeren van deze richtlijnen aantrekkelijker worden, omdat de doelmatigheidswinsten niet automatisch achteraf worden afgeroomd door de overheid maar eerst bij de zorgverzekeraars terecht zullen komen.

## 5.6 Impliciete samenwerking

Een ander nadeel van macronaïcalculatie is dat dit een signaal geeft aan zorgverzekeraars dat hun kosten toch wel gecompenseerd worden wanneer de totale zorguitgaven uit de hand lopen (VWS, 2007). Shleifer (1985) merkt op dat er bij relatieve prestatieschema's, zoals macronaïcalculatie, meer risico's bestaan op impliciete samenwerking tussen partijen dan bij absolute prestatieschema's. Dit gevaar kan zich voordoen na verloop van tijd, als onderhandelingen jaarlijks terugkeren. Verzekeraars vangen via onderlinge signalen het gedrag van hun concurrenten op en kunnen dan besluiten om bijvoorbeeld het volume of de prijs in hun onderhandelingen met zorgaanbieders niet al te hard aan te pakken. Wanneer alle zorgverzekeraars dit gedrag vertonen lopen ze immers geen van allen een financieel risico en

kunnen zorgaanbieders makkelijker ongelimiteerd produceren of hoge prijzen vragen. De kans op impliciete samenwerking wordt groter bij minder spelers, maar in de praktijk is dergelijk gedrag echter lastig aan te tonen.

Merk op dat er bij een systeem *met* macronaïcalculatie dus sneller een impliciete samenwerking tussen zorgverzekeraars kan optreden bij de zorginkoop, terwijl bij een systeem *zonder* macronaïcalculatie eerder een impliciete samenwerking kan optreden tussen zorgverzekeraars bij de premiestelling (zoals we hebben laten zien in paragraaf 5.3.). Een voordeel van een systeem *met* macronaïcalculatie is dus een grotere transparantie in de premiestelling. Bij de premiestelling voor het nieuwe jaar wordt immers direct duidelijk voor de verzekerden en de overheid wat zorgverzekeraars zich toerekenen voor de gemiddelde opslag (van administratiekosten en winst) op de premie. Bij de premiestelling kan hiervan een disciplinerende werking uitgaan. *Zonder* macronaïcalculatie vervalt die transparantie, waardoor de ruimte voor zorgverzekeraars groter wordt om via stilzwijgende kartels hogere premies (en winsten) na te streven. Toch lijkt het voor een toezichthouder makkelijker om impliciete samenwerking tegen te gaan in een situatie *zonder* macronaïcalculatie dan in een situatie *met* macronaïcalculatie. Immers, bij een situatie *zonder* macronaïcalculatie moeten verzekeraars *actief* afspraken maken voor hogere premies, terwijl bij een situatie *met* macronaïcalculatie het gedrag er juist uit bestaat om samen *passief* te blijven (en juist samen geen activiteiten te ondernemen die de doelmatigheid bevorderen). Een toezichthouder kan verzekeraars echter nauwelijks beboeten voor *passief* gedrag, terwijl de toezichthouder wel *actief* gedrag kan observeren.

## 5.7 Premieconcurrentie

Op het eerste gezicht tast macronaïcalculatie de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars niet aan. Zoals hierboven is uiteengezet, worden de kostenverschillen per verzekerde immers niet beïnvloed. Elke verzekeraar krijgt per verzekerde namelijk hetzelfde bedrag macro nagecalculeerd. Toch is dit niet het hele verhaal. In appendix A ziet u dat een verzekeraar bij het stellen van zijn nominale premie rekening houdt met de vraag of er macronaïcalculatie optreedt. In een normale markt heeft een efficiënt bedrijf een grote prikkel om agressief te prijzen. Daarmee kan het immers klanten winnen van een inefficiënte concurrent die een dergelijke lage prijs niet kan vragen. Macronaïcalculatie verstoort dit effect. Hoewel het nog steeds winstgevend is om verzekerden te winnen van inefficiënte concurrenten, wordt deze prikkel aan de marge verstoord. Stapt een verzekerde over van een dure verzekeraar naar een goedkopere verzekeraar, dan zullen de totale zorguitgaven afnemen en zal er minder macro worden nagecalculeerd. De winst van de nieuwe verzekerden voor de efficiënte verzekeraar wordt dus voor een deel tenietgedaan door het lagere bedrag dat de verzekeraar ontvangt via de

macronaaccounting. Dit probleem wordt erger, als de verzekeraar groter is. In dat geval krijgt hij immers een groter deel van de totale zorgkosten.<sup>11</sup>

## 5.8 Maatstafconcurrentie

Macronaaccounting kan ook beschouwd worden als een ongebruikelijke vorm van *yardstick competition* (maatstafconcurrentie; Shleifer 1985). Terwijl bij maatstafconcurrentie de gemiddelde zorguitgaven van een verzekeraar worden afgezet tegen de uitgaven van uitsluitend de concurrenten, worden bij macronaaccounting de uitgaven afgezet tegen het gemiddelde van de markt, dus inclusief de uitgaven van de zorgverzekeraar zelf. Zijn er veel verzekeraars op de markt aanwezig met ieder een klein marktaandeel, dan speelt dat geen grote rol. Maar in de huidige verzekeringsmarkt zijn de marktaandelen van verzekeraars zo groot dat individuele verzekeraars een grote (ongewenste) invloed kunnen uitoefenen op de maatstaf.

De gebruikelijke vorm van maatstafconcurrentie, waarbij de uitgaven van de verzekeraar worden afgezet tegen uitsluitend de kosten van de concurrenten, en waarbij de eigen kosten dus niet meetellen, kent echter ook problemen. In dat geval zullen de prikkels voor risicoselectie toenemen. Als een verzekeraar immers een dure klant kan afschuiven naar een concurrent, dan nemen niet alleen zijn eigen kosten af, maar neemt ook zijn vergoeding uit de macronaaccounting toe. De kosten van zijn concurrenten zijn immers gestegen. Daarom is er geen eenvoudige oplossing om de macronaaccounting efficiënt in te richten.

## 5.9 Meer macrorisico leidt tot minder doelmatigheid?

Onlangs betoogden Halbersma en Mikkers (2010) dat meer macrorisico ook kan leiden tot minder doelmatigheid. Ze maken in hun betoog gebruik van de principaal-agenttheorie uit Milgrom en Roberts (1992). Deze theorie gaat uit van een afruil tussen optimale prikkels en optimale risicodeling. Het idee is dat een zorgverzekeraar een zorginkoper zal moeten aanstellen die de zorg doelmatig gaat inkopen. Volgens de theorie zal een risicomijdende zorginkoper zijn inspanning voor een doelmatige zorg mede laat afhangen van externe schokken die buiten zijn bereik liggen, zoals macrorisico's. Een risicomijdende zorginkoper zal minder inspanning verrichten wanneer zijn externe risico's toenemen. Overigens is deze theorie van toepassing op alle soorten risico's, niet alleen op gemeenschappelijke risico's maar ook op verzekeraarspecifieke risico's. Het argument is dus niet specifiek van toepassing op de macronaaccounting maar geldt voor alle ex-postcorrectiemechanismen.

Hoewel deze redenering op zichzelf correct is, is het maar de vraag hoe sterk dit vrij subtiele effect van toepassing is op zorgverzekeraars in de huidige Zorgverzekeringswet. Allereerst treedt dit effect alleen op bij specifieke prestatiecontracten, een bepaald type zorginkoper en bij

<sup>11</sup> Halbersma en Mikkers (2010) betogen dat dit effect niet optreedt onder de aanname van strategisch symmetrische en rationeel vooruitkijkende verzekeraars.

grote externe risico's. Het gaat bij dit argument ook niet om de relatie verzekeraar versus zorgaanbieder, maar om de relatie tussen de directie van een verzekeraar en zijn zorginkoper. De directie kan hierbij echter zelf zijn eigen zorginkopers aanstellen en prestatiecontracten bepalen. Wanneer het inhuren van een risicomijdende zorginkoper met een bepaald prestatiecontract leidt tot minder doelmatigheid, dan zit de directie daar niet aan vast. De essentie van concurrentie is juist dat ze dan een andere zorginkoper kunnen aanstellen of andere prestatiecontracten met deze zorginkoper kunnen afspreken. Bijvoorbeeld, in een situatie zonder macronaïcalculatie kan de directie een prestatiecontract met de zorginkoper afspreken waarbij in het prestatiecontract de resultaten van de zorginkoper gecorrigeerd worden voor een fictieve macronaïcalculatie. Het maakt dan geen verschil voor de risicomijdende zorginkoper en zijn inspanningsniveau zal, zowel met als zonder macronaïcalculatie, hetzelfde zijn.

## **5.10 50/50-regeling**

Macronaïcalculatie is geen noodzakelijk onderdeel van de 50/50-regeling en deze regeling komt dus niet in het gedrang wanneer de macronaïcalculatie wordt afgeschaft. De 50/50-regeling houdt in dat elk jaar de totale uitgaven van de zorg (gedefinieerd als de som van de betaalde premies) voor 50% worden opgebracht door inkomensafhankelijke bijdragen en voor 50% door nominale premies. Macronaïcalculatie impliceert dat, wanneer de zorguitgaven lager of hoger uitvallen, de mee- of tegenvallers ten laste komen van het Zorgverzekeringsfonds. Tekorten of overschotten in het Zorgverzekeringsfonds worden dan het volgende jaar weer via de 50/50-regeling verrekend. Zonder macronaïcalculatie komen hogere of lagere zorguitgaven dus in eerste instantie volledig voor rekening van de zorgverzekeraars. Zij zullen met dit risico rekening moeten houden, als zij hun premies vaststellen.

## **5.11 Alternatief voor macronaïcalculatie**

Het uitgangspunt zou ook kunnen zijn dat macronaïcalculatie niet nodig is en zorgverzekeraars zelf hun eigen zorguitgaven ramen om de nominale premie op te baseren. Een belangrijk argument voor macronaïcalculatie is dat de kostenverschillen tussen verzekeraars anders kunnen uitvallen door het wel of niet toepassen van macronaïcalculatie. Dit las u al in paragraaf 5.2. De cruciale vraag is dan ook: wat is de optimale bepaling van de kostenverschillen tussen verzekeraars? Dit komt neer op de vraag: welke zorgkosten in het basispakket zijn we bereid met zijn allen te vergoeden?<sup>12</sup>

Voor de vaststelling van de ex-antenormbedragen is een macrobedrag nodig. Dit macrobedrag wordt vooraf bepaald via een raming. Wanneer achteraf de zorguitgaven hoger of lager zouden zijn uitvallen dan de raming, is dan een aanpassing van de ex-antenormbedragen

<sup>12</sup> In de literatuur worden dit ook wel 'acceptable costs' genoemd (Van de Ven en Ellis, 2000).

nodig? Dit is nog maar de vraag. Stel dat 2% van de zorguitgaven is gerelateerd aan ongewenste uitgaven of ondoelmatige zorg. Dan ligt het meer voor de hand om macronaïcalculatie toe te passen op 98% van de totale zorguitgaven. In de praktijk is het echter vrijwel onmogelijk om dit onderscheid tussen gewenste en ongewenste uitgaven expliciet te maken. Een ander argument heeft te maken met de imperfectie van de risicoverevening, waardoor bij ongeveer 10% van de bevolking sprake is van substantiële voorspelbare verliezen (zie hoofdstuk 6). Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars voor deze verzekerden een te laag normbedrag ontvangen. Wanneer de ex-antenormbedragen bepaald worden met behulp van de gerealiseerde zorguitgaven, dan is de implicatie van het voorgaande dat er ook een groep verzekerden, (bijvoorbeeld verzekerden die geen zorg hebben ontvangen) is waarvoor verzekeraars te veel geld krijgen toebedeeld. Dit laatste lijkt ongewenst.

Welk macrobedrag kan nu het beste in de praktijk gehanteerd worden om de ex-antenormbedragen van verzekeraars uiteindelijk vast te stellen? In de praktijk liggen er twee keuzes voor de hand. De eerste keuze is om gebruik te maken van de ex-ante raming en de tweede keuze is om gebruik te maken van de totale gerealiseerde zorguitgaven. De totstandkoming van de ex-ante raming bevat wellicht subjectieve keuzes en daarom lijkt een keuze voor de totale gerealiseerde zorguitgaven meer voor de hand te liggen. Een goede tussenoptie is om alleen te kiezen voor de totale gerealiseerde zorguitgaven wanneer de afwijking tussen de raming en realisatie 'groot' is.<sup>13</sup>

Belangrijk is echter dat de keuze voor de achteraf gerealiseerde zorguitgaven niet automatisch leidt tot macronaïcalculatie! Het alternatief voor macronaïcalculatie is om achteraf wel de ex-antenormbedragen aan te passen, maar de totale som van de ex-antenormbedragen niet achteraf aan te passen. Dit alternatief is daardoor dus budgetneutraal voor het Zorgverzekeringsfonds.

In de box 'Een alternatief voor macronaïcalculatie', leest u hoe dit in de praktijk werkt met behulp van een eenvoudig voorbeeld. Het is dus niet noodzakelijk om macronaïcalculatie expliciet toe te passen om de ex-anterisicoverevening te verbeteren (dit is ook uiteengezet in Douven, 2004).

<sup>13</sup> De beoordeling 'groot' is subjectief en dient door het beleid nader ingevuld te worden.

---

## Een alternatief voor macronacalculatie

Vereveningsbijdragen aan verzekeraars kunnen op verschillende manieren achteraf worden aangepast. Het volgende getallenvoorbeeld illustreert een alternatief voor macronacalculatie. Stel dat de overheid vooraf een raming maakt van de totale zorguitgaven van gemiddeld 2000 euro per persoon, terwijl aan het einde van een verzekeringsjaar de uiteindelijke zorguitgaven gemiddeld 2060 euro per persoon blijken te bedragen. Dit betekent een ramingsfout van drie procent, hetgeen ongeveer overeenkomt met de gemiddelde ramingsfout in de laatste jaren van de Ziekenfondswet. Stel verder dat er twee verzekeraars, A en B, zijn met een gelijke omvang van de populatie, maar dat verzekeraar A een goedkopere populatie heeft dan B, omdat deze laatste bijvoorbeeld meer ouderen in zijn bestand heeft. Veronderstel verder de volgende kostenverhouding tussen verzekeraars A : B = 0,9 : 1,1. Bij een raming van 2000 euro per persoon wordt de gemiddelde vereveningsbijdrage per persoon voor verzekeraar A 1800 euro, en verzekeraar B 2200 euro. Wanneer achteraf de totale zorguitgaven hoger blijken uit te vallen, en 2060 euro per persoon blijken te zijn, dan worden na macronacalculatie de vereveningsbijdragen 1854 versus 2266 euro. Omdat verzekeraars zelf de hoogte van de bedragen, via het stellen van hun nominale premie, kunnen bepalen, gaat het hier niet om de hoogte van de bedragen zelf maar om de verschillen tussen de vereveningsbijdragen. Het verschil was eerst 400 (= 2200–1800) euro, terwijl het juiste verschil 412 (=2266–1854) euro had moeten zijn. Door een verkeerde raming vooraf wordt er dus een fout van 12 (= 412–400) euro in de spreiding van de vereveningsbijdragen gemaakt. Omdat het bij de bovenstaande correctie van de vereveningsbijdragen alleen om verschillen gaat, kunnen die echter op meerdere manieren achteraf worden gecorrigeerd. Zo is het ook mogelijk om een voor de overheid budgetneutrale berekening te maken, waarbij het verschil 412 euro is en de hoogte van de oorspronkelijke raming van gemiddeld 2000 euro per persoon niet wordt aangetast. In dat geval worden de ex-ante budgetten achteraf, respectievelijk 1794 euro voor verzekeraar A en 2206 euro voor verzekeraar B. In het alternatief raamt de overheid dus vooraf 2000 euro per persoon en krijgt verzekeraar A vooraf 1800 euro en verzekeraar B 2200 euro per verzekerde. Aan het einde van een jaar dient verzekeraar A dan 6 euro per verzekerde terug te betalen aan verzekeraar B. De verzekeraars lopen in dit voorbeeld nu zelf het macrorisico van de te lage raming van 60 euro per persoon en moeten bij hun premiestelling daar vooraf rekening mee houden. Om quitte te spelen met hun zorgkosten zullen ze dan vooraf hun premie 60 euro hoger moeten zetten dan de overheid raamt.

---

In formulevorm betreft dit de volgende aanpassing. Wanneer de zorguitgaven van het afgelopen jaar bekend zijn dan kan het ex-antebudget voor de verzekeraars opnieuw worden berekend:<sup>14</sup>

$$B_i^* = B_i \frac{\sum_j U_j}{\sum_j B_j} + m_i \left( \sum_j U_j - \sum_j B_j \right) = B_i + (x_i - m_i) \sum_j U_j$$

In deze formule is  $x_i$  het aandeel van het ex-antenormbedrag van verzekeraar  $i$  op het macroprestatiebedrag en  $m_i$  het marktaandeel voor de populatieomvang van verzekeraar  $i$ .

Allereerst is eenvoudig in te zien dat  $\sum B_i = \sum B_i^*$ ; de aanpassing is budgetneutraal voor de overheid. Een belangrijk voordeel van deze aanpassing is dat de prikkel voor de zorgverzekeraar om het eigen budget te beïnvloeden aanzienlijk wordt gereduceerd. Het individuele kosteneffect wordt gereduceerd, namelijk van  $100\%(1 - x_i)$  in een situatie met macronacalculatie naar  $100\%(1 - (x_i - m_i))$  in de alternatieve situatie. Het laatste individuele

<sup>14</sup> Door de HKV en de correctie van de verzekerdenaantallen wordt de aanpassing in de praktijk iets gecompliceerder, maar de essentie van het verhaal blijft gelijk.

kosteneffect is vrijwel 100%, omdat  $x_i - m_i$  in de praktijk klein is. De omvang van  $x_i - m_i$  hangt in de praktijk af van de scheefheid van de slechte en goede risico's in de verzekerdenpopulatie tussen verzekeraars. Voor 2004 gold bijvoorbeeld voor alle verzekeraars:  $|x_i - m_i| < 0,012$ .

Wat zal er in de praktijk veranderen, als dit alternatief nu wordt toegepast? Het eerste voordeel is dat onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar transparanter worden. De prijs van een behandeling wordt nu niet meer (of nauwelijks meer) beïnvloed door correcties achteraf. In de alternatieve optie worden de individuele kosteneffecten vrijwel 100%, waardoor de doelmatigheidsprikkels voor vooral grote verzekeraars groter worden. Daarmee wordt dus ook het speelveld tussen grote en kleine verzekeraars meer gelijkgetrokken. In de alternatieve opzet krijgen verzekeraars vooraf weliswaar dezelfde ex-antenormbudgetten toebedeeld als in de huidige Zorgverzekeringswet, maar die budgetten worden achteraf alleen nog maar gecorrigeerd voor het effect van de ramingfout op de kostenverschillen tussen verzekeraars. Een te hoge of te lage raming van het macroprestatiebedrag komt niet meer voor rekening van de overheid, maar voor rekening van de zorgverzekeraars.

## 5.12 Macrona calculatie en risicoselectie

Het doel van de meeste ex-postcorrectiemechanismen is om risicoselectie te verkleinen. Dit geldt *niet* voor macrona calculatie. Macrona calculatie verhoogt of verlaagt niet de prikkels om risicoselectie toe te passen. Risicoselectie beïnvloedt de totale zorguitgaven namelijk niet. Het afschaffen van de macrona calculatie heeft dus geen direct effect op de prikkels voor risicoselectie van verzekeraars.

We hebben in paragraaf 5.11 laten zien dat als de raming te laag of te hoog is, zonder macrona calculatie het gelijke speelveld kan worden verstoord. Wanneer verzekeraars voorinformatie hebben over het feit dat een raming voortdurend te hoog of te laag is, dan zouden er wel prikkels kunnen ontstaan voor verzekeraars om een bepaald type verzekerdenpopulatie na te streven. Bijvoorbeeld, bij voortdurend te lage ramingen zal men liever een bestand met goedkope verzekerden nastreven, terwijl bij voortdurend te hoge ramingen een bestand van dure verzekerden gunstiger is. Wanneer de overheid gemiddeld goed raamt, of het alternatief uit paragraaf 5.11 toepast, of wanneer verzekeraars onvoldoende voorinformatie over de kwaliteit van de raming hebben, dan zal dit geen effect hebben op de prikkels voor risicoselectie. In de praktijk zullen verzekeraars vooral risicoselectie toepassen omdat er imperfecties zijn in de ex-anterisicovereeniging; het wel of niet toepassen van macrona calculatie speelt daarbij een ondergeschikte rol.

## 5.13 Macrona calculatie in de praktijk

In de praktijk vindt macrona calculatie op een grovere manier plaats dan op basis van de theorie zou moeten gebeuren. In theorie zou de hele ex-anteschatting van de normbudgetten opnieuw achteraf moeten plaatsvinden op basis van de gerealiseerde zorguitgaven. De data van alle individuele records is echter niet (tijdig) beschikbaar en daarom worden alleen macrototalen gehanteerd. In de praktijk worden de ex-antenormbedragen aangepast naar rato van de afwijking tussen de actuele en geraamde zorguitgaven. Deze 'short-cut' zorgt er voor dat macrona calculatie in de praktijk weinig gericht werkt en soms zelf het speelveld tussen zorgverzekeraars kan verstoren. Is het middel hier erger dan de kwaal? Dit is moeilijk hard te maken, maar een voorbeeld kan de problematiek wel verduidelijken.

Stel dat alleen bij tandheelkunde de schade veel hoger uitvalt, doordat jongeren daar veel meer gebruik van maken dan geraamd. Dan zouden, bij een correcte uitvoering van de macrona calculatie, alleen de normbedragen bij jongeren aangepast moeten worden. In de praktijk gebeurt dat echter niet en wordt alleen het deelbedrag 'overige kosten' met de extra schadelast bij tandheelkunde opgehoogd. Door de algemene ophoging van het deelbedrag 'overige kosten' komt het extra bedrag echter terecht bij alle groepen van de bevolking en alle onderdelen die vallen onder het deelbedrag 'overige kosten', zoals farmacie en hulpmiddelen. Verzekeraars met een relatief oude populatie krijgen dan onbedoeld een voordeel. Wanneer de overheid de huidige macrona calculatie in stand wil houden, is het ook verstandig om te bezien of deze niet verbeterd kan worden.

## 5.14 Samengevat: voordelen, nadelen, alternatieve beleidsopties

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van macrona calculatie en de alternatieve beleidsopties samengevat.

### Voordelen

Macrona calculatie kent een aantal voordelen:

- Verzekeraars lopen geen risico over onzekerheden die de overheid via de wet- en regelgeving zelf introduceert. Bijvoorbeeld, als de overheid gedurende een verzekeringsjaar de samenstelling van het basispakket wijzigt, de budgetten van de zorgaanbieder verhoogt of als de NZa de prijsstelling van behandelingen in ziekenhuizen aanpast. Dan worden immers alle zorgverzekeraars geconfronteerd met onvoorziene informatie waar ze geen rekening mee hebben gehouden bij hun premiestelling.
- Wanneer het ex-antemacroprestatiebedrag sterk afwijkt van de ex-post gerealiseerde zorguitgaven, dan zijn de ex-ante vereveningsbijdragen verkeerd vastgesteld en wordt het



gelijke speelveld aangetast. Macrona calculatie corrigeert deze mogelijke fouten in de ex-ante vereveningsbijdragen van verzekeraars.

- In een situatie met macrona calculatie kunnen de risico's van zorgverzekeraars afnemen. Dit zal het geval zijn wanneer de gemeenschappelijke risico's van verzekeraars groter zijn dan de verzekeraars specifieke risico's. Minder risico betekent ook dat de DNB lagere minimale solvabiliteitsmarges voor zorgverzekeraars hoeft voor te schrijven.
- Macrona calculatie zorgt voor meer transparantie in de premiestelling. Bij de premiestelling voor het nieuwe jaar wordt immers direct duidelijk voor de verzekerden en de overheid wat zorgverzekeraars zich toerekenen voor de gemiddelde opslag (van administratiekosten en winst) op de premie. Voor de premiestelling kan hier een disciplinerende werking van uitgaan.

### **Nadelen**

Macrona calculatie kent ook nadelen.

- Het belangrijkste nadeel van macrona calculatie is dat het de doelmatigheidsprykkels op verschillende manieren afzwakt. Grote verzekeraars ondervinden minder doelmatigheidsprykkels. Spillovers in de zorg kunnen de doelmatigheidsprykkels van zorgverzekeraars verder reduceren. Ook bestaat het gevaar van impliciete samenwerking tussen verzekeraars, waardoor de doelmatigheidsprykkels verder worden afgezwakt. Macrona calculatie kan daardoor leiden tot hogere zorguitgaven en premies.
- Door macrona calculatie wordt de overheid verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke risico's in de zorg. Dit extra risico heeft als gevolg dat de rente op de staatsschuld kan toenemen.
- Macrona calculatie verlaagt de transparantie van de onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder. De kosten van een behandeling zijn voor een verzekeraar immers niet meer gelijk aan de prijs van de behandeling die het ziekenhuis stelt, maar worden door macrona calculatie (en de andere ex-postcorrectiemechanismen) gecorrigeerd voor andere factoren, zoals het marktaandeel van een verzekeraar.
- Macrona calculatie introduceert ongelijke voorwaarden voor grote en kleine verzekeraars en vergroot daarmee de ongelijkheid op het speelveld van verzekeraars op de zorgverzekeringmarkt. Het speelveld wordt ongelijker naarmate de marktaandelen tussen verzekeraars verder uiteenlopen.
- In de praktijk vindt macrona calculatie op een 'ad hoc'-wijze plaats. Dit kan leiden tot nieuwe verstoringen van de onderlinge concurrentieposities tussen zorgverzekeraars.

### **Een alternatieve beleidsoptie voor macrona calculatie**

Een alternatieve optie betreft een achteraf correctie van de spreiding in de ex-antevereveningsbijdragen aan verzekeraars wanneer de raming van de zorguitgaven (sterk) afwijkt van de gerealiseerde zorguitgaven. Bij deze optie moeten de verzekeraars bij hun

premiestelling zelf rekening houden met het macrorisico. Het voordeel van deze optie is dat verzekeraars meer prikkels voor een doelmatige zorg ondervinden. Het lijkt verstandig om deze correctie achteraf alleen toe te passen wanneer het om substantiële bedragen gaat.

Belangrijk bij deze optie is wel dat zorgverzekeraars mogelijke toename in gemeenschappelijke risico's goed kunnen inschatten, omdat anders een hoge risico-opslag op de premie kan ontstaan. De overheid kan de beleidsonzekerheden verkleinen door de spelregels voor een nieuw verzekeringsjaar vooraf goed vast te leggen. Dan beschikken zorgverzekeraars over voldoende informatie om hun premie voor het nieuwe jaar vast te stellen. Mocht de overheid de spelregels in de loop van dat jaar toch veranderen (denk aan maatregelen voor incidentele gebeurtenissen zoals het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep), dan komen die kosten voor rekening van de overheid. Overigens bestaat ook de beleidsoptie om macronaïcalculatie eerst af te schaffen op deelaspecten in de zorg. Bijvoorbeeld voor die markten in de zorg waar al weinig ex-postcorrectiemechanismen bestaan en waar de spelregels voldoende helder zijn.

## 6 Hogekostenverevening

In dit hoofdstuk staat het ex-postcorrectiemechanisme hogekostenverevening (HKV) centraal. Hieronder leest u om te beginnen wat hogekostenverevening is. Daarna worden de gevolgen van hogekostenverevening voor de twee maten uit hoofdstuk 4 beschreven (paragraaf 6.1 en 6.2). Vervolgens komt het effect op risicoselectie aan bod (paragraaf 6.3) en daarna staan de risico's in de HKV-pool centraal (paragraaf 6.4). In paragraaf 6.5 vindt u een alternatief voor hogekostenverevening. Tot slot treft u in paragraaf 6.6 een samenvatting aan van dit hoofdstuk: voordelen, nadelen en alternatieve beleidsopties.

### Wat is hogekostenverevening?

'Het doel van hogekostenverevening (HKV) is tegemoetkomen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die het gevolg zijn van de ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars' (VWS, 2007). Bij hogekostenverevening brengen verzekeraars een vastgesteld percentage van de kosten van individuele verzekerden boven een vastgestelde drempel volledig ten laste van een pool. De kosten in de pool worden evenredig verdeeld over verzekeraars volgens hun kostenmarktaandeel. Drie variabelen bepalen uiteindelijk welk percentage van de zorguitgaven in de HKV-pool terechtkomen:

1. De uitgaven die betrekking hebben op de HKV-pool;
2. De HKV-drempel;
3. Het bijbehorende HKV-percentages.

Tabel 6.1 geeft een historisch overzicht van deze kerncijfers, van 1997-2005 in de Ziekenfondswet en van 2006-2008 in de Zorgverzekeringswet. In de eerste regel zijn de gemiddelde uitgaven per verzekerde van de twee deelbedragen 'variabele kosten ziekenhuiszorg' en 'kosten overige prestaties' te zien. In de tabel valt de grote sprong in 2002 op. Het deelbedrag 'kosten specialistische hulp', dat tot 2002 nog een apart deelbedrag vormde, werd in 2002 samengevoegd met het deelbedrag 'variabele kosten ziekenhuiszorg'. Door de samenvoeging van deze twee deelbedragen stegen de gemiddelde uitgaven per verzekerde die onder de HKV vallen: van 714 euro in 2001 naar 1.135 euro in 2002. Als meer uitgaven onder de HKV vallen, dan zullen de uitgaven per verzekerde ook hoger uitvallen. Deze uitgaven zullen dan ook eerder boven de HKV-drempel uitstijgen, waardoor de uitgaven stijgen die in de HKV-pool terechtkomen. In de tweede regel is te zien dat de overheid de HKV-drempel langzaam heeft verhoogd, terwijl het HKV-percentages in de derde regel sinds 1997 gelijk is gebleven. Deze drie variabelen bepalen uiteindelijk welk percentage van de zorguitgaven boven de HKV-drempel komen. Dit percentage ziet u in de vierde regel. De inbreng in de HKV-pool bedraagt 90% van dit percentage. Hoewel de HKV-drempel in 2002 werd verhoogd van 4.540

naar 7.500 euro, stegen de uitgaven die in de HKV-pool terechtkwamen van 5% in 2001 naar 13% in

**Tabel 6.1      Kerncijfers bij de hogekostenverevening (HKV) over de deelbedragen Ziekenhuiskosten  
Variabel en Overige Kosten in de Ziekenfondswet**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gem. uitgaven per verzekerde (in euro's)	660	608	638	654	714	1135	1256	1237	1405
HKV drempel (in euro's)	2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500
HKV percentage	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
% uitgaven boven drempel	15%	11%	6%	4%	5%	13%	15%	11%	10%

**Tabel 6.1 (vervolg) Kerncijfers bij de hogekostenverevening (HKV) over de deelbedragen Ziekenhuiskosten  
Variabel en Overige Kosten in de Zorgverzekeringswet**

	2006 <sup>a</sup>	2007 <sup>a</sup>	2008 <sup>a</sup>	2009 <sup>a</sup>	2010 <sup>a</sup>
Gem. uitgaven per verzekerde (in euro's)	1223	1288	1304	1518	1610
HKV drempel (in euro's)	12500	12500	20000	20000	22500
HKV percentage	90%	90%	90%	90%	90%
% uitgaven boven drempel	11%	12%	6%	7%	7%

<sup>a</sup> Gegevens voor 1997-2005 gebaseerd op cijfers van het CVZ. Gegevens voor 2006 t/m 2010 zijn afgeleid uit van Vliet et. al. (2005, 2006, 2007) en "Berekeningnormbedragen 2006 t/m 2010" (zie [www.CVZ.nl](http://www.CVZ.nl)).

2002. Dit komt door de uitbreiding van de definitie van de zorguitgaven die onder de HKV-pool vallen. In 2010 werd de HKV-drempel verder verhoogd naar 22.500 euro en is het percentage zorguitgaven dat boven de HKV-drempel uitstijgt, gereduceerd tot ongeveer 7%.

## 6.1 Individuele kosteneffect

De berekening van het individuele kosteneffect van een verzekeraar als gevolg van de HKV is niet eenduidig. De berekening hangt namelijk sterk af van waar de extra 1 euro wordt uitgegeven. Wordt de extra euro uitgegeven aan een verzekerde die al zorguitgaven boven de HKV-drempel heeft gemaakt, dan komt 0,10 euro voor eigen rekening (bij een HKV-percentage van 90%) en de overige 0,90 euro komt in de HKV-pool terecht. De 0,90 euro wordt vervolgens omgeslagen over alle verzekeraars naar rato van hun marktaandeel. Iedere verzekeraar moet dus het percentage van zijn eigen marktaandeel,  $x\%$ , van de 0,90 euro betalen aan de HKV-pool. Geeft een verzekeraar dus 1 euro extra uit boven de HKV-drempel, dan komt daarvan  $10\% + 0,9x\%$  voor eigen rekening. Maar wordt de extra euro uitgegeven aan een verzekerde met zorguitgaven onder de HKV-drempel, dan heeft die extra euro geen invloed op de zorguitgaven van een verzekeraar. De euro extra uitgaven komen dan volledig voor rekening van de zorgverzekeraar zelf.

Het totale effect van HKV valt dus te berekenen door twee kansen te wegen: de gecombineerde kans dat 1 euro extra wordt uitgegeven boven én onder de HKV-grens. Het CPB gebruikt voor de berekening van deze twee kansen het percentage van de uitgaven dat in de HKV-pool terechtkomt ten opzichte van de totale zorguitgaven (zie tabel 6.1). Bijvoorbeeld in 1997 wordt verondersteld dat wanneer een verzekeraar één euro extra aan zorg uitgeeft, dat dan met een kans van 15% die euro wordt uitgegeven aan zorguitgaven boven de HKV-drempel, en met een kans van 85% onder de HKV-drempel. De maat van het individuele kosteneffect wordt nu bepaald door beide kansen te wegen. Bijvoorbeeld in 1997 is de kans 85% dat de extra euro volledig voor rekening komt van de verzekeraar zelf en 15% dat  $10\% + 0,9x\%$  voor rekening komt van de verzekeraar zelf. Samengevat: de maat voor het individuele kosteneffect is gelijk aan  $85\% + 15\%(10\% + 90\%x\%) = 100\% - 90\%(100\% - x\%)15\%$ . Het CPB past bovenstaande berekeningen toe voor de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet voor de jaren 1997-2010.

**Tabel 6.2 Het individuele kosteneffect ten gevolge van macronaïcalculatie in Zfw en Zvw**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Marktaandeel 1%	87%	90%	95%	96%	96%	88%	87%	90%	91%	90%	89%	95%	94%	94%
Marktaandeel 20%	89%	92%	96%	97%	96%	91%	89%	92%	93%	92%	91%	96%	95%	95%

Tabel 6.2 laat de resultaten zien. Het individuele kosteneffect als gevolg van de HKV ligt rond de 90%. De uitkomst hangt enerzijds af van het aandeel van de uitgaven dat boven de HKV-drempel uitstijgt en anderzijds van de grootte van het marktaandeel van een verzekeraar. Hoe hoger de HKV-drempel, hoe kleiner het individuele kosteneffect. En hoe groter het marktaandeel, hoe kleiner het individuele kosteneffect. De verschillen tussen een grote verzekeraar (marktaandeel 20%) en een kleine verzekeraar (marktaandeel 1%) liggen in de orde van 1 à 2%, afhankelijk van het aandeel van de uitgaven die boven de HKV-drempel uitstijgen.

Merk op dat de invloed van het marktaandeel bij HKV tegengesteld is aan macronaïcalculatie. Bij macronaïcalculatie is het individuele kosteneffect van een grote verzekeraar kleiner dan een kleine verzekeraar, terwijl dat effect bij de HKV omgekeerd is.

Evenals macronaïcalculatie versterkt HKV de prikkel van een zorgverzekeraar om te investeren in extra kwaliteitsverhogende zorg en verzwakt die de prikkel om te investeren in doelmatige zorg. Bij HKV is het verschil in het individuele kosteneffect tussen een grote en kleine verzekeraar echter veel kleiner. En een ander belangrijk verschil met macronaïcalculatie is dat bij de HKV de uitgave van 1 euro extra boven de HKV-drempel moet worden opgebracht door andere verzekeraars, terwijl die bij macronaïcalculatie wordt opgebracht door de overheid.

## 6.2 Effect op kostenverschillen tussen verzekeraars

Het effect van HKV op de kostenverschillen tussen verzekeraars zal afhangen van meerdere factoren: de kwaliteit van de ex-anteisicovereeniging, de willekeurige variatie in de zorgkosten

tussen verzekeraars en de vraag of er macronacalculatie heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het toepassen van HKV.

In theorie hoeft HKV geen effect te hebben op de kostenverschillen tussen verzekeraars. Het is eenvoudig in te zien dat de kostenverschillen niet worden beïnvloed, als alle verzekeraars hoge kosten in de HKV-pool inbrengen die evenredig verdeeld zijn met het aandeel van hun eigen totale zorguitgaven. Iedere verzekeraar moet dan immers zijn eigen inbreng van zorguitgaven in de HKV-pool zelf weer betalen, zodat het effect van de HKV per saldo volledig vervalt. De mate waarin HKV de kostenverschillen beïnvloedt, is dus voornamelijk een empirische kwestie die samenhangt met de scheefheid van de hoge individuele schades tussen verzekeraars.

Het CPB heeft een inschatting gemaakt van het effect van de kostenverschillen als gevolg van de HKV, en die vergeleken met de situatie zonder de HKV. In tabel 6.3 vindt u de resultaten.<sup>15</sup> U ziet dat de kostenverschillen enigszins wijzigen, als HKV wordt toegepast. Dit valt te verklaren, doordat verzekerden met hoge kosten, en dus met een sterke invloed op de kostenverschillen, gepoold worden, waardoor de kostenvariëaties worden gedempt.

**Tabel 6.3 Kostenverschillen als gevolg van HKV in de Ziekenfondswet**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aandeel zorguitgaven in HKV-pool	15%	11%	6%	4%	5%	13%	15%	11%
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, in euro's)	41,0	63,2	41,4	70,6	63,2	38,0	44,1	39,6
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening en HKV, in euro's)	38,2	59,0	36,8	68,8	59,5	28,4	29,3	32,7
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening en macronacalculatie, in euro's)	41,4	61,4	41,8	70,5	62,0	34,4	41,3	39,0
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, macronacalculatie, HKV in euro's)	38,9	57,3	37,2	68,6	58,2	25,2	25,9	32,5

<sup>15</sup> De budgetten van verzekeraars na het toepassen van HKV en macronacalculatie zijn berekend door de normbedragen  $B_j$  die verzekeraars krijgen na het toepassen van HKV, macro na te calculeren.

Wordt macrona calculatie vooraf toegepast, dan lijkt dit nauwelijks invloed te hebben op de kostenverschillen. Dit is ook niet zo verwonderlijk, omdat de HKV vooral van toepassing is op risico's met zeer hoge kosten, en die worden door macrona calculatie nauwelijks beïnvloed. De geringe afname van het risico en de kostenverschillen lijken te suggereren dat de hoge risico's blijkbaar niet zo scheef verdeeld waren over de ziekenfondsen. Een andere belangrijke reden is echter dat de variatie in andere deelbedragen overheersend is.<sup>16</sup> Voor de jaren 1999-2001 kan daarbij ook een rol spelen dat het aandeel van de zorguitgaven in de HKV-pool beperkt is. Na 2002 lijkt het effect van de kostenvariatie door de HKV wat groter. Hier kunnen echter meerdere effecten door elkaar heen spelen. Zo werd de ex-antierisicoverevening in 2002 sterk verbeterd door de invoering van de farmaceutische kostengroepen (FKG's) en wijzigde de markt door fusies. De concentratie in de markt nam toe van 24 ziekenfondsen in 2001 naar 21 ziekenfondsen in 2002. Ook was er sprake van een aanzienlijke stijging van het aandeel van de uitgaven in de HKV-pool.

### **6.3 HKV en het effect op risicoselectie en de premie**

Door HKV nemen het individuele kosteneffect, de kostenverschillen en het risico van een zorgverzekeraar af. Hoewel dit nadelig is voor de doelmatigheidsprikkels van verzekeraars is het voordeel dat risicoselectie wordt afgeremd. Voorspelbaar verliesgevende verzekerden zijn immers financieel gezien minder pijnlijk voor een individuele verzekeraar, omdat deze kosten in de HKV-pool terecht komen en dus voor 90% door de andere concurrerende verzekeraars worden betaald. Dit is de bekende afruil tussen doelmatige zorg en risicoselectie (Newhouse, 1992 en Van Barneveld, 2000).

HKV kan verschillend uitwerken op de premiestelling. Door de HKV kunnen de totale premies hoger uitvallen, omdat niet alleen de prikkels voor ondoelmatige zorg toenemen maar ook de prikkels voor het leveren van kwalitatief duurder zorg (omdat deze zorg door de HKV voor de verzekeraar goedkoper wordt). HKV hoeft echter geen effect te hebben op de verschillen in de onderlinge premiestelling tussen verzekeraars. Wanneer immers iedere verzekeraar evenveel geld in de HKV-pool inbrengt als eruit haalt, is er per saldo geen effect op de individuele zorguitgaven en dus ook niet op de onderlinge verschillen. Wel volgt uit tabel 6.3 dat het individuele risico van verzekeraars afneemt door de HKV. Dit kan ook een reden zijn voor een lagere premieopslag, omdat minder risico afgedekt hoeft te worden.

<sup>16</sup> In hoofdstuk 8 blijkt dat vooral het deelbedrag 'vaste kosten ziekenhuiszorg' voor een belangrijk deel de totale variatie verklaart.

## 6.4 Risico's in de HKV-pool: voorspelbaar of onvoorspelbaar?

Volgens het ministerie van VWS (2007) is het doel van HKV om tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die het gevolg zijn van de ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. De eerste vraag die zich dan opdringt, is: waarom zouden extreem hoge schades verevend moeten worden? Als de ex-antisicoverevening goed werkt, zijn de verliezen die zorgverzekeraars maken op extreem hoge schades immers onvoorspelbaar. Omdat ze onvoorspelbaar zijn, zullen deze schades willekeurig verdeeld zijn over de zorgverzekeraars. Op de langere termijn zullen de jaarlijkse toevallige fluctuaties in de zorgkosten evenredig worden verdeeld over de verzekeraars en worden de onderlinge kostenverschillen tussen verzekeraars niet beïnvloed.

Tegemoetkomen aan kostenverschillen tussen verzekeraars kan wel een zinvolle strategie zijn, als de ex-antisicoverevening onvoldoende werkt, waardoor verzekeraars op bepaalde hoge schades een *voorspelbaar* verlies leiden. Dat wil zeggen dat verzekeraars voor die verzekerden voorspelbaar hogere zorguitgaven hebben dan ze via de ex-antisicoverevening voor die verzekerden krijgen uitgekeerd. Dat dit in de praktijk het geval is, is meerdere malen aangetoond (Stam en Van de Ven, 2006, 2007, 2008).

De meest geëigende strategie lijkt daarom: verbeter de ex-antisicoverevening. Zolang de ex-anteverevening echter nog onvoldoende corrigeert voor voorspelbaar verliezende hoge schades, is de vraag: moeten er ex-postcorrectiemechanismen worden ingezet? En zo ja: welke zijn dan het meest geschikt? Bij de HKV worden alle verzekerden met zorguitgaven boven een bepaalde drempel geselecteerd. Nederlands onderzoek laat zien dat door de imperfecte ex-antisicoverevening bij 10% van de bevolking sprake is van substantiële voorspelbare verliezen. Wordt de HKV toegepast met een drempel van 12.500 euro, dan blijken de voorspelbare winsten en verliezen van verzekeraars maar met 10 tot 25% te reduceren, en voor een enkele subgroep met 40% (Stam en Van de Ven, 2007). Recent Duits onderzoek van Kifman en Lorenz (2008) laat met behulp van Zwitserse data zien dat veel voorspelbare zorguitgaven van verzekeraars juist onder bepaalde kostendrempels liggen. De onderzoekers experimenteren met verschillende onder- en bovendrempels bij de HKV en pleiten ervoor eindige bovendrempels op te leggen. In tegenstelling tot de HKV in de Zorgverzekeringswet (met een oneindige bovendrempel) zou dat meer prikkels voor doelmatigheid geven, terwijl de prikkels voor risicoselectie niet sterk toenemen.



## 6.5 Alternatieven voor hogekostenverevening

Een alternatief voor HKV is hogerisicoverevening (HRV). Bij HRV wijst elke verzekeraar aan het begin van een nieuw jaar zelf aan welke verzekerden in de HRV-pool terechtkomen. De overheid bepaalt het percentage verzekerden – zeg 3 à 5% – die de verzekeraar zelf mag aanwijzen in zijn populatie, en waarvan de kosten mogen worden meegenomen in de HRV-pool. Het idee is dat verzekeraars zelf vooraf hun verzekerden kiezen. Het idee is dat verzekeraars meer informatie hebben dan de overheid en verzekerden met *voorspelbaar* hoge kosten beter kunnen identificeren (dan de overheid).

Een belangrijk voordeel van HRV ten opzichte van HKV is dat bij HRV de verzekerden die ten laste van de pool komen, vooraf moeten worden aangewezen. HRV is daarmee een gericht instrument dan HKV. Bij HKV proberen verzekeraars immers voor hun eigen populatie de *voorspelbare* hoge uitgaven in beeld te krijgen, terwijl bij HRV voor het grootste deel *onvoorspelbare* zorguitgaven worden vergoed.

Onderzoek toont echter aan dat de praktische uitwerking van HRV niet eenvoudig is. Een belangrijk probleem is de centrale vaststelling van het percentage verzekerden dat onder de HRV valt (Van Vliet, 2007).

Ook andere alternatieven zijn geopperd. Zo opperen Stam en Van de Ven (2007) de mogelijkheid om gedifferentieerde ex-postkostencompensatiemechanismen toe te passen. Alle huidige ex-postcorrectiemechanismen worden immers nu uniform toegepast voor alle verzekerden. De overheid kan bijvoorbeeld vooraf een ‘harde kern’ van voorspelbaar verliesgevende verzekerden vaststellen op basis van meerjarig zorggebruik.<sup>17</sup> Voor deze selectie ‘harde kern’ van verzekerden kan dan een ex-postcompensatiemechanisme worden ingezet zoals een HKV. De omvang van de ‘harde kern’ van verliesgevende verzekerden hangt hierbij af van de kwaliteit van de ex-antisicoverevening. Hoe beter de ex-antisicoverevening, hoe kleiner de ‘harde kern’.

## 6.6 Samengevat: voordelen, nadelen, alternatieve beleidsopties

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van HKV en de alternatieve beleidsopties samengevat.

### Voordelen

- HKV maakt risicoselectie van verzekerden met voorspelbaar hoge schades minder aantrekkelijk.
- Bepaalde imperfecties in de ex-antisicoverevening trekt de HKV mogelijk weer recht en creëert daarmee een gelijk spelveld voor verzekeraars.

<sup>17</sup> Het grote probleem is het bedenken van criteria om verliesgevende verzekerden te identificeren. Meerjarige kosten is een voor de hand liggend criterium, maar deze optie heeft ook nadelen omdat het de doelmatigheidsproblemen afzwakt.

### **Nadelen**

- HKV reduceert de prikkels voor een efficiënte zorgverlening; dat geldt vooral voor de zorg aan verzekerden die boven de HKV-drempel uitkomen. HKV grijpt ook in op de kwaliteit en prijsverhouding van een behandeling. Voor verzekerden met hoge schades worden kwalitatief betere en duurere behandelingen door de HKV voor verzekeraars goedkoper.
- Het HKV-instrument is weinig effectief: verzekeraars worden weliswaar gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden, maar voor het merendeel compenseert HKV voor onvoorspelbare zorguitgaven van verzekerden.
- Bij HKV worden de inefficiënties bij de ene verzekeraar gecompenseerd door andere verzekeraars. Dit kan concurrentieverstorend werken.

### **Alternatieve beleidsopties voor HKV**

In de literatuur zijn meerdere alternatieve opties voor HKV gesuggereerd. Alle hieronder genoemde opties komen er eigenlijk op neer dat ze proberen de groep van voorspelbare verliesgevende hoge risico's beter te identificeren:

- Hogerisicoverevening (HRV): iedere verzekeraar identificeert ex-ante de mogelijk verliesgevende risico's. De gerealiseerde zorguitgaven van deze vooraf geïdentificeerde risico's komen vervolgens in een pool terecht die zorgverzekeraars onderling verevenen. Het voordeel van HRV boven HKV is dat verzekeraars alleen voorspelbaar slechte risico's zullen selecteren.
- Duits onderzoek van Kifman en Lorenz (2008) laat zien dat naast het opleggen van een ondergrens, de overheid ook een 'eindige' bovengrens kan overwegen. De winst is dat doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars toenemen, terwijl de prikkels voor risicoselectie minder sterk toenemen.
- Stam en Van de Ven (2007) pleiten voor onderzoek naar verbetering van de ex-anteverevening door meerjarig zorggebruik of meerjarige zorguitgaven op te nemen als ex-antevereveningskenmerk. Een belangrijke afweging hierbij is echter: in hoeverre is dit criterium in de praktijk hanteerbaar? En: in hoeverre genereert dit weer nieuwe prikkels voor een ondoelmatige zorgverlening?
- Een andere optie is om meer differentiatie bij de HKV toe te passen (Stam en Van de Ven, 2007). Dat betekent dat niet alle verzekerden in aanmerking komen voor de HKV, maar dat de overheid ex-ante specifieke groepen verzekerden moet aanwijzen die in aanmerking komen voor de HKV.

## 7 Generieke verevening

In dit hoofdstuk staat het ex-postcorrectiemechanisme generieke verevening centraal. Hoewel generieke verevening in 2008 is afgeschaft, komt generieke verevening hier toch aan bod, omdat het in het verleden een belangrijke rol heeft gespeeld. Hieronder leest u om te beginnen wat generieke verevening is. Daarna worden de gevolgen van generieke verevening voor de twee maten uit hoofdstuk 4 beschreven (paragraaf 7.1 en 7.2). Tot slot volgt een korte hoofdstuksamenvatting (paragraaf 7.3).

### Wat is generieke verevening?

‘Het doel van generieke verevening is om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van de ex-antisicoverevening te corrigeren’ (VWS, 2008). In de praktijk houdt generieke verevening in dat verzekeraars het verschil voor een bepaald percentage onderling verevenen, als de gerealiseerde uitgaven van een verzekeraar boven of onder het ex-antebudget uitkomen, zoals vastgesteld op basis van het macroprestatiebedrag. Generieke verevening is voor de overheid budgetneutraal en heeft dus geen direct effect op de totale zorguitgaven.

### 7.1 Individuele kosteneffect

Het individuele kosteneffect bij generieke verevening hangt af van andere ex-postcorrectiemechanismen die voorafgaande aan generieke verevening plaatsvinden, zoals macronaïcalculatie en de HKV. Het CPB heeft eerst het individuele kosteneffect bepaald voor de situatie waarin er geen andere ex-correctiemechanismen optreden.

Stel, het generieke vereveningspercentage is  $v\%$ . Dit percentage bepaalt hoeveel procent van 1 euro terechtkomt in de vereveningspool; de kosten van de vereveningspool worden omgeslagen over alle zorgverzekeraars naar rato van hun verzekerdenmarktaandeel. Wordt  $v\%$  van 1 euro omgeslagen, dan zal een verzekeraar met marktaandeel  $x\%$  weer  $v\%x\%$  zelf van die inleg moeten betalen. Daardoor is het uiteindelijke bedrag dat een verzekeraar overhoudt, gelijk aan  $100\% - v\% + v\%x\%$ . Het individuele kosteneffect is dan  $100\% - v\% + v\%x\%$ .

Het individuele kosteneffect van generieke verevening wijzigt, als er voorafgaande aan generieke verevening andere ex-postcorrectiemechanismen plaatsvinden. Als er bijvoorbeeld eerst macronaïcalculatie plaatsvindt, dan is het totale bedrag dat in de vereveningspool terechtkomt per definitie nul. Daardoor wordt een positieve inleg in de vereveningspool automatisch gecompenseerd door een negatieve inleg van andere verzekeraars. Na macronaïcalculatie houdt de verzekeraar  $(100\% - x\%)$  van 1 euro extra over; na generieke verevening wordt dit  $(100\% - x\%)(100\% - v\%)$ . Wordt alleen gekeken naar het effect van generieke verevening, dan is de maat voor het individuele kosteneffect gelijk aan  $100\% - v\%$ , als macronaïcalculatie heeft plaatsgevonden.

**Tabel 7.1 Het individuele kosteneffect ten gevolge van generieke verevening in de Ziekenfondswet <sup>a</sup>**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A. Ziekenhuiskosten, variabel									
marktaandeel 1%	70%	70%	70%			70%	70%	70%	70%
Marktaandeel 20%	76%	76%	76%			76%	76%	76%	76%
B. Ziekenhuiskosten, vast									
C. Specialistische hulp,									
marktaandeel 1%					51%				
Marktaandeel 20%					60%				
D. Overige kosten, marktaandeel 1%									
Marktaandeel 20%	70%	70%	70%						
Marktaandeel 20%	76%	76%	76%						
<b>Totale uitgaven</b>									
Marktaandeel 1%	81%	83%	83%	100%	96%	90%	88%	89%	87%
Marktaandeel 20%	84%	87%	86%	100%	96%	92%	91%	91%	89%

<sup>a</sup> Het percentage generieke verevening is bepaald door per deelbedrag de generieke vereveningspercentages in tabel 3.1 te wegen met de respectievelijke kostenaandelen

**Tabel 7.1 (vervolg) Het individuele kosteneffect ten gevolge van generieke verevening in de Zorgverzekeringswet <sup>a</sup>**

	2006	2007	2008	2009	2010
A. Ziekenhuiskosten, variabel marktaandeel 1%					
Marktaandeel 20%	70%	70%			
B. Ziekenhuiskosten, vast					
C. Specialistische hulp, marktaandeel 1%					
Marktaandeel 20%					
D. Overige kosten, marktaandeel 1%					
Marktaandeel 20%					
<b>Totale uitgaven</b>					
Marktaandeel 1%	87%	87%	100%	100%	100%
Marktaandeel 20%	87%	87%	100%	100%	100%

<sup>a</sup> Het percentage generieke verevening is bepaald door per deelbedrag de generieke vereveningspercentages in tabel 3.1 te wegen met de respectievelijke kostenaandelen

In tabel 7.1 wordt het individuele kosteneffect in de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet samengevat. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen een grote verzekeraar met een marktaandeel van 20% en een kleine verzekeraar met een marktaandeel van 1%. Het individuele kosteneffect verschilt tussen de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet vanwege de aanwezigheid van macronaïcalculatie in de Zorgverzekeringswet. Tabel 7.1 laat zien dat in de Ziekenfondswet het individuele kosteneffect groter is voor een grote verzekeraar dan voor een kleine verzekeraar. Merk op dat dit verschil van het individuele kosteneffect tussen een grote en kleine verzekeraar minder groot is dan bij macronaïcalculatie in hoofdstuk 5. Daarnaast is het effect omgekeerd, want bij generieke verevening is het individuele kosteneffect voor een grote verzekeraar juist groter dan een kleine verzekeraar.

Door de vier deelbedragen samen te voegen, ziet u in de laatste twee rijen van tabel 7.1 het individuele kosteneffect van generieke verevening voor alle deelbedragen samen. Merk op dat generieke verevening in 2008 is afgeschaft, waardoor het individuele kosteneffect 100% is.

## 7.2 Effect op kostenverschillen tussen verzekeraars

Het effect van generieke verevening op de kostenverschillen hangt af van de vraag of er vooraf wel of geen macrona calculatie plaatsvindt. Vindt er vooraf macrona calculatie plaats, dan is het totale bedrag dat in de vereveningspool terecht komt, per definitie nul. Generieke verevening komt dan neer op na calculatie (zie hoofdstuk 8). Bij een generiek vereveningspercentage van  $v\%$  is het effect op de kostenverschillen dan gelijk aan:  $\sigma^* = (1-v\%)\sigma$ .

**Tabel 7.2 Kostenverschillen als gevolg van generieke verevening in de Ziekenfondswet**

	1996 <sup>a</sup>	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Percentage generieke verevening <sup>b</sup>	40%	20%	17%	17%	0%	5%	11%	12%	12%
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, in euro's)	50,7	38,2	59,0	36,8	68,8	59,5	28,4	29,3	32,7
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening en HKV, in euro's)	50,9	36,3	56,1	33,1	68,2	56,6	27,1	68,5	29,3
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, macrona calculatie, in euro's)	50,8	38,9	57,3	37,2	68,6	58,2	25,2	25,9	32,5
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, macrona calculatie, HKV, in euro's)	50,7	37,1	54,5	33,5	68,0	55,0	24,4	24,8	29,2

<sup>a</sup>In 1996 vond er geen HKV plaats en zijn de risicomaten na het toepassen generieke verevening vergeleken met de uitkomsten na het direct toepassen van de ex-ante risicoverevening (dus zonder HKV).

<sup>b</sup>Het percentage generieke verevening is bepaald door per deelbedrag de generieke vereveningspercentages in tabel 3.1 te wegen met de respectievelijke kostenaandelen.

De kostenverschillen nemen na generieke verevening dus af met  $100\% - v\%$ . Merk op dat dit resultaat geldt voor de kostenvariatie voor elk deelbedrag afzonderlijk waarvoor generieke verevening plaatsvindt. Het totale effect op de kostenverschillen en het risico hangen dan af van de kostenvariatioes tussen verzekeraars in de deelbedragen afzonderlijk.

In de Ziekenfondswet vond geen macrona calculatie plaats. Het effect op kostenvariatie is dan niet meer vooraf in te schatten omdat de afwijking van het macroprestatiebedrag ten opzichte van gerealiseerde zorguitgaven een belangrijke rol speelt.

Tabel 7.2 laat wel een geringe afname van de kostenverschillen zien. Deze geringe afname valt beter te begrijpen, als wordt gekeken naar het effect van generieke verevening per deelbedrag 'overige kosten' en 'variabele kosten ziekenhuiszorg'. Voor beide deelbedragen was het generieke vereveningspercentage 60% in 1996. Voor beide deelbedragen nemen de kostenverschillen en het risico in gelijke mate af. In 1996 met precies 60% (met macrona calculatie) en ongeveer 60% (zonder macrona calculatie). In de uitkomsten in tabel 7.2

zijn echter ook de uitkomsten van het deelbedrag ‘vaste kosten ziekenhuiszorg’ verwerkt. Gesteld kan worden dat de cijfers in de tabel vrijwel volledig worden beheerst door de veel grotere kostenvariaties bij het deelbedrag ‘vaste kosten ziekenhuiszorg’. Omdat voor dat deelbedrag geen generieke verevening plaatsvond, ziet u in tabel 7.2 ook nauwelijks een afname van de kostenverschillen.

### **7.3 Samengevat: voor- en nadelen**

Omdat generieke verevening in 2008 is afgeschaft, beperkt het CPB zich hier tot de observatie dat de voor- en nadelen van generieke verevening in grote lijn overeenkomen met de voor- en nadelen van nacalculatie. Daarover leest u meer in het volgende hoofdstuk.

## 8 Nacalculatie

In dit hoofdstuk staat het ex-postcorrectiemechanisme nacalculatie centraal. Hieronder leest u om te beginnen wat nacalculatie is. Daarna worden de gevolgen van nacalculatie voor de twee maten uit hoofdstuk 4 beschreven (paragraaf 8.1 en 8.2). Dan komen de prikkels voor zorgverzekeraars aan bod (paragraaf 8.3) en tot slot volgt een samenvatting van de voordelen, nadelen en alternatieve beleidsopties (paragraaf 8.4).

### Wat is nacalculatie?

In de praktijk houdt nacalculatie in dat de overheid het verschil tussen de gerealiseerde uitgaven en het ex-antevereveningsbudget van een verzekeraar achteraf voor een bepaald percentage nacalculeert. Wanneer dit verschil positief uitvalt ontvangt de verzekeraar geld uit het Zorgverzekeringsfonds, en bij een negatief verschil betaalt de verzekeraar aan het Zorgverzekeringsfonds.

### 8.1 Individuele kosteneffect

Geeft een verzekeraar 1 euro extra uit, dan wordt een percentage, zeg  $nac\%$ , daarvan nagecalculeerd door de overheid. Het individuele kosteneffect is dus gelijk aan  $100\% - nac\%$ . Merk op dat het individuele kosteneffect onafhankelijk is van bijvoorbeeld het marktaandeel van een verzekeraar of van de vraag of macronacalculatie plaatsvindt. Door nacalculatie wordt risicoselectie dus minder aantrekkelijk. Door nacalculatie worden ook de prikkels voor een doelmatige zorgverlening kleiner, en wordt kwalitatief betere en duurdere zorg relatief goedkoper voor een verzekeraar.

Omdat nacalculatie voor verschillende deelbedragen plaatsvindt, vindt u in tabel 8.1 de nacalculatiepercentages per deelbudget en, op de laatste regel, het individuele kosteneffect van nacalculatie op de totale zorguitgaven. In tabel 8.1 valt te zien dat tot en met 2006 het individuele kosteneffect voor ziekenhuiskosten vast 5% was, omdat deze kosten voor 95% werden nagecalculeerd. In 2007 tot en met 2010 is het kosteneffect 0%, omdat de overheid besloot om de ziekenhuiskosten vast voor 100% na te calculeren. Het uitgangspunt achter deze 100%-nacalculatie was dat zorgverzekeraars geen invloed kunnen uitoefenen op de vaste kosten en hierover dus ook geen risico moeten lopen.

Deze redenering lijkt op het eerste gezicht plausibel. De cruciale vraag is echter: hoe worden de vaste ziekenhuiskosten bepaald? Of beter gezegd: hoe bepaal je de kosten die verzekeraars niet kunnen beïnvloeden? Dit blijkt een tamelijk complex en ondoorzichtig proces te zijn, wat ook blijkt uit de evolutie van het jaarlijkse aandeel van de vaste ziekenhuiskosten in de totale ziekenhuiskosten. Door de wijze van splitsing tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten was van 1996 tot en met 2001 het merendeel (rond de 60%) van de ziekenhuiskosten vast. In 2002 werd de berekening gewijzigd en werden de vaste en variabele ziekenhuiskosten zelfstandig

vastgesteld. Daardoor halveerde het aandeel vaste ziekenhuiskosten bijna, naar 38% in 2002. Doordat de vaste kosten jaarlijks opnieuw werden vastgesteld, nam het aandeel van vaste ziekenhuiskosten verder af naar 15% in 2008 en 11% in 2010.

Uit tabel 8.1 blijkt ook dat voor het deelbedrag overige kosten sinds 1999 geen nacalculatie heeft plaatsgevonden. Daardoor blijft het individuele kosteneffect als gevolg van nacalculatie 100%.

<b>Tabel 8.1 Het individuele kosteneffect ten gevolge van nacalculatie in de Ziekenfondswet</b>										
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
A. Ziekenhuiskosten, variabel	75%	75%	75%	75%	75%	65%	65%	65%	65%	
B. Ziekenhuiskosten, vast	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	
C. Specialistische hulp		5%	5%	5%	60%					
Ziekenhuis totaal (A+B+C)	29%	23%	23%	30%	42%	45%	45%	45%	46%	
Overige kosten	75%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Totale uitgaven	51%	48%	55%	54%	59%	66%	67%	67%	65%	

<b>Tabel 8.1 (vervolg) Het individuele kosteneffect ten gevolge van nacalculatie in de Zorgverzekeringswet</b>						
	2006	2007	2008	2009	2010	
A. Ziekenhuiskosten, variabel	65%	65%	50%	67%	82%	
B. Ziekenhuiskosten, vast	5%	5%	0%	0%	0%	
C. Specialistische hulp						
Ziekenhuis totaal (A+B+C)	47%	46%	37%	52%	67%	
Overige kosten	100%	100%	100%	100%	100%	
Totale uitgaven	68%	67%	63%	72%	82%	

## 8.2 Effect op kostenverschillen tussen verzekeraars

In theorie is eenvoudig in te zien dat voor elk deelbudget waarop nacalculatie van toepassing is, ook na het vooraf toepassen van macronacalculatie, de kostenverschillen met nac% worden gereduceerd. De percentages in de eerste rij in tabel 8.1 geven de reducties aan per deelbudget. In de praktijk kan het effect op de totale zorguitgaven echter anders uitvallen. Dit heeft te maken met het feit dat er verschillende nacalculatiepercentages per deelbudget bestaan. In tabel 8.2 vindt u enkele resultaten voor de jaren 1996-2004.

Merk op dat nacalculatie in tegenstelling tot HKV en generieke verevening niet budgetneutraal is: de overheid moet geld overmaken of krijgt geld terug van verzekeraars als de totale zorguitgaven afwijken van het macroprestatiebedrag. Uit tabel 8.2 volgt dat de afname van de kostenverschillen veel groter is dan te verwachten valt op grond van de nacalculatiepercentages op de eerste rij van tabel 8.2. De reden: de kostenvariatie tussen verzekeraars is in de praktijk veel groter voor het budget vaste kosten ziekenhuiszorg dan voor de overige twee deelbedragen ('overige kosten' en 'variabele kosten ziekenhuiszorg'). Door het



hoge nacalculatiepercentage voor het budget ‘vaste kosten ziekenhuiszorg’ nemen de kostenverschillen dan ook veel sterker af dan in eerste instantie te verwachten valt op grond van tabel 8.2.<sup>18</sup>

**Tabel 8.2 Kostenverschillen als gevolg van nacalculatie in de Ziekenfondswet**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Percentage nacalculatie <sup>a</sup>	65%	50%	52%	45%	46%	41%	34%	32%	34%
$\sigma$ (kostenverschillen na ex-ante risicoverevening, HKV en generieke verevening)	50,9	36,3	56,1	33,1	68,2	56,6	27,1	68,5	29,3
$\sigma$ (Kostenverschillen na ex-ante risicoverevening, HKV generieke verevening en nacalculatie)	6,2	13,9	11,1	17,1	23,2	21,5	10,8	12,4	15,9
$\sigma$ Kostenverschillen na ex-ante risicoverevening, macronacalculatie, HKV en generieke verevening	50,7	37,1	54,5	33,5	68,0	55,0	24,4	24,8	29,2
$\sigma$ Kostenverschillen na ex-ante risicoverevening, macronacalculatie, HKV, generieke verevening en nacalculatie	6,4	13,9	11,0	17,0	22,7	22,9	10,6	11,0	15,8

<sup>a</sup> Het percentage generieke verevening is bepaald door per deelbedrag de nacalculatiepercentages in tabel 3.1 te wegen met de kostenaandelen.

### 8.3 Prikkel voor zorgverzekeraars

Door nacalculatie neemt het individuele kosteneffect af. Daardoor lopen verzekeraars niet meer 100% risico over elke euro die ze extra uitgeven of bezuinigen in de ziekenhuiszorg. Hierdoor nemen de prikkels voor doelmatigheid af en nemen de prikkels voor kwalitatief duurdere zorg toe.<sup>19</sup> De bekende uitruil is dat de prikkels voor risicoselectie ook afnemen. Selectie door verzekeraars neemt af, omdat verzekerden met hogere of lagere dan gemiddelde kosten door nacalculatie minder verlies of winst opleveren voor verzekeraars. Door de afnemende kostenverschillen wordt averechtse selectie ook kleiner, omdat afnemende kostenvariatiën tussen zorgverzekeraars, ceteris paribus, leiden tot lagere premievariatiën tussen verzekeraars. De tegenhanger hiervan is echter dat lagere premievariatiën weer kunnen leiden tot minder concurrentie (Cutler en Reber, 1998).

Nacalculatie wordt net als HKV uniform toegepast op alle verzekerden en is in die zin dus een weinig gericht instrument. Het blijft bijvoorbeeld onduidelijk in hoeverre de gekozen nacalculatiepercentages voor de verschillende deelbedragen voldoen aan het doel dat het ministerie van VWS (2007) zichzelf heeft gesteld: ‘Het doel van nacalculatie is om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorgkosten te beïnvloeden’.

<sup>18</sup> Dit verklaart ook waarom in het vorige hoofdstuk de kostenverschillen in tabel 7.2 veel zwakker afnemen dan te verwachten valt op grond van de generieke vereveningspercentages.

<sup>19</sup> Niet alleen het risico neemt af, maar ook worden prijs- en volumeonderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders minder transparant, omdat verzekeraars er rekening mee moeten houden dat er achteraf nog correcties plaatsvinden.

Een probleem met verschillende nacalculatiepercentages is dat die kunnen leiden tot prikkels voor ongewenste substitutie van kosten. Een verzekeraar heeft immers een prikkel om kosten in die deelbedragen te laten neerslaan waar het nacalculatiepercentage het hoogste is. Door nacalculatie wordt het voor verzekeraars bijvoorbeeld goedkoper om geneesmiddelen of behandelingen via het ziekenhuis te laten lopen dan buiten het ziekenhuis om.

Nacalculatie leidt dus tot minder risico voor een zorgverzekeraar over de zorgkosten. Hierdoor ontstaan lagere risicopremies en solvabiliteitsmarges. Maar de tegenhanger hiervan is dat de risico's bij de overheid worden neergelegd. De risico's worden dus afgewenteld op het collectief.

Het ministerie van VWS heeft inmiddels eerste stappen gezet om de nacalculatie af te bouwen. Door de invoering van het dbc-systeem worden alle kosten van een behandeling integraal meegenomen, dus ook de vaste ziekenhuiskosten. De ziekenhuiskosten zijn verder gesplitst in een A- en een B-segment. De minister heeft inmiddels besloten om in 2010 verzekeraars volledig risico te laten lopen over de dbc's in het B-segment en dus ook over de bijbehorende vaste ziekenhuiskosten. Als meer dbc's overgeheveld worden van het A-segment naar het B-segment, dan worden zorgverzekeraars ook volledig risicodragend voor die kosten. Dit effect is voor 2009 en 2010 zichtbaar in tabel 8.1. Door het B-segment in 2009 verder uit te breiden en het nacalculatiepercentage voor dat segment verder te verlagen, is het individuele kosteneffect gestegen van 37% in 2008 naar 67% in 2010.

#### **8.4 Samengevat: voordelen, nadelen, alternatieve beleidsopties**

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van nacalculatie en de alternatieve beleidsopties samengevat.

##### **Voordelen**

- Het budget van verzekeraars wordt mogelijk gedeeltelijk gecorrigeerd voor voorspelbare zorguitgaven van verzekerden waarvoor de ex-antierisicoverevening imperfect is. Nacalculatie is zinvoller naarmate de voorspelbare zorguitgaven tussen verzekerden die overblijven na het toepassen van ex-antierisicoverevening schever zijn verdeeld over de verzekeraars.
- Nacalculatie vermindert het risico over dat deel van de uitgaven dat zorgverzekeraars niet kunnen beïnvloeden. Ook hier is nacalculatie zinvoller naarmate de niet-beïnvloedbare kosten schever zijn verdeeld over de verzekeraars.
- Nacalculatie zwakt de prikkels van zorgverzekeraars voor risicoselectie af.
- Het toepassen van nacalculatie leidt tot een lagere risicopremie bij de premiestelling en lagere solvabiliteitsmarges voor zorgverzekeraars.

### **Nadelen**

- Nacalculatie reduceert de prikkels voor een efficiënte zorgverlening. Goedkopere en doelmatige zorg wordt door nacalculatie relatief duurder. (Kwalitatief) duurdere en ondoelmatige zorg wordt door nacalculatie juist relatief goedkoper. Door deze prikkelstructuur neemt het risico van hogere zorguitgaven toe.
- Door nacalculatie wordt het risico van hogere uitgaven verschoven van de verzekeraar naar de overheid. Hierdoor kunnen de kosten voor het financieren van de overheidsschuld toenemen.
- Nacalculatie is een weinig gericht instrument, omdat onduidelijk is in welke mate nacalculatie verzekeraars ook werkelijk compenseert voor voorspelbare zorguitgaven. Daarnaast worden verzekeraars gecompenseerd voor zorguitgaven die de overheid liever niet zou willen nacalculeren, zoals ondoelmatige zorg. Dit gebrek aan inzicht maakt het lastig om objectieve nacalculatiepercentages vast te stellen.
- Nacalculatie kan leiden tot ongewenste substitutie van kosten, doordat verzekeraars een prikkel hebben om kosten daar te laten neerslaan waar het nacalculatiepercentage het hoogste is. In 2009 was er bijvoorbeeld sprake van drie nacalculatiepercentages (100% voor vaste kosten ziekenhuiszorg, 40% voor variabele kosten ziekenhuiszorg in het A-segment, 15% voor kosten ziekenhuiszorg in het B-segment). Het kan dus voor verzekeraars aantrekkelijk zijn om uitgaven uit het B-segment te laten neerslaan in het A-segment. De prikkels voor substitutie nemen toe naarmate verzekeraars meer mogelijkheden hebben om kosten tussen deelbedragen te substitueren.

### **Alternatieve beleidsopties**

In theorie is een nacalculatiepercentage van 100% geschikt als verzekeraars volstrekt geen invloed kunnen uitoefenen op bepaalde zorguitgaven. In de praktijk is het echter heel moeilijk om de niet-beïnvloedbare kosten te isoleren van de beïnvloedbare kosten. Als zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op hun eigen zorguitgaven, dan lijkt nacalculatie een minder geschikt instrument. Het ligt dan ook voor de hand om net als bij de HKV te proberen ex-postcorrectiemechanismen in te zetten die er vooral op gericht zijn voorspelbare zorguitgaven te compenseren.

Daarnaast lijkt het voor de overheid weinig zinvol om *voorspelbare* zorguitgaven van verzekerden te compenseren wanneer het verschil met het normbedrag dat verzekeraars ontvangen uit de ex-antisicoverevening klein is. Kleine afwijkingen, als gevolg van een imperfect systeem van risicoverevening, leiden immers niet tot risicoselectie, omdat het uitoefenen van risicoselectie ook niet zonder kosten is. Bovendien zullen verzekeraars zich vooral richten op het selecteren van verzekerden met een groot *voorspelbaar* verlies.

Het is daarom belangrijk om ex-postcompensatiemaatregelen te ontwerpen die vooral op die specifieke groepen gericht zijn. Dit zal in de praktijk overigens niet eenvoudig zijn, omdat het lastig is om specifieke groepen te traceren en af te bakenen.



## 9 Bandbreedteregeling

In dit hoofdstuk staat het ex-postcorrectiemechanisme bandbreedteregeling centraal. Hieronder leest u om te beginnen wat de bandbreedteregeling is. Daarna worden de gevolgen van de bandbreedteregeling voor de twee maten uit hoofdstuk 4 beschreven (paragraaf 9.1). Tot slot volgt een samenvatting van de voordelen, nadelen en alternatieve beleidsopties (paragraaf 9.2).

### **Wat is de bandbreedteregeling?**

‘Het doel van de bandbreedteregeling is het begrenzen van de financiële risico’s die zorgverzekeraars in verband met de invoering van dbc’s bij ziekenhuizen tijdelijk lopen’ (VWS, 2007). Het ministerie van VWS heeft de bandbreedteregeling in 2006 ingevoerd bij de deelbedragen variabele kosten ziekenhuiszorg en kosten overige prestaties. Vanaf 2007 geldt de regeling alleen nog voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuiszorg. Die regeling werkt als volgt: valt het verschil tussen de gemiddelde uitgaven per verzekerde en het gemiddelde bedrag per verzekerde dat verzekeraars ontvangen via de ex-antisicoverevening en de ex-postcorrectiemechanismen, buiten een bepaalde bandbreedte? Dan wordt het bedrag dat buiten de bandbreedte valt, voor 90% gecompenseerd via het Zorgverzekeringsfonds. De bandbreedte was in 2006 en 2007, 35 euro, en is gestegen naar 40 euro in 2008 en 45 euro in 2010.

Geven zorgverzekeraars 1 euro extra uit, dan lopen ze daarover dus het volledige risico zolang de gemiddelde kosten van de ziekenhuiszorg binnen de bandbreedte liggen. Liggen de gemiddelde kosten buiten de bandbreedte, dan loopt een verzekeraar 10% risico over die extra Euro, omdat die kosten voor 90% worden nagecalculeerd.

Merk op dat cruciaal is of er voorafgaande aan het toepassen van de bandbreedteregeling wel of geen macronaïcalculatie wordt toegepast. Wanneer macronaïcalculatie wordt toegepast is het gemiddelde van de bandbreedte gelijk aan het herberekende gemiddelde ex-antebudget per verzekerde van de verzekeraar. Zonder macronaïcalculatie zal eerst bepaald moeten worden hoe het gemiddelde van de bandbreedte wordt berekend. Enerzijds, wanneer voor hetzelfde gemiddelde als hierboven wordt gekozen, kan het gebeuren dat de verzekeraar binnen de bandbreedte blijft, terwijl de afwijking tussen de gemiddelde gerealiseerde zorguitgaven per verzekerde en het gemiddelde ex-antebudget per verzekerde groter is dan de bandbreedte. Dit zal optreden wanneer de afwijking tussen het macroprestatiebudget en de gerealiseerde totale zorguitgaven groot is. Anderzijds, wanneer het niet herberekende ex-antebudget gebruikt wordt dan kunnen bij een grote afwijking in de raming en realisaties van de zorguitgaven alle verzekeraars buiten de bandbreedte vallen. In dit geval is het belang van een goede raming groot. De precieze vormgeving en wenselijkheid van een bandbreedteregeling zal opnieuw bekeken moeten worden wanneer macronaïcalculatie wordt afgeschaft maar een bandbreedte blijft bestaan.

## 9.1 Voor- en nadelen van de bandbreedteregeling

In dit hoofdstuk wijkt de opzet af van de voorgaande hoofdstukken. Ten eerste is het individuele kosteneffect van de bandbreedteregeling lastig vast te stellen, omdat dat sterk afhangt van de grootte en doelmatigheid van een zorgverzekeraar. Ten tweede, de informatie om kostenverschillen van de bandbreedteregeling tussen verzekeraars te berekenen ontbreekt. We kiezen daarom voor een kwalitatieve aanpak.

De bandbreedteregeling zal anders uitpakken voor grote dan voor kleine verzekeraars, omdat de regeling wordt toegepast op basis van de gemiddelde zorguitgaven. Grote verzekeraars kunnen hun risico's beter poolen en zijn daardoor minder gevoelig voor uitschieters dan kleine verzekeraars. Zo kunnen imperfecties in de ex-antisicoverevening kleine verzekeraars mogelijk harder treffen, waardoor kleine verzekeraars eerder zullen worden gecompenseerd dan grote verzekeraars.

De prikkels voor een doelmatige zorg kunnen door de bandbreedteregeling worden verminderd. Zo zal een doelmatige zorgverzekeraar minder prikkels ondervinden voor verdergaande doelmatigheid wanneer zijn gemiddelde zorguitgaven buiten de bandbreedte (dreigen te) vallen.

Ook op andere manieren wordt de doelmatigheid in het systeem door de bandbreedteregeling beïnvloed. Twee voorbeelden verduidelijken dit. In het eerste voorbeeld ziet u dat verzekeraars ook met relatief kleine doelmatigheidswinsten worden benadeeld door de bandbreedteregeling, en dat dit nadeel groter is voor kleine dan voor grote verzekeraars.

Stel, een verzekeraar is structureel iets doelmatiger dan gemiddeld: hij heeft bijvoorbeeld structureel 15 euro per verzekerde lagere zorguitgaven voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg. Omdat er bij de zorguitgaven altijd sprake is van een willekeurige variatie, zullen de werkelijke zorguitgaven het ene jaar wat lager uitvallen dan de 15 euro en het andere jaar wat hoger. Bij een kleine verzekeraar is de willekeurige variatie immers groter dan bij een grote verzekeraar. Stel nu eens dat in jaar  $t$  de zorguitgaven 15 euro hoger uitvallen en in jaar  $t+1$ , 15 euro lager dan de structurele zorguitgaven. Vallen ze hoger uit, dan komen ze precies op het gemiddelde van de bandbreedte terecht en moet de verzekeraar de volledige rekening betalen. In het jaar  $t+1$  vallen de zorguitgaven 15 euro lager uit, waardoor de gemiddelde totale zorguitgaven aan de onderkant buiten de bandbreedte vallen. De uitgaven die aan de onderkant buiten de bandbreedte vallen worden nagecalculeerd. Met andere woorden: de verzekeraar moet een gedeelte van de structurele doelmatigheidswinsten inleveren. De kans van het inleveren van doelmatigheidswinsten neemt toe naarmate de structurele doelmatigheidswinst groter is en naarmate een verzekeraar kleiner is.<sup>20</sup>

Ook een tweede voorbeeld toont aan dat kleine verzekeraars de doelmatigheidsprikkels wegnemen. In 2008 had de ZEKUR-polis een premie van 933 euro. De premie was meer dan

<sup>20</sup> Merk op dat via de omgekeerde redenatie structurele ondoelmatigheid wordt gecompenseerd. Die compensatie is weer groter voor kleine verzekeraars dan voor grote verzekeraars.

100 euro goedkoper dan de gemiddelde polis met een premie van 1.057 euro (Douven en Mannaerts, 2008). Volgens de informatie op de website van de verzekeraar kon hij deze premiekortingen geven, omdat hij selectieve contracten had afgesloten met een beperkt aantal ziekenhuizen in Nederland. Was de ZEKUR-polis in de markt gezet door een kleine (toetredende) zorgverzekeraar, dan zouden zulke kortingen van meer dan 100 euro ondenkbaar zijn geweest door de bandbreedteregeling in 2008. In 2008 kon op de ziekenhuisuitgaven immers niet veel meer dan 20 euro worden verdiend ten opzichte van de gemiddelde verzekeraar. Omdat de ZEKUR-polis echter een onderdeel is van een grotere verzekeraar, kunnen de ziekenhuisuitgaven van de ZEKUR-polis gepoold worden met ziekenhuisuitgaven van andere polissen. En daardoor kunnen ze per saldo wel binnen de bandbreedte blijven en kan de grotere verzekeraar alle doelmatigheidswinsten van de ZEKUR-polis dus zelf behouden.<sup>21</sup> Dit voorbeeld laat zien dat initiatieven als de ZEKUR-polis alleen mogelijk zijn voor grote verzekeraars, maar (nog) niet voor kleine verzekeraars zijn weggelegd. De bandbreedteregeling kan daarmee ook de toetreding van nieuwe verzekeraars beperken, omdat toetredende zorgverzekeraars vaak klein moeten beginnen.

Andersom kan de bandbreedteregeling ook grote verzekeraars doen besluiten om polissen met een duur verzekerdenbestand juist als aparte risicodrager aan te melden. De hoge ziekenhuisuitgaven worden dan niet meer gepoold en de verzekeraar krijgt de uitgaven dan gecompenseerd die buiten de bandbreedteregeling vallen.

Een ander nadeel van de bandbreedteregeling is dat het maximale verlies voor een verzekeraar beperkt wordt. Dit laat in theorie de mogelijkheid open om helemaal geen inspanningen te verrichten voor de inkoop van ziekenhuiszorg.

Hoe de bandbreedteregeling in de praktijk gaat uitpakken voor individuele verzekeraars, is lastig in te schatten. Helaas is er geen data voor recente jaren beschikbaar. In tabel 9.1 ziet u hoeveel verzekeraars in de Ziekenfondswet binnen een bepaalde bandbreedte vallen nadat alle ex-postcorrectiemechanismen in dat jaar zijn toegepast. Uit tabel 9.1 volgt dat in alle jaren de meeste verzekeraars binnen de 10 euro bandbreedte blijven. De verschillen tussen de verzekeraars zijn dus relatief klein. Er zijn elk jaar wel een aantal verzekeraars met zorguitgaven buiten de bandbreedte, maar over het algemeen zijn dat de kleinere verzekeraars. Bijvoorbeeld in 2004: vier verzekeraars met een financieel resultaat buiten de bandbreedte van 20 euro hadden een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer 8%. Het kostenaandeel dat ten opzichte van het totale deelbedrag variabele kosten ziekenhuiszorg buiten de bandbreedte viel was zeer gering en bedroeg ongeveer 0,15% in 2004.

<sup>21</sup> De grote verzekeraar loopt natuurlijk wel een risico, als al zijn verzekerden voor de ZEKUR-polis zouden kiezen. De verzekeraar heeft dit risico afgedekt door een gericht marketingbeleid; de verzekering is alleen bedoeld voor jonge en gezonde mensen.

**Tabel 9.1 Aantal verzekeraars met financieel resultaat binnen een bepaalde bandbreedte voor het deelbedrag 'Variabele kosten ziekenhuiszorg' (prijzen 2004)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kleiner dan 10 euro	22	19	20	22	16	18	15	13	15
Tussen 10 en 15 euro	2	4	4	2	7	2	3	6	1
Tussen 15 en 20 euro	3	1	1	4	2	2	2	0	1
Tussen 20 en 25 euro	0	2	4	0	0	1	1	1	0
Meer dan 25 euro	0	3	0	1	1	1	0	1	4

Deze gegevens lijken echter weinig bruikbaar voor de jaren 2006 tot en met 2010, omdat er sinds 2004 veel is veranderd. Ten tweede is het de vraag of een analyse zin heeft wanneer een bandbreedte al is ingevoerd. In een brief van het ministerie van VWS (2008) aan de Kamer voor de risicoverevening 2009 staat: '...Uit berekeningen op gegevens 2006 blijkt dat naar verwachting slechts een enkele verzekeraar wordt afgeroomd. Een zeer beperkt aantal verzekeraars valt mogelijk aan de onderkant buiten de Bandbreedteregeling...'. Deze observatie suggereert dat een bandbreedte weinig kwaad kan, maar het is de vraag of deze observatie veel waarde heeft. In 2006 waren de prikkels voor een doelmatige zorginkoop nog kleiner door een bandbreedte van 35 euro. Dit betrof alle zorguitgaven exclusief vaste kosten ziekenhuiszorg. Juist het feit dat verzekeraars allemaal binnen de bandbreedte blijven, kan ook suggereren dat juist door de bandbreedteregeling nog geen enkele verzekeraar veel werk heeft gemaakt van een doelmatige zorginkoop.<sup>22</sup>

## 9.2 Samengevat: voordelen, nadelen en alternatieve beleidsopties

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van de bandbreedteregeling en de alternatieve beleidsopties samengevat.

### Voordelen

- Het voordeel van bandbreedteregelingen ten opzichte van andere ex-postcorrectiemechanismen is dat binnen de bandbreedte de prikkels voor een doelmatige zorg optimaal blijven. De doelmatigheidsprikkels nemen pas af, als de zorguitgaven buiten de bandbreedte (dreigen te) vallen.
- Bandbreedteregelingen verminderen het risico voor zorgverzekeraars; dat kan leiden tot lagere risicopremies en solvabiliteitsmarges voor verzekeraars. De vermindering van het risico is overigens groter voor kleine dan voor grote verzekeraars.
- Bandbreedteregelingen compenseren verzekeraars mogelijk gedeeltelijk voor voorspelbare zorguitgaven van verzekerden waarvoor de ex-antierisicoverevening imperfect is.
- Bandbreedteregelingen verminderen de prikkels voor risicoselectie; dit effect is groter voor kleine dan voor grote verzekeraars.

<sup>22</sup> In 2006 waren de prikkels voor een doelmatige zorginkoop nog kleiner door een bandbreedte van 35 euro.



### **Nadelen**

- Bandbreedteregelingen kunnen de prikkels voor een efficiënte zorgverlening reduceren. Ondoelmatige zorg wordt afgewenteld op de overheid.
- Bandbreedteregelingen pakken anders uit voor grote dan voor kleine verzekeraars, tasten daarmee het gelijke speelveld aan en belemmeren toetreding. Voor grote verzekeraars worden de doelmatigheidsprikkels minder aangetast dan voor kleine verzekeraars. Dit komt doordat kleine verzekeraars een grotere willekeurige variatie in de uitgaven hebben. Ook worden kleine verzekeraars beperkt in hun mogelijkheid om polissen met potentiële grote doelmatigheidswinsten aan te bieden. Grote verzekeraars kunnen de potentiële grote doelmatigheidswinsten van een polis poolen met andere zorguitgaven en dus zelf behouden.
- Omdat bandbreedteregelingen zekerheid geven over een beperkt maximaal verlies, is het in theorie mogelijk dat verzekeraars helemaal geen inspanningen verrichten voor de inkoop van ziekenhuiszorg. Zeker bij kleine bandbreedtes zal de zorgverzekeraar de afweging maken of zijn investeringen in doelmatigheid wel opwegen tegen de maximale winst die hij kan behalen.

### **Alternatieve beleidsopties**

Bandbreedteregelingen met een gelijke bandbreedte voor iedere verzekeraar kunnen het gelijke speelveld aantasten en creëren daarmee ongelijke condities tussen verzekeraars. Daarom verdienen bandbreedteregelingen de voorkeur die invariant zijn voor de grootte van een verzekeraar en het gelijke speelveld tussen verzekeraars minder aantasten. Dit zou kunnen pleiten voor bandbreedteregelingen met variabele bandbreedtes, waarbij de grootte van de bandbreedte afhangt van de grootte van de verzekeraar. Een andere optie is om bandbreedteregelingen op afzonderlijke verzekeringspolissen toe te passen. Dit voorkomt dat grote verzekeraars zorguitgaven van verschillende polissen kunnen poolen.

Een belangrijk aandachtspunt is dat een bandbreedte eenvoudiger is uit te voeren wanneer er vooraf macronacalculatie plaatsvindt. In dat geval zijn immers de gemiddelde zorguitgaven per verzekerde gelijk aan het gemiddelde normbedrag per verzekerde dat wordt gehanteerd bij de ex-anteiscoverevening (inclusief macronacalculatie). Zonder macronacalculatie kan, afhankelijk van de kwaliteit van de ex-ante raming van de totale zorguitgaven, het gemiddelde normbedrag een stuk lager/hoger uitvallen dan de gemiddelde gerealiseerde zorguitgaven per verzekerde. Dat maakt het veel lastiger om de bandbreedte goed vast te stellen.



## 10 Totale effecten

In dit hoofdstuk vindt u een samenvatting van het totale individuele kosteneffect (paragraaf 10.1) en van het totale effect op de kostenverschillen tussen verzekeraars van de besproken ex-postcorrectiemechanismen (paragraaf 10.2).

### 10.1 Totale individuele kosteneffect

Het individuele kosteneffect berekent het CPB door afzonderlijke individuele kosteneffecten van macronacalculatie (tabel 5.1), HKV (tabel 6.1), generieke verevening (tabel 7.1) en nacalculatie (tabel 8.1) met elkaar te vermenigvuldigen. Hieruit blijkt dat de risicodragendheid van verzekeraars gestaag toenam tot 2006. Na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 nam het individuele kosteneffect voor grote verzekeraars echter weer af, door de invoering van de macronacalculatie.

**Tabel 10.1** Het individuele kosteneffect in de ZFW en ZVW voor verzekeraars met verschillende marktaandelen<sup>a</sup>

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Marktaandeel 1%	36%	36%	43%	52%	54%	53%	51%	54%	51%	53%	52%	59%	67%	74%
Marktaandeel 10%	37%	37%	44%	52%	54%	54%	53%	55%	53%	49%	48%	54%	61%	68%
Marktaandeel 20%	38%	38%	45%	52%	55%	55%	54%	56%	54%	45%	44%	48%	55%	61%
Marktaandeel 30%	40%	39%	47%	53%	55%	56%	56%	58%	55%	40%	40%	42%	48%	54%

<sup>a</sup>Hierbij is in de Zvw (2006-2010) geen rekening gehouden met de bandbreedteregeling, waardoor per saldo het individuele kosteneffect lager uitvalt dan in de tabel is vermeld.

In tabel 10.1 vindt u de resultaten voor verzekeraars met vier verschillende marktaandelen. Dit correspondeert met de huidige Nederlandse situatie, waarbij de grootste verzekeraar een marktaandeel heeft van bijna 30% (NZa, 2008). Daarnaast is er ook een aantal kleine verzekeraars in de markt met een veel kleiner marktaandeel (rond de 1%). Verder is het te verwachten dat potentiële toetreders klein zullen beginnen. De tabel laat zien dat het individuele kosteneffect in de Ziekenfondswet na 2000 boven de 50% uitkomt en dan vrijwel constant blijft tot en met 2005. Zoals reeds eerder is opgemerkt, liepen kleine zorgverzekeraars in de Ziekenfondswet weliswaar minder risico dan grote verzekeraars, maar de verschillen zijn klein en blijven beperkt tot maximaal 3 procentpunt.<sup>23</sup>

In de jaren 2006-2010, ten tijde van de Zorgverzekeringswet, zijn de verschillen groter als gevolg van de introductie van macronacalculatie. Door een verhoging van de HKV-drempel, verlaging van de nacalculatiepercentages en het afschaffen van generieke verevening loopt het individuele kosteneffect voor een kleine verzekeraar op van 53% in 2006 tot 74% in 2010. Voor een verzekeraar met een marktaandeel van 30% daalt het individuele kosteneffect door de

<sup>23</sup> In de Ziekenfondswet lagen de marktaandelen van alle verzekeraars onder de 20%.

invoering van macronacalculatie in 2006 met ongeveer 15%: van 55% in 2005 naar 40% in 2006. Het individuele kosteneffect stijgt vervolgens van 40% in 2006 naar 54% in 2010.

Merk op dat het effect van de bandbreedteregeling hierin niet is meegenomen. De bandbreedteregeling zal, afhankelijk van de breedte, het individuele kosteneffect verder verlagen, maar zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven is een kwantitatieve inschatting moeilijk te maken.

### **Conclusie**

Geeft een verzekeraar met een marktaandeel van 30% in 2010, 1 euro extra uit, dan zal de overheid die extra euro compenseren vanwege de ex-postcorrectiemechanismen. Van die euro geeft de overheid 0,46 euro terug aan de verzekeraar zelf en 0,54 euro aan de overige verzekeraars zolang de verzekeraar binnen de bandbreedteregeling van de variabele ziekenhuiskosten blijft.

Geeft een verzekeraar met een marktaandeel van 1% in 2010, 1 euro extra uit, dan krijgt die verzekeraar 0,26 euro van de overheid terug en verdeelt de overheid 0,74 euro over de andere verzekeraars (naar rato van hun marktaandeel) zolang de variabele ziekenhuiskosten binnen de bandbreedteregeling blijven.

Bezuinigt een verzekeraar in 2010 gemiddeld 1 euro extra in de zorg, dan geldt precies de omgekeerde redenering. Als de grote verzekeraar bijvoorbeeld 1 euro bezuinigt, dan bezuinigt de overheid 1 euro via het Zorgverzekeringsfonds. De overheid bezuinigt, doordat de grote verzekeraar zelf 0,46 euro moet afstaan aan het Zorgverzekeringsfonds en de overige verzekeraars gezamenlijk 0,54 euro (naar rato van hun marktaandeel) moeten afstaan aan het Zorgverzekeringsfonds.

## **10.2 Totale effect op kostenverschillen tussen verzekeraars**

In tabel 10.2 vindt u een overzicht van de kostenverschillen tussen verzekeraars van verzekeraars in de Ziekenfondswet van 1996-2004, zoals het CPB die achteraf heeft berekend. Er is een trend van afnemende kostenverschillen door een verbetering van de ex-ante risicoverevening. De kostenverschillen nemen verder af door het toepassen van ex-postcorrectiemechanismen, maar deze trend neemt af naarmate er minder ex-postcorrectiemechanismen worden ingezet. Het toepassen van macronacalculatie heeft nauwelijks gevolgen voor de kostenverschillen.

De afname van de kostenverschillen is groot en in alle gevallen (veel) hoger dan 50%. Deze sterke afnamen worden verklaard, doordat de onderlinge kostenverschillen tussen verzekeraars het grootst zijn in dat deelbedrag waar de ex-postcorrectiemechanismen het sterkst zijn ingezet: de vaste kosten ziekenhuiszorg. Dat is overigens niet vreemd: juist bij de vaste kosten ziekenhuiszorg ontbreekt een adequaat ex-antecovereveningssysteem. Door de

vastekostencomponent onder te brengen in de dbc-tarieven zullen deze kosten in de toekomst overigens wel worden meegenomen bij de ex-antisicoverevening.

**Tabel 10.2 Kostenverschillen als gevolg van ex-postcorrectiemechanismen**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
(1) $\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, in euro's)	50,7	41,0	63,2	41,4	70,6	63,2	38,0	44,1	39,6
(2) $\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, HKV, generieke verevening en nacalculatie, in euro's)	6,2	13,9	11,1	17,1	23,2	21,5	10,8	12,4	15,9
$\sigma$ (kostenverschillen, Afname (1) – (2) in %)	- 88%	- 66%	- 82%	- 59%	- 67%	- 66%	- 72%	- 72%	- 60%
$\sigma$ (kostenverschillen, na ex-ante risicoverevening, macronacalculatie, HKV, generieke verevening, nacalculatie, in euro's)	6,4	13,9	11,0	17,0	22,7	22,9	10,6	11,0	15,8
$\sigma$ (kostenverschillen, Afname (1) – (3) in %)	- 87%	- 66%	- 83%	- 59%	- 68%	- 64%	- 72%	- 75%	- 60%

Hoewel de onderlinge kostenvariaties tussen verzekeraars sterk afnemen door de vier ex-postcorrectiemaatregelen, is de cruciale vraag toch: waardoor worden de onderlinge kostenvariaties in tabel 10.2 eigenlijk bepaald? Daarbij spelen de volgende redenen een rol:

1. Kostenvariaties worden volledig bepaald door verschil in doelmatigheid.  
Als deze variaties puur en alleen door doelmatigheidsverschillen in de zorg worden bepaald, dan kan gesteld worden dat doelmatige verzekeraars een flink deel van hun doelmatigheidswinst moeten inleveren. Bijvoorbeeld, uit tabel 10.2 volgt dat in 2003 een verzekeraar een gemiddelde doelmatigheidswinst van 44 euro per verzekerde zijn winst gereduceerd zag tot rond 11 euro per verzekerde, nadat alle ex-postcorrectiemechanismen zijn toegepast. Dit zorgt voor een opwaartse druk op de zorguitgaven.
2. Kostenvariaties worden volledig bepaald door kwaliteitsverschillen in de zorg.  
Dan wordt hoogstaande zorg (bijvoorbeeld gemiddeld 44 euro per verzekerde duurder dan de norm) gereduceerd tot een prijs die slechts 11 euro duurder is dan de norm. Duurdere zorg is door de ex-postcorrectiemechanismen dus relatief goedkoper geworden. Andersom geldt natuurlijk dat kwalitatief mindere zorg relatief duurder wordt. Dit zorgt voor een opwaartse druk op de zorguitgaven.
3. Kostenvariaties worden volledig bepaald door imperfecties in de ex-antisicoverevening.  
Dan krijgen sommige verzekeraars door de imperfecties in de ex-antisicoverevening meer geld toebedeeld dan andere verzekeraars. Deze imperfecties worden door de ex-postcorrecties in 2003 grotendeels rechtgetrokken. Een verzekeraar die door een imperfecte risicoverevening gemiddeld 44 euro te veel krijgt wordt gecorrigeerd en krijgt na de correcties slechts gemiddeld

11 euro. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat het uitermate lastig is precies te definiëren wat ‘perfecte’ en ‘imperfecte’ risicoverevening is.<sup>24</sup>

4. Kostenvariaties worden volledig bepaald door risicoselectie.  
Risicoselectie zal plaatsvinden als de ex-antierisicoverevening imperfect is. De kostenvariaties worden in feite weer bepaald door de imperfecte verevening. De kostenvariaties kunnen wel schuiven tussen verzekeraars door risicoselectie maar de richting is onduidelijk; de kostenvariaties tussen verzekeraars kunnen zowel groter als kleiner worden door risicoselectie.
5. Kostenvariaties worden bepaald door andere verschillen dan gezondheid en leeftijd.  
In de wet is bepaald dat de ex-antierisicoverevening alleen mag corrigeren voor de voorspelbare verschillen tussen verzekerden voor de factoren leeftijd en gezondheid. De kostenvariaties kunnen echter ook bepaald worden door andere voorspelbare verschillen, zoals verschillen in (regionale) kapitaal- en loonkosten, marktmacht en praktijkstijl. Door de ex-post correctiemechanismen worden voor deze verschillen gedeeltelijk gecorrigeerd. Of dit wenselijk is of niet, is lastig te beoordelen. Enerzijds zou men verzekeraars voor niet-beïnvloedbare voorspelbare verschillen willen compenseren, maar anderzijds zullen verzekeraars dan ook minder inspanning uitoefenen om beïnvloedbare verschillen tussen zorgaanbieders aan te pakken. In het licht van de Wet bezien is het echter niet wenselijk om ook voor andere verschillen tussen verzekerden dan gezondheid en leeftijd te corrigeren.
6. Kostenvariaties worden volledig bepaald door willekeurige variatie in de zorguitgaven.  
Willekeurige variatie kan ontstaan, als verzekerden van een verzekeraar ‘toevallig’ gemiddeld vaker een behandeling nodig hebben. Ook kan willekeurige variatie ontstaan, doordat de afrekening van dbc’s in ziekenhuizen bijvoorbeeld nog niet op orde is. Door ex-postcorrectiemechanismen worden de willekeurige variaties verkleind. Dit is eerder een voordeel dan een nadeel: het maakt de markt transparanter.

Er is dus geen goed antwoord mogelijk op de vraag wat precies de oorzaak is voor de kostenvariaties. Dit maakt het zelfs *achteraf* moeilijk om een goed oordeel te geven over de vraag of in het verleden de ex-postcorrectiemechanismen terecht zijn ingezet. Ook is het *achteraf* moeilijk om de vraag te beantwoorden of het ene ex-postcorrectiemechanisme nu beter heeft gewerkt dan het andere. Tot slot maakt het ontbreken van deze empirische informatie het ook onmogelijk om op een objectieve manier te bepalen of en hoe ex-postcorrectiemechanismen jaarlijks ingezet moeten worden. Wanneer subjectieve oordelen een belangrijke rol spelen bij de vaststelling van ex-postcorrectiemechanismen dan is het gevaar van willekeur en lobbygedrag door belanghebbende partijen groot zijn.

<sup>24</sup> Een cruciale vraag is bijvoorbeeld welk type factoren moeten worden meegenomen in de risicoverevening. Een uitgebreide beschrijving vindt u bij Van de Ven en Ellis (2000).

Het afschaffen van de ex-postcorrectiemechanismen heeft daarnaast als voordeel dat het de markt transparanter maakt. Het CVZ hoeft deze taken niet meer uit te voeren en voor zorgverzekeraars worden de onzekerheden omtrent de ex-postcorrectiemechanismen weggenomen waardoor ze sneller hun definitieve jaarafrekening kunnen maken (mede door de ex-postcorrectiemechanismen duurt het tegenwoordig 3 tot 4 jaren voordat zorgverzekeraars een definitieve afrekening kunnen maken).

## 11 Conclusies

De vraag die we in dit rapport beantwoorden is hoe de ex-postcorrectiemechanismen de verzekeraars beïnvloeden en wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende mechanismen. De ex-postcorrectiemechanismen zijn door de overheid ingezet om het gelijke speelveld tussen verzekeraars te waarborgen en tegen te gaan dat verzekeraars selecteren op gezondheidsrisico's. De conclusie van dit rapport is dat het onduidelijk is in hoeverre deze doelen in de praktijk worden bereikt en dat het ook lastig is om dit goed te objectiveren. Deze onduidelijke voordelen moeten afgezet worden tegen de nadelen er van. Het grootste nadeel is dat het de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars afzwakt waardoor het risico op hogere zorguitgaven toeneemt. De minister heeft in de brief Waardering voor Betere Zorg IV (kamerstuk 29 248, nr. 109) op 19 januari 2010 ook aangegeven de ex-postcorrectiemechanismen in het risicovereveningssysteem via een geleidelijk traject af te willen schaffen.

In het vervolg vatten we de voor- en nadelen van de ex-postcorrectiemechanismen samen. Vervolgens sluiten we af met een aantal beleidsopties.

Het inzetten van ex-postcorrectiemechanismen kan zinvol zijn wanneer de ex-antisicoverevening tekortschiet. Dat betekent dat er nog voorspelbare zorguitgaven in het systeem zitten, nadat de ex-antisicoverevening heeft plaatsgevonden. Deze voorspelbare zorguitgaven kunnen verzekeraars gebruiken om risicoselectie toe te passen. Risicoselectie is ongewenst, omdat het de solidariteit in de markt kan aantasten en tot instabiele verzekeringsmarkten kan leiden. Een tweede reden is dat imperfecte ex-anteverevening leidt tot een ongelijk speelveld tussen verzekeraars.

Anno 2010 zijn er nog vier ex-postcorrectiemechanismen in werking: macronacalculatie, hogekostenverevening, nacalculatie en een Bandbreedteregeling. Alle vier hebben ze ongunstige neveneffecten.

Ex-postcorrectiemechanismen verminderen de prikkels voor verzekeraars om doelmatige zorg te leveren. Dit betekent eveneens dat dure zorg relatief goedkoper wordt voor verzekeraars. Al deze prikkels zorgen voor een opwaartse druk op de zorguitgaven. De doelmatigheid kan vergroot worden wanneer verzekeraars zelf volledig verantwoordelijk worden voor het leveren van ondoelmatige of duurdere zorg. Ex-postcorrectiemechanismen zijn verder weinig gericht en het is onduidelijk in welke mate ze risicoselectie afschrikken of het speelveld tussen verzekeraars meer gelijk maken. Doordat die informatie ontbreekt, is het onmogelijk om objectief te bepalen in welke mate deze mechanismen jaarlijks moeten worden ingezet.

Het afschaffen van de ex-postcorrectiemechanismen heeft verder als voordeel dat het de transparantie in de markt vergroot. Het CVZ hoeft de ex-postcorrectiemechanismen niet meer uit te voeren en zorgverzekeraars hoeven er geen rekening meer mee te houden, zodat de definitieve jaarlijkse afrekening van zorgverzekeraars eerder kan plaatsvinden.



Het verder afbouwen van de ex-postcorrectiemechanismen heeft als gevolg dat verzekeraars een groter belang krijgen bij doelmatige zorgverlening. De vraag in hoeverre verzekeraars zich laten prikkelen en in hoeverre ze in staat zijn doelmatiger zorgverlening af te dwingen, is lastig te beantwoorden. De onzekerheden omtrent de hoogte van de doelmatigheidsopbrengsten zijn groot en de verwachting is dat deze vooral op de wat langere termijn zullen optreden wanneer zorgverzekeraars meer werk gaan maken van het inkopen van zorg. Of dit zal plaatsvinden zal ook afhangen van de instrumenten die verzekeraars krijgen om bij zorgverleners meer doelmatigheid af te dwingen. Een optie om verzekeraars meer ruimte te bieden voor vrije onderhandelingen met ziekenhuizen is een verdere uitbreiding van het B-segment in de ziekenhuiszorg. Belangrijk voor een goede werking van het zorgstelsel is dat verzekerden bewust hun zorgverzekeraar kiezen en zich laten 'sturen' naar doelmatige zorgverleners.

Het belangrijkste nadeel van het neerleggen van meer risico bij de zorgverzekeraar is dat ze mogelijk een hogere risicopremie zullen hanteren bij hun premiestelling. Daarnaast kan het leiden tot hogere solvabiliteitsmarges bij verzekeraars.

### **Beleidsopties**

Het CPB heeft in dit document een aantal beleidsopties genoemd; die worden hieronder samengevat:

1. Vinger aan de pols bij de ex-antierisicoverevening.

De beste manier om te voldoen aan de drie doelstellingen van de risicoverevening (risicoselectie tegengaan, gelijk speelveld en maximale doelmatigheid creëren), is de ex-antierisicoverevening te verbeteren. Gezien het feit dat de overheid al sinds 1991 met de opbouw van ex-antierisicoverevening bezig is, blijft wel de vraag hoeveel beter het nog kan. Voortdurende veranderingen in de zorg kunnen er ook voor zorgen dat de kwaliteit van de ex-antierisicoverevening (tijdelijk) verslechtert. Het is daarom belangrijk dat de overheid voortdurend een vinger aan de pols houdt, en daar waar mogelijk het systeem verder verbetert.

2. Bouw de macronaïcalculatie af.

Van de vier ex-postcorrectiemechanismen neemt macronaïcalculatie een bijzondere plaats in, omdat die er niet op gericht is risicoselectie te verminderen of voorspelbare zorguitgaven te verevenen. Het voordeel van macronaïcalculatie is dat zorgverzekeraars geen rekening hoeven te houden met risico's die de overheid zelf introduceert. Uit dit document blijkt dat macronaïcalculatie ook ongunstige neveneffecten heeft, zoals het afzwakken van de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars. Bij voldoende concurrentie tussen verzekeraars draagt de afbouw van de macronaïcalculatie dus bij aan een efficiëntere zorg. Wordt macronaïcalculatie afgeschaft, dan komen de gemeenschappelijke risico's in de markt niet meer voor rekening van de overheid maar voor rekening van de verzekeraars. Dit kan leiden tot een grotere risicopremie bij de premiestelling en hogere solvabiliteitseismarges voor verzekeraars.

De afbouw zorgt verder voor een transparantere afbakening van de verantwoordelijkheden tussen de overheid en zorgverzekeraars. Een voorwaarde is wel dat de overheid een stabiel beleid voert en de spelregels voorafgaand aan een nieuw verzekeringsjaar helder vastlegt, zodat zorgverzekeraars hun premie voor het nieuwe jaar goed kunnen vaststellen. Mocht de overheid de spelregels in de loop van dat jaar toch veranderen (denk aan maatregelen voor incidentele gebeurtenissen, zoals het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep), dan komen die kosten voor rekening van de overheid. Ook wanneer macronaïcalculatie wordt afgeschaft kan er achteraf een alternatieve correctie noodzakelijk zijn tussen verzekeraars om het gelijke speelveld te waarborgen. Het lijkt verstandig om de alternatieve correctie alleen toe te passen wanneer het om substantiële bedragen gaat.

3. Bouw de naïcalculatie af.

Het ministerie van VWS heeft al tijdens het regeerakkoord een plan gemaakt om de naïcalculatie langzaam af te bouwen. Naïcalculatie vindt momenteel alleen plaats bij de financiering van de ziekenhuisuitgaven. Een goede manier om naïcalculatie verder af te bouwen is door het B-segment verder uit te breiden en de naïcalculatiepercentages op dit segment naar nul terug te brengen. In het A-segment kan door de nieuwe dbc-financiering ook de oude kostenstructuur (met een onderscheid tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten) komen te vervallen, en kan de naïcalculatie verder afgebouwd worden.

4. Bouw de bandbreedteregeling af.

Evenals macronaïcalculatie zorgt de bandbreedteregeling voor een ongelijk speelveld, doordat de maatregel anders uitpakt voor grote dan voor kleine verzekeraars. Ex-postmechanismen zoals de bandbreedteregeling kunnen weliswaar tijdelijk worden ingevoerd (bijvoorbeeld omdat financieringssystemen tekortschieten), maar de intentie moet zijn om ze dan ook weer zo snel mogelijk af te bouwen. Het verleden leert echter dat de afbouw van tijdelijke regelingen vaak een moeizaam en langdurig proces is.

5. Bouw de HKV af.

Risicoselectie wordt het best tegengegaan met ex-postcorrectiemechanismen die zich richten op voorspelbare zorguitgaven. Ex-postcorrectiemechanismen die zich richten op specifieke groepen verzekerden, lijken daarbij veel kansrijker dan mechanismen die gericht zijn op de hele populatie. De HKV is zo'n mechanisme, maar kent ook vele nadelen. De vraag is dan ook of het hier niet beter is om de HKV af te bouwen en de ex-antiserisicoverevening te verbeteren.

6. Premiedifferentiatie.

Dit document richt zich vooral op de ex-postcorrectiemechanismen. Een interessante vraag voor nader onderzoek: is het wenselijk om de eis los te laten dat een verzekeraar een uniforme premie moet stellen voor zijn basispolis aan alle verzekerden? Door de eis van een uniforme premie los te laten wordt het speelveld tussen verzekeraars niet meer verstoord omdat verzekeraars hun premie op individuele verzekerden kunnen afstemmen. Deze optie tast ook de doelmatigheidsprikkels van verzekeraars niet aan. Een mogelijk nadeel is dat het de solidariteit tussen verzekerden kan aantasten, omdat door de imperfecties in de ex-antiserisicoverevening

sommige verzekerden een hogere premie moeten gaan betalen dan andere verzekerden voor dezelfde polis bij dezelfde verzekeraar. Dit nadeel wordt kleiner naarmate de ex-antisicoverevening beter wordt. De overheid heeft de weg van premiedifferentiatie overigens al gedeeltelijk ingeslagen, omdat verzekeraars hun premie al kunnen differentiëren via collectiviteitkortingen. Inmiddels zijn er in 2010 al meer dan 50.000 verschillende collectieve contracten op de markt. Bij concurrentie om collectiviteiten is er geen verstoring van het speelveld omdat de verzekeraars de premie kunnen afstemmen op de collectiviteit. Het toestaan van collectiviteiten draagt dus bij aan het gelijk maken van het speelveld tussen verzekeraars en daardoor wordt ook de noodzaak voor het toepassen van ex-postcorrectiemechanismen kleiner.



## 12 Referenties

Armstrong en Sappington, 2007, Recent developments in the theory of regulation, in: Armstrong en Porter (eds.), *Handbook of Industrial Organization*, volume 3, North-Holland, pag. 1561-1700.

Barneveld, E.M. van, 2000, Risk sharing as a supplement to imperfect capitation in health insurance: a tradeoff between selection and efficiency, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Ridderprint, Ridderkerk.

Chernew, M., W. Wodchis, P. Scanlon en C. McLaughlin, 2004, Overlap In HMO Physician networks, *Health Affairs*, vol. 23(2), pag. 91-101.

CPB 2003, Zorg voor concurrentie, Een analyse van het nieuwe zorgstelsel, CPB Document 28, Den Haag.

Cutler, D.M. en S. J. Reber, 1998, Paying For Health Insurance: The Trade-Off Between Competition And Adverse Selectio, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 113(2), pag. 433-466.

Cutler, D.M. en R.J. Zeckhauser, 2000, The Anatomy of Health Insurance, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol 1a, Amsterdam, Elsevier, pag. 563-643.

Douven, R., 2004, Risk adjustment in the Netherlands: an analysis of insurers' health care expenditures, CPB Discussion Paper 39, Den Haag.

Douven, R., 2005, Kwaliteit risicoverevening is afhankelijk van de marktontwikkelingen, *Economisch Statistische Berichten*, 1 juli 2005.

Douven, R. en H. Mannaerts, 2008, Doelmatige Zorg versus Risicoselectie, *Economisch Statistische Berichten*, 7 maart 2008.

Douven, R. en E. Schut, 2006, Health plan pricing behaviour and managed competition, CPB Discussion Paper 61, Den Haag.

Halbersma, R. en M. Mikkers, 2010, Afschaffing macronacalculatie voor zorgverzekeraars verlaagt doelmatigheidsprikkels, *VGE Bulletin*, vol. 27(1), pag. 13-19.

- Hotelling, H., 1929, The Stability of Competition, *Economic Journal*, vol. 39, pag. 41-57.
- Kifman, M. en N. Lorenz, 2008, Optimal cost reimbursement of health insurers to reduce risk selection, Working Paper, Augsburg University and Konstanz University.
- Kok, N., 2007, Het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet: houdbaar in het licht van het Europese mededingingsrecht?, Afstudeerscriptie iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, 1999, Farmacie Kosten Groepen: een verdeelkenmerk voor normuitkeringen gebaseerd op medicijngebruik in het verleden, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Milgrom, P. en J. Roberts, 1992, *Economics, Organization & Management*, Prentice Hall.
- Newhouse, J.P., 1996, Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature*, vol. 34(3), pag. 1236-1263.
- NZA, 2008, Zorgverzekeringsmarkt 2008: Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa, Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2008.
- NZA, 2009, Bijlage bij kamerbrief: NZA-monitor van ZEKURpolis, 1 oktober 2009.
- NZA, 2009a, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009, Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZA, 2009b, Ziekenhuismonitor 2009, Nederlandse Zorgautoriteit.
- Rothschild, M. en J.E. Stiglitz, 1976, Equilibrium in competitive insurance markets: An essay in the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90(4), pag. 629-650.
- Schleifer, A., 1985, A theory of yardstick competition, *The RAND Journal of Economics*, vol. 16(3), pag. 319-327.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven, 2006, Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering Onderzoek voor de NPCF, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven, 2007, Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering, onderzoek voor de NPCF, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven, 2008, De harde kern in de risicoverevening, *ESB*, 22 februari 2008.
- Tirole, J., 1988, *The Theory of Industrial Organization*, MIT press, Cambridge Londen.
- Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol 1a, Amsterdam, Elsevier, pag. 755-845.
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut, 2007, Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the tradeoff between affordability, efficiency and selection - the Netherlands as a case study, Working paper for "FRESH-thinking" directed by Ezekiel J. Emanuel and Victor R. Fuchs.
- Vliet, R.C.J.A. van, 2007, Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel, onderzoek voor het ministerie van VWS in het kader van de WOR, oktober 2007, WOR 323, Den Haag.
- Vliet, R.C.J.A. van, R. Goudriaan, S.H. Meulenbelt en V. Thio, 2005, Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2006, Den Haag: APE bv (APE-rapport nr. 325b).
- Vliet, R.C.J.A. van, 2006, Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2007, APE-rapport nummer 429b, APE, Den Haag.
- Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, N. de Groot, G.J. Mazzola, A. Notenboom en R. Goudriaan, 2007, Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2008, Onderzoek voor het ministerie van VWS, in het kader van de WOR, WOR 322b, Den Haag.
- VWS, 2007, Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet, ministerie van VWS, Den Haag.
- VWS, 2008, Risicovereveningssysteem 2009, Brief van minister Klink van VWS aan de Tweede Kamer, 26 september 2008.

VWS, 2009, Risicovereveningssysteem 2010, Bijlage bij Brief van minister Klink van VWS aan de Tweede Kamer, 5 oktober 2009.

ZonMw, 2009, Evaluatie, Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, ZonMw, september 2009, Den Haag.



## Appendix A

### Macrona calculatie en premiestelling in een Hotelling model

In deze appendix laten we in een theoretisch model zien dat verzekeraars, bij gegeven zorguitgaven, rekening houden met macrona calculatie bij het zetten van hun premie.

Het uitgangspunt van deze theoretische exercitie is het model uiteengezet in Hotelling (1929) en Tirole (1988). Beschouw twee verzekeraars en consumenten die uniform verdeeld zijn over het interval  $[0,1]$ . Consumenten ondervinden transportkosten om naar verzekeraar te gaan en die kosten zijn gelijk aan  $t$  per eenheid afstand. In ons model kan dit vertaald worden naar een situatie waarbij consumenten verschillen in prijselasticiteit. We veronderstellen dat verzekeraars aan de uiteinden van het interval zijn gesitueerd, dus verzekeraar 1 op  $x=0$  en verzekeraar 2 op  $x=1$ . Voor een consument die woont  $x \in [0,1]$  zijn de kosten om naar verzekeraar 1 te gaan  $tx$  en naar verzekeraar 2 gelijk aan  $(1-t)x$ . Vervolgens kiest iedere consument een verzekeraar, waarbij we veronderstellen dat verzekeraar 1 een premie vraagt van  $p_1$  en verzekeraar 2,  $p_2$ .

De consument op  $x \in [0,1]$  is indifferent voor de keuze van verzekeraar 1 of verzekeraar 2 wanneer geldt dat  $p_1 + tx = p_2 + (1-x)t$ . De indifferente consument is dus gesitueerd op  $x^* = (p_2 - p_1 + t) / 2t$ . Consumenten gelegen op het interval  $[0, x^*]$  zullen dus voor verzekeraar 1 kiezen en consumenten op het interval  $[x^*, 1]$  voor verzekeraar 2.

Verzekeraars zullen hun winst maximaliseren. Hierbij veronderstellen we dat beide verzekeraars verschillende constant marginale kosten van respectievelijk  $c_1, c_2$  kennen. Daarnaast veronderstellen we dat alle verzekerden even gezond zijn en dat de overheid een bijdrage  $z$  per persoon voor de risicovereeniging bijdraagt. De kosten voor de verzekeraar zijn dan respectievelijk  $c_1 - z, c_2 - z$ .

We vergelijken nu de volgende drie regimes:

#### Regime 1

Tijdstip  $T$ . In het dit regime hebben verzekeraars een gelijke kostprijs van  $c_1$  voor iedere verzekerde. Er is volledige informatie en via de risicovereeniging krijgen de verzekeraars  $z = c_1$  per persoon. De kosten voor beide verzekeraar bedragen dan 0.

#### Regime 2

Tijdstip  $T+1$ . In dit regime bepaalt de overheid, naar aanleiding van de informatie uit tijdstip  $T$  een bedrag voor risicovereeniging van  $z = c_1$  per persoon. Het enige verschil met het vorige regime is echter dat verzekeraar 2 goedkoper zorg kan leveren met kosten  $c_2 < c_1$ . De kosten voor verzekeraar 1 zijn dus 0 en voor verzekeraar 2:  $c_2 - c_1$

### Regime 3

Tijdstip  $T+1$ . In dit regime besluit eveneens verzekeraar 2 goedkoper te produceren met kosten  $c_2 < c_1$ . Het enige verschil met het vorige regime is dat de overheid nu macronacalculatie toepast. Dit betekent dat het ex-ante normbedrag dat verzekeraars ontvangen van gelijk is aan  $z = x^*c_1 + (1-x^*)c_2$ . De normbedragen voor verzekeraars 1 en 2 zijn dus niet direct gegeven maar hangen af van de uiteindelijke marktomvang.

- Regime 1

Dit is het standaardmodel van prijscompetitie in Tirole (1998). Omdat door de ex-antisicoverevening de kosten 0 zijn (verzekeraars hebben dezelfde kostprijs van  $c_1$  voor iedere verzekerde en krijgen  $c_1$  als normbedrag via de ex-antisicoverevening) wordt de winst van beide verzekeraars beschreven als:

$$\Pi_1(p_1, p_2) = p_1 x^* = p_1(p_2 - p_1 + t) / 2t$$

$$\Pi_2(p_1, p_2) = p_2(1 - x^*) = p_2(p_1 - p_2 + t) / 2t$$

We veronderstellen vervolgens dat iedere verzekeraar zijn winst maximaliseert, gegeven de prijs van de andere verzekeraar. Dus voor  $i=1,2$  geldt:

$$\Pi_i = \text{MAX}_{p_i} [\Pi_i(p_1, p_2)]$$

Dit levert de volgende twee eerste orde condities op:

$2p_1 = p_2 + t$  en  $2p_2 = p_1 + t$  en dit geeft als uitkomst de optimale prijsstelling onder de veronderstelling van competitieve prijzen en productdifferentiatie:

$$p_1^* = t$$

$$p_2^* = t$$

Beide verzekeraars hebben dus marktaandeel van 50% en de winst van verzekeraar 1 en 2 is als volgt:

$$\Pi_1^*(p_1, p_2) = t/2$$

$$\Pi_2^*(p_1, p_2) = t/2$$

De kosten voor de consumenten zijn gelijk aan  $c_1 + t$ .

- Regime 2

We veronderstellen in dit regime dat de overheid, naar aanleiding van de kosten in de voorgaande periode (regime 1) ex-ante een risicovereveningbijdrage vastlegt van  $c_1$ . We veronderstellen nu echter een verschillende kostenstructuur waarbij we veronderstellen dat verzekeraar 2 lagere zorguitgaven heeft dan verzekeraar 1, dus  $c_2 < c_1$ . Bij een ex-antisicoverevening van  $c_1$  zijn de kosten voor verzekeraar 1 gelijk aan 0 en voor verzekeraar 2 gelijk aan  $c_2 - c_1$ . We herhalen nu weer de berekening als hierboven:

$$\Pi_1(p_1, p_2, 0, c_2 - c_1) = p_1 x^* = p_1(p_2 - p_1 + t) / 2t$$

$$\Pi_2(p_1, p_2, 0, c_2 - c_1) = (p_2 - (c_2 - c_1))(1 - x^*) = (p_2 - (c_2 - c_1))(p_1 - p_2 + t) / 2t$$

Zonder verlies van algemeenheid veronderstellen we dat:  $a = c_1 - c_2 > 0$ .

Dit levert de volgende twee eerste orde condities op:

$2p_1 = p_2 + t$  en  $2p_2 = p_1 + t - a$  en dit geeft als uitkomst de optimale prijsstelling onder de veronderstelling van competitieve prijzen en productdifferentiatie:

$$p_1^* = -\frac{1}{3}a + t$$

$$p_2^* = -\frac{2}{3}a + t$$

We zien hier dat door zijn lagere kosten verzekeraar 2 een lagere prijs stelt dan verzekeraar 1 en daardoor ook meer klanten kan aantrekken. Het marktaandeel voor beide verzekeraars wordt nu gegeven als  $x^* = (p_2 - p_1 + t)/2t = (-\frac{1}{3}a + t)/2t$  voor verzekeraar 1 en verzekeraar 2

$1 - x^* = (\frac{1}{3}a + t)/2t$ . Merk op  $0 \leq x^* \leq 1$ , dus  $-t \leq -\frac{1}{3}a \leq 0$  of  $0 \leq a \leq 3t$ . Gegeven deze prijsstelling kunnen we ook de winst van beide verzekeraars berekenen:

$$\Pi_1^*(p_1, p_2, 0, -a) = \frac{(-a + 3t)^2}{18t} > 0$$

$$\Pi_2^*(p_1, p_2, 0, -a) = \frac{(a + 3t)^2}{18t} > \Pi_1^*(p_1, p_2, 0, -a)$$

De kosten voor de gemiddelde consument zijn gelijk aan  $c_1 - \frac{a}{2} - \frac{a^2}{18t} + t < c_1 + t$

- Regime 3

We veronderstellen in dit regime dat de overheid, naar aanleiding van de kosten in de voorgaande periode (regime 1) ex-ante een risicovereveningbijdrage vastlegt van  $c_1$ . Het verschil met regime 2 is dat er macronaïcalculatie plaatsvindt. We veronderstellen evenals in regime 2 dat verzekeraar 2 lagere zorguitgaven heeft dan verzekeraar 1, dus  $c_2 < c_1$ . Bij een ex-antorisicoverevening van  $c_1$  zijn de kosten voor verzekeraar 1 gelijk aan 0 en voor verzekeraar 2 gelijk aan  $c_2 - c_1$ . We voeren nu weer dezelfde berekeningen uit als we in de vorige twee regimes hebben gedaan.

$$\Pi_1(p_1, p_2, c_1, c_2) = (p_1 - c_1 + c_1x^* + (1 - x^*)c_2)x^*$$

$$\Pi_2(p_1, p_2, c_1, c_2) = (p_1 - c_2 + c_1x^* + (1 - x^*)c_2)(1 - x^*)$$

Zonder verlies van algemeenheid veronderstellen we dat:  $a = c_1 - c_2 > 0$ .

Dit levert de volgende twee eerste orde condities op:

$2p_1 = a(p_1 - p_2) + t(p_2 - 2p_1 + t)$  en  $2p_2t = p_1 + t - ap_1t - p_2(2 + at)$  en dit geeft als uitkomst voor de optimale prijsstelling:

$$p_1^* = t$$

$$p_2^* = t$$

We zien dat door de aanwezigheid van macronaïcalculatie verzekeraar 2, hoewel goedkoper in kosten, zijn prijs verhoogt. De reden voor deze strategie is dat het verlies aan marktaandeel, ten opzichte van regime 2, weer wordt gecompenseerd door hogere inkomsten via de macronaïcalculatie, omdat verzekeraar 1 hogere zorguitgaven. Het marktaandeel voor beide

verzekeraars is 50%. Gegeven deze prijsstelling kunnen we ook de winst van beide verzekeraars berekenen:

$$\Pi_1^*(p_1, p_2, 0, -a) = \frac{-a + 2t}{4}$$

$$\Pi_2^*(p_1, p_2, 0, -a) = \frac{a + 2t}{4} > \Pi_1^*$$

De kosten voor de gemiddelde consument zijn gelijk aan:  $c_1 - \frac{a}{2} + t$ . Deze kosten zijn hoger dan de kosten in regime 2. Het model laat dus zien dat door macronaïcalculatie zorgverzekeraars hun premiestelling aanpassen. Per saldo leidt dat tot hogere kosten voor de consument. De reden hier voor is dat de goedkope verzekeraar minder klanten probeert aan te trekken via een hogere premie omdat dan het ex-ante normbedrag, dat via macronaïcalculatie wordt bepaald. De strategie is mogelijk omdat de verzekeraars weten dat de overheid achteraf, via de macronaïcalculatie, de totale kosten compenseert.

Een aantal aspecten kunnen bij dit model in de toekomst verder uitgediept worden. Welk strategisch gedrag vertonen verzekeraars wanneer ze naast hun premie ook doelmatigheidsinspanningen richting het ziekenhuis ondernemen. Loont het bijvoorbeeld voor een verzekeraar om meer zorginkopers in te huren voor een doelmatige zorgverlening of lagere prijzen. In hoeverre beïnvloedt macronaïcalculatie de doelmatigheidsinspanningen van verzekeraars? Voor de Nederlandse context is verder cruciaal dat dit gedrag afhankelijk is van het marktaandeel van een verzekeraar. Reageren grote en kleine verzekeraars met hun doelmatigheidsinspanningen op macronaïcalculatie?



