

Kenmerk	W13.11.0295/III
Datum advies	19 september 2011
Vindplaats	Staatscourant 2012, nr. 1438

Volledige tekst

Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, met nota van toelichting.

Bij Kabinetsmissive van 25 juli 2011, no.11.001801, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, met nota van toelichting.

Het ontwerpbesluit strekt er toe een aantal ex-post compensatiemechanismen af te bouwen en een nieuw risicovereveningscriterium in te voeren. De Afdeling advisering van de Raad van State onderschrijft de strekking van het ontwerpbesluit, maar maakt een aantal opmerkingen met betrekking tot het flankerend beleid, de gevolgen voor de zorgverzekeraars en die voor de verzekeringsplichtigen. Zij is van oordeel dat in verband daarmee aanpassing van het ontwerpbesluit wenselijk is.

1. Flankerend beleid

Artikel 3.11, derde lid, van het ontwerpbesluit voorziet in het flankerend beleid voor de herberekening van de vereveningsbijdrage. Deze komt er in wezen op neer dat de bedragen van de ex-ante verevening tussen de verzekeraars worden herverdeeld op basis van de gerealiseerde cijfers, zonder dat dit leidt tot aanpassing van de hoogte van het totale vereveningsbedrag. Volgens de toelichting wordt hiermee het gelijke speelveld tussen verzekeraars hersteld.

Uit het rapport van het Centraal Planbureau (CPB) waarnaar de toelichting verwijst, kan niet worden afgeleid dat de gekozen herberekening noodzakelijk is. Zo stelt het CPB dat een voorwaarde voor het afbouwen van de macronacalculatie wel is 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 het jaar toch veranderen (bijvoorbeeld naar aanleiding van maatregelen voor incidentele gebeurtenissen, zoals het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep), dan komen die kosten voor rekening van de overheid. Ook wanneer macronacalculatie 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, aldus het CPB. *(zie noot 1)*

De Afdeling kan zich voorstellen dat de herberekening van de ex-ante vereveningsbijdragen op basis van gerealiseerde cijfers tot gevolg kan hebben dat een gelijk speelveld tussen

verzekeraars ontstaat, indien het verschil tussen geraamde en gerealiseerde cijfers het gevolg is van inschattingfouten bij de ex-ante verevening. *(zie noot 2)* Zij vraagt zich echter af of de gerealiseerde cijfers ook niet worden beïnvloed door de keuzes die verzekeraars maken die leiden tot efficiënter of juist minder efficiënte inzet van middelen. Dit leidt de Afdeling af uit het feit dat, conform artikel 3.11, derde lid, van het ontwerpbesluit, de compensatie voor een overschrijding per deelsector niet wordt toegedeeld aan een verzekeraar in de mate waarin hij bijdraagt aan die overschrijding, maar aan de hand van de omvang van zijn deelnemersbestand. De in artikel 3.11 voorgestelde herberekening zou er toe kunnen leiden dat efficiënte verzekeraars bij die toedeling worden aangeslagen voor overschrijdingen die feitelijk door andere verzekeraars zijn veroorzaakt. Een dergelijk gevolg zou haaks staan op het doel van het ontwerpbesluit.

Daarnaast is deze vorm van nacalculatie proceduregevoelig, omdat ze spanning kan oproepen met op eerdere besluitvorming gebaseerde verwachtingen, waardoor het rechtszekerheidsbeginsel in het geding komt. *(zie noot 3)*

De Afdeling adviseert nader op het vorenstaande in te gaan en zo nodig het ontwerpbesluit aan te passen.

2. Gevolgen voor zorgverzekeraars

De toelichting besteedt geen aandacht aan de gevolgen van de in het ontwerpbesluit voorgestelde maatregelen voor de zorgverzekeraars.

Met het afschaffen van de macronacalculatie in combinatie met het flankerend beleid komen de gemeenschappelijke risico's voor rekening van de zorgverzekeraars. Dit kan er toe leiden dat de verzekeraars een hogere risicopremie zullen hanteren bij hun premiestelling.

Daarnaast kan het leiden tot hogere solvabiliteitsmarges voor hen. *(zie noot 4)* In combinatie met de invoering van de Solvency II-richtlijn (Solvency II) betekent dit dat zij niet alleen voorbereid moeten zijn op financiële implicaties, maar ook hun strategie en bedrijfsmodel waar nodig moeten aanpassen om hun kwetsbaarheid voor externe schokken, die zij in toenemende mate zelf moeten opvangen, te beperken tot aanvaardbare marges. *(zie noot 5)*

Voorts ontbreekt ook inzicht in de gedragseffecten van de maatregel op de zorgverzekeraars onderling. Inzicht in de effecten van de financieringsverschuiving van het macrorisico is tevens van belang voor het antwoord op de vraag of de beoogde doelmatige en beheerste zorginkoop zal worden bereikt. *(zie noot 6)*

De Afdeling adviseert de toelichting aan te vullen.

3. Gevolgen voor verzekeringsplichtigen

Door de afbouw van de compensatiemechanismen zullen zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. Hun beleid zal als gevolg daarvan naar verwachting gericht zijn op preventie en schadelastbeperking. Tegen die achtergrond en mede in het licht van Solvency II is de verwachting reëel dat de premies zullen stijgen. *(zie noot 7)*

De Afdeling heeft een beschouwing hierover gemist en adviseert de toelichting aan te vullen.

4. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Afdeling naar de bij het advies behorende bijlage.

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft U in overweging in dezen een besluit te nemen, nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

De vice-president van de Raad van State

Bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no.W13.11.0295/III met redactionele kanttekeningen die de Afdeling in overweging geeft.

- In artikel 1 een definitie van bandbreedte opnemen.
- In artikel 3.20, de verwijzing naar artikel 1, onderdeel cc, onder 1e en 2e wijzigen in: artikel 1, onderdelen bb en cc.
- Het ontwerpbesluit aanvullen met een wijziging van artikel 67, vijfde lid, Besluit Wft.
- Gelet op aanwijzing 213 van de Aanwijzingen voor de regelgeving de toelichting aanvullen met de uitkomsten van de consultatie en de voorhangprocedure.

Nader rapport (reactie op het advies) van 12 december 2011

De afdeling advisering stelt een aantal vragen over de vormgeving van het flankerend beleid, de gevolgen voor zorgverzekeraars en de gevolgen voor verzekeringsplichtigen.

1. Flankerend beleid

Door het afschaffen van de macronacalculatie komen overschrijdingen van de ex ante ramingen volledig voor rekening van de zorgverzekeraars. Hierdoor ontstaat een sterke prikkel voor zorgverzekeraars om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Het flankerend beleid is er op gericht het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars zoveel mogelijk in stand te houden. Het flankerend beleid heeft voor verzekeraars alleen materieel effect als de vooraf geraamde kosten (substantieel) afwijken van de na afloop van het vereveningsjaar vast te stellen gerealiseerde kosten. Het Centraal Planbureau heeft aangegeven dat idealiter flankerend beleid alleen wordt toegepast als er sprake is van substantiële overschrijdingen. Het is echter niet mogelijk gebleken het begrip substantiële overschrijdingen te kwantificeren, zowel de gezondheidsverschillen tussen verzekeraars als de omvang van verzekeraars zijn van invloed bij het vaststellen van dat begrip.

Door het flankerend beleid mede te baseren op verzekerdenkenmerken in de portefeuilles van de zorgverzekeraars, en niet te baseren op de mate waarin een verzekeraar bijdraagt aan de overschrijding, wordt het gelijke speelveld zoveel mogelijk in stand gehouden. De onderlinge concurrentiepositie tussen verzekeraars wordt niet aangetast door het flankerend beleid. Als een zorgverzekeraar, door ondoelmatige zorginkoop, relatief meer kosten maakt dan de overige zorgverzekeraars, zal deze zorgverzekeraar ook na toepassen van het flankerend beleid in een minder goede uitgangshouding zijn dan de overige zorgverzekeraars. De doelmatigheidsprikkel wordt niet aangetast door het flankerend beleid.

Naar aanleiding van het advies van de Afdeling advisering is de nota van toelichting bij het Besluit is met het voorgaande uitgebreid.

2. en 3. Gevolgen voor zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen

Als gevolg van het afschaffen van de ex post compensaties zullen zorgverzekeraars met meer onzekerheden geconfronteerd worden. Dientengevolge zal de solvabiliteitseis waar zij aan moeten voldoen, stijgen naar 11 % van de schadelast (deze is nu 9% van die last). Meer onzekerheid en een hogere solvabiliteitseis zouden kunnen leiden tot een stijging van de premie. Aan de andere kant worden zorgverzekeraars extra geprikkeld om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Deze doelmatige zorginkoop kan leiden tot een beperking van

de schadelast van verzekeraars en daardoor tot een lagere premie. Het is op voorhand niet duidelijk in hoeverre deze twee effecten elkaar in evenwicht zullen houden en of verzekeringsplichtigen al dan niet met extra premieverhogingen geconfronteerd zullen worden.

In de nota van toelichting is hier verder op ingegaan.

4. De eerste drie redactionele opmerkingen van de Afdeling advisering zijn verwerkt, met dien verstande dat de verwijzing naar artikel 1 van het Besluit zorgverzekering in de wijziging van artikel 3.20 van dat Besluit geheel geschrapt is. De vierde opmerking was niet goed te verwerken, omdat in het voortraject niet steeds is bijgehouden welke instantie welke opmerkingen heeft gemaakt. In het algemeen kan worden opgemerkt dat het commentaar van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) er vooral toe strekte om na de doorvoering van voorliggende wijzigingen een goede uitvoering van het risicovereveningssysteem te kunnen blijven garanderen. De inbreng van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) was nodig om het risicovereveningssysteem goed te laten aansluiten op de nieuwe declaratiesystematiek met 'dbc's op weg naar transparantie' (DOT), dat in 2012 wordt ingevoerd. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) was betrokken omdat de afbouw van de ex post compensatiemechanismen direct invloed heeft op de risicodragendheid van zorgverzekeraars en daarmee op hun financiële positie. Tenslotte is deze risicodragendheid ook van belang voor de hoogte van de solvabiliteits eis, waarover DNB als prudentieel toezichthouder op zorgverzekeraars de minister van Financiën adviseert. Zoals in de aan de Afdeling advisering voorgelegde versie reeds was opgenomen, heeft de voorhangprocedure niet tot wijzigingen geleid.

Onafhankelijk van het advies van de Afdeling advisering Raad van State is het concept-besluit na ontvangst van het advies nog op de volgende punten gewijzigd:

1. In voorliggend Besluit wordt herhaaldelijk bepaald dat iets bij ministeriële regeling verder zal worden geregeld. Voor het vereveningsjaar 2012 zullen deze nadere regels te vinden zijn in de Regeling risicoverevening 2012 (Rrv 2012). Een concept van die regeling is begin oktober 2012 in de Staatscourant gepubliceerd. In dit concept wordt ervan uitgegaan dat het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, Kamerstukken I 2010/11, 32 393 A) en het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (Kamerstukken I, 2010/11, 32788, A) uiterlijk op 1 januari 2012 in werking zullen kunnen treden en dat in dat jaar ook op grond van DOT's gedeclareerd zal kunnen worden. Nadat voorliggend Besluit voor advies naar de Raad van State werd gestuurd, werd duidelijk dat een en ander ertoe zal leiden dat bepaalde nieuwe zorgproducten - te weten de zogenoemde expertproducten, add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek - aan andere clusters van prestaties worden toebedeeld dan op grond van de inhoud van de geleverde zorg zou kunnen worden verwacht. Om die reden is aan de onderdelen i, j en k van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering de mogelijkheid toegevoegd om bij ministeriële regeling (dit zal voor het vereveningsjaar 2012 de Rrv 2012 zijn) kosten van bepaalde vormen van zorg die inhoudelijk gezien op het eerste gezicht onder het desbetreffende cluster zouden moeten vallen, toch aan een ander cluster toe te delen. Om gelijksoortige redenen is artikel 3.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering komen te vervallen.

2. Aan artikel 1, onderdeel bb is toegevoegd dat de geraamde financiële gevolgen van pakketbeslissingen die na 1 oktober van het jaar voor het vereveningsjaar maar voor 1 januari van het vereveningsjaar worden genomen, bij ministeriële regeling zullen worden bepaald.

3. Voorts zijn enkele technische verbeteringen in artikel 1 van het Besluit zorgverzekering

aangebracht, hetgeen er om wetgevingstechnische redenen toe heeft geleid dat de onderdelen g tot en met aa geheel vervangen zijn.

4. In de Rv 2012 is bepaald dat de vaste kosten van ziekenhuisverpleging ex ante niet alleen op grond van historische gegevens worden verdeeld, maar ook op grond van de geraamde verzekerdenaantallen over het jaar 2012. Dit noopte tot aanpassing van artikel 3.6, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.

5. Er is een artikel 3.8a aan het Besluit zorgverzekering toegevoegd om ervoor te kunnen zorgen dat in het buitenland wonende verzekerden ongeacht de vraag welke medicijnen zij hebben gebruikt of aan welke ziekte zij lijden, in de FKG-klassen 'Geen FKG' en in de DKG-klasse 'O' kunnen worden ingedeeld en om ervoor te zorgen dat het College zorgverzekeringen (CVZ) voor deze verzekerden het bijbehorende gewicht vaststelt. Een en ander is nodig omdat het niet mogelijk is FKG's en DKG's af te leiden uit buitenlandse ziektekostennota's.

6. In artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering zoals dat aan de Afdeling advisering is voorgelegd, ontbrak ten onrechte de zogenoemde 'verzekerdenacalculatie' (bijstelling van de geraamde kosten op basis van het werkelijk aantal verzekerden in het vereveningsjaar en hun verzekerdenkenmerken). Dit is alsnog in het Besluit verwerkt. Hiertoe is de definitie van 'gerealiseerde kosten' in artikel 1 komen te vervallen, is artikel 3.11 geheel herschreven en is een artikel 3.12 toegevoegd. De inhoud van artikel 3.12 zoals dat aan de Afdeling advisering is voorgelegd is daartoe naar artikel 3.13 verplaatst.

7. Het derde lid van artikel 3.14 van het Besluit zorgverzekering en het eerste lid van artikel II van voorliggend wijzigingsbesluit konden vervallen omdat nadat het Besluit voor advies naar de Raad van State was verzonden, besloten is ook de nacalculatie (anders dan toepassing van de bandbreedteregeling) op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp per 2012 af te schaffen.

8. In artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zoals dat aan de Raad was voorgelegd zijn enkele foutjes hersteld.

9. Artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering kon worden geschrapt, nu dat artikel blijkt te zijn uitgewerkt.

10. Aan het eerste lid van het inwerkingtredingsartikel is, met het oog op een tijdige ex ante verdeling van de vereveningsbijdragen voor het vereveningsjaar 2012, terugwerkende kracht toegevoegd terwijl de mogelijkheid om artikelen of onderdelen daarvan bij koninklijk besluit op verschillende tijdstippen in werking te laten treden is geschrapt, en voorts is er, met het oog op de ex post vaststelling van de vereveningsbijdragen van vereveningsjaren vóór 2012, een derde lid toegevoegd om zeker te stellen dat de risicovereveningsregels die voor die jaren golden, op die jaren van toepassing blijven.

Ik moge U hierbij het gewijzigde ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting wederom doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

(1) CPB Document nr. 212 Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder, okt. 2010, blz. 10, 47/48 en 80.

- (2) Verwezen zij naar artikel 1, onderdeel bb, van het ontwerpbesluit.
- (3) Verwezen zij naar aanwijzing 12 van de Aanwijzingen voor de regelgeving: een regeling dient zo weinig mogelijk conflicten op te roepen.
- (4) CPB Document nr. 212, blz. 79; Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 319, blz. 22.
- (5) Jaarverslag DNB 2010, blz. 95. Solvency II beschermt consumenten tegen mogelijke solvabiliteitsproblemen bij verzekeraars, door het risico dat verzekeraars lopen in kaart te brengen.
- (6) H. van den Hoek - Reactie op Macrorisico en efficiëntie van zorgverzekeraars in ESB van 19 maart 2010, blz. 189.
- (7) Zie ook: Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 319, blz. 16 en I, D, blz. 6.
-

[Gehele tekst ontwerpregeling met toelichting \(pdf, 123 kB\)](#)