



**Beschrijving
van het
risicovereveningssysteem
van de
Zorgverzekeringswet**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet

Inhoud

Leeswijzer	6
1 Risicoverevening in vogelvlucht	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Het doel van risicoverevening	7
1.2.1 Vormgeving van het zorgstelsel	7
1.2.2 Gereguleerde marktwerking op zorgverzekeringsmarkt	8
1.2.3 Tegengaan van risicoselectie en het creëren van gelijke uitgangsposities	9
1.2.4 Bevorderen van doelmatigheid van de zorg	10
1.3 De financiële structuur van de risicoverevening	12
1.3.1 Nominale premie	12
1.3.2 Vereveningsbijdrage	12
1.3.3 Beschikbare middelen	13
1.4 Ex ante en ex post verevening	14
1.4.1 Ex ante verevening	14
1.4.2 Ex post verevening	15
1.5 Risicoprofiel	15
1.5.1 Risicoprofiel en vereveningskenmerken	15
1.5.2 Leeftijd en geslacht	15
1.5.3 Aard van het inkomen	16
1.5.4 Regio	17
1.5.5 Farmaciekostengroepen	17
1.5.6 Diagnosekostengroepen	18
1.6 Typen kosten	18
1.7 Ex post compensatiemechanismen	19
1.8 De uitvoering van de risicoverevening	21
1.8.1 Vaststelling van de vereveningsbijdrage	21
1.8.2 Privacy	22
1.9 Afsluitende opmerkingen	22
2 Ontstaan en achtergronden van risicoverevening	24
2.1 Inleiding	24
2.2 Historische schets	24
2.2.1 Commissie Dekker	24
2.2.2 aanzet tot marktwerking en risicoverevening bij ziekenfondsen	26

2.2.3	Mislukken van de stelselwijziging	27
2.2.4	Voortgang risicoverevening bij de ziekenfondsen	27
2.2.5	Aanzet tot de Zorgverzekeringswet	28
2.2.6	Invoering van de Zorgverzekeringswet	29
2.2.7	Bereik van de risicoverevening in 2007	30
2.3	Waarom risicoverevening	30
2.3.1	De situatie in een vrije verzekeringsmarkt	30
2.3.2	Tegengaan van risicoselectie en het creëren van een gelijke uitgangspositie	31
2.3.3	Bevorderen van de doelmatigheid van de zorg	33
2.4	Randvoorwaarden bij risicoverevening	35
3	Uitgangspunten van het risicovereveningssysteem	37
3.1	Inleiding	37
3.2	Financiering	37
3.2.1	Inkomensafhankelijke bijdrage en rijksbijdrage	37
3.2.2	Nominale premie	38
3.2.3	De verhouding tussen nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage	38
3.2.4	Beschikbare middelen	39
3.3	Ex ante en ex post risicoverevening	40
3.3.1	Inleiding	40
3.3.2	Ex post compensatiemechanismen	40
3.4	Normbedragen	41
3.5	Vereveningskenmerken	42
3.5.1	Inleiding	42
3.5.2	Historie leeftijd en geslacht	42
3.5.3	Huidige vormgeving leeftijd en geslacht	42
3.5.4	Historie regio	43
3.5.5	Huidige vormgeving regio	44
3.5.6	Historie aard van het inkomen	46
3.5.7	Huidige vormgeving aard van het inkomen	47
3.5.8	Historie farmaciekostengroepen	48
3.5.9	Huidige vormgeving farmaciekostengroepen	50
3.5.10	Historie diagnosekostengroepen	51
3.5.11	Huidige vormgeving diagnosekostengroepen	52
3.5.12	Samenvatting	53
3.6	Normering no-claimteruggaaf	54
3.7	Beïnvloedbaarheid van de kosten	56
3.7.1	Inleiding	56
3.7.2	Historie	56
3.7.3	Huidige situatie	58
3.8	Ex post compensatie mechanismen	60
3.8.1	Inleiding	60

3.8.2	Ex post compensatiemechanismen	61
3.8.3	Conclusie	67
3.8.4	Historie compensatiemechanismen	68
3.8.5	Huidige compensatiemechanismen	71
4	Actualisering en aanpassing van het risicovereveningsmodel	73
4.1	Inleiding	73
4.2	De schatting van het risicovereveningsmodel	73
4.2.1	Inleiding	73
4.2.2	De Overall Toets	74
4.2.3	Wijze van schatten van het regressiemodel	75
4.3	Beoordeling van het model en de resultaten	77
4.3.1	Inleiding	77
4.3.2	Eisen aan de vereveningskenmerken	77
4.3.3	Beoordeling van de voorspelkracht van het model	79
4.3.4	Verevenende werking van het model	79
4.4	De gegevensbestanden voor de modelschatting	82
4.4.1	Inleiding	82
4.4.2	Voormalige ziekenfondsen	82
4.4.3	Voormalig particuliere zorgverzekeraars	83
4.4.4	Gegevens voor de bepaling van de FKG's	84
4.4.5	Gegevens voor de bepaling van de DKG's	85
4.4.6	Gegevens voor de bepaling van de regioclusters	85
4.4.7	Gegevens voor de bepaling van de aard van het inkomen	86
4.4.8	Het WOVM/STAT-bestand	86
4.4.9	Gegevensbestand voor de tweede modelschatting	86
5	De beleidsmatige context van de risicoverevening	88
5.1	Inleiding	88
5.2	Overlegstructuren	88
5.2.1	De WOVM	88
5.2.2	De BOR	89
5.2.3	De WOR	89
5.2.4	Tripo, BOOR en BO	89
5.3	Betrokken partijen	90
5.3.1	ZN	90
5.3.2	Het CVZ	90
5.4	Beleidscyclus	91
5.4.1	Inleiding	91
5.4.2	De vaststelling van het onderzoeksprogramma	91
5.4.3	Uitvoering van het onderzoeksprogramma	92
5.4.4	De uitvoering van de Overall Toets	92

6	De uitvoering van de risicoverevening	94
6.1	Inleiding	94
6.2	De uitvoering van de risicoverevening door het CVZ	94
6.2.1	Tijdpad	94
6.2.2	Vaststelling ex ante en herziene ex ante vereveningsbijdrage	96
6.2.3	Vaststelling voorlopige en definitieve ex post vereveningsbijdrage	96
6.3	Gegevens voor de uitvoering	97
6.4	Privacy	98
6.4.1	De uitvoering van de risicoverevening	98
6.4.2	Onderzoek naar de verbetering van het risicovereveningsmodel	99
7	Juridische aspecten	100
7.1	Inleiding	100
7.2	Juridisch kader	100
7.2.1	Inleiding	100
7.2.2	Besluit Zorgverzekering	100
7.2.3	Regeling Zorgverzekeringen	101
7.2.4	Beleidsregels van het CVZ	102
7.3	Bezwaar, beroep en klachten	102
7.4	Notificatie Europese verdragen	103
7.5	Solvabiliteit	104
8	Verdere ontwikkelingen	106
8.1	Inleiding	106
8.2	Onderzoek naar vereveningskenmerken	106
8.2.1	Indicator voor sociaal-economische status	106
8.2.2	Hulpmiddelenkostengroepen en fysiotherapie	107
8.3	Hogerisicoverevening	109
8.4	Overheveling van sectoren uit de AWBZ	110
8.4.1	Inleiding	110
8.4.2	Geneeskundige GGZ	110
8.5	Afsluitende opmerkingen	112
	Literatuur	114
	Begrippenlijst	124

Leeswijzer

Voor u ligt een beschrijving van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Deze publicatie is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De aanleiding hiervoor is dat het ministerie van VWS veel vragen krijgt over het doel, de opzet en de vormgeving van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Het betreft onder meer vragen van Nederlandse en buitenlandse zorgverzekeraars, politici, consumenten- en patiëntenverenigingen, andere ministeries, buitenlandse overheden en de Europese Commissie. Het ministerie heeft daarnaast de Tweede Kamer toegezegd om in 2008 het stelsel van risicoverevening te laten evalueren door internationale deskundigen. Voor die evaluatie is het van belang om te beschikken over een heldere en volledige beschrijving van het doel, de vormgeving en de werking van de risicovereveningssystematiek. Deze publicatie hoopt dit doel te verwezenlijken.

De publicatie gaat in op een breed spectrum aan thema's die relevant zijn voor de risicoverevening. Aan bod komen: het doel, de achtergrond en de historische ontwikkeling van de risicoverevening, de financiële vormgeving, het juridische kader, de wijze waarop de risicoverevening wordt uitgevoerd, de wijze waarop de resultaten worden beoordeeld, de gebruikte gegevensbestanden en de spelers die bij de risicoverevening zijn betrokken. De beschrijving heeft betrekking op de situatie in 2007. De risicoverevening is een relatief complex, technisch instrument. Een volledige beschrijving van de risicoverevening ontkomt daarom niet aan enige 'technische' passages. Daarom is gekozen voor een gelaagde opzet van de beschrijving. Hoofdstuk 1 geeft een toegankelijke beschrijving op hoofdlijnen van het systeem en de uitvoering. De hoofdstukken 2 tot en met 8 geven een gedetailleerde omschrijving van onderdelen. De hoofdstukken 2 en 3 kunnen het best achter elkaar gelezen worden. De hoofdstukken 4 tot en met 8 kunnen los van elkaar gelezen worden. De publicatie sluit af met een begrippenlijst en een literatuuroverzicht.

Risicoverevening in vogelvlucht

1.1 Inleiding

Wat houdt risicoverevening in? Waarom wordt in het Nederlandse zorgstelsel risicoverevening toegepast? Deze en andere vragen komen in dit hoofdstuk aan bod. Wij behandelen in het voorliggende hoofdstuk in vogelvlucht de belangrijkste elementen van risicoverevening, inclusief de beleidsmatige, juridische en financiële context waarbinnen risicoverevening wordt toegepast. Het hoofdstuk geeft de basiskennis die nodig is voor een beter begrip van risicoverevening. Een uitgebreide en gedetailleerde bespreking van de onderwerpen uit dit hoofdstuk en andere onderwerpen komt terug in volgende hoofdstukken.

1.2 Het doel van risicoverevening

1.2.1 Vormgeving van het zorgstelsel

De Nederlandse overheid stelt zich als doel een stelsel van zorg te realiseren dat betaalbaar is, dat toegankelijk is voor iedereen die zorg nodig heeft, en dat kwalitatief goede zorg levert. Tussen de doelstellingen van kostenbeheersing enerzijds en algemene toegankelijkheid en kwaliteit anderzijds zit altijd een zekere spanning. Een eenvoudige manier om kosten te sparen is immers via het beknibben op de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg. Door zo doelmatig mogelijk met de beschikbare middelen om te gaan, kan zowel kwaliteit en toegankelijkheid als kostenbeheersing in de zorg gerealiseerd worden. Maar dan moet het zorgstelsel wel voldoende prikkels voor doelmatigheid bevatten.

In de jaren tachtig van de twintigste eeuw werd duidelijk dat het toenmalige zorgstelsel geen prikkels voor doelmatigheid bevatte. Dat was één van de belangrijke conclusies van de commissie-Dekker, die de regering destijds adviseerde over het zorgstelsel. Aan de aanbodzijde bestond een grote bemoeienis van de overheid met de prijs en omvang van voorzieningen. Daardoor was het zorgstelsel verstard en gefragmenteerd geraakt. Door de uiteenlopende en gescheiden financieringsystemen ('schotten') werd substitutie van dure zorg in instellingen door

goedkopere zorg buiten de muren van deze instellingen belemmerd. De overheid stelde onder meer voor elk onderdeel van de zorgsector een uitgavenplafond vast. De totale capaciteit van het zorgaanbod werd centraal gereguleerd evenals de tarieven. De toenmalige ziekenfondsen liepen geen financieel risico, omdat zij alle kosten van hun verzekerden, bij de overheid konden declareren. In feite waren zij nauwelijks meer dan een administratiekantoor. Verzekerden hadden weinig vrijheid bij het kiezen van een zorgverzekering of zorgverzekeraar. Aan de vraagzijde bestonden weinig prikkels om de zorgconsumptie af te remmen door het nagenoeg afwezig zijn van eigen betalingen. Mede door de voortschrijdende medische technologie en de vergrijzing werd de roep om kostenbeheersing pregnanter.

Begin jaren negentig introduceerde de overheid marktwerking in de zorgsector om de doelmatigheid te bevorderen. De overheid als regisseur deed een paar voorzichtige stappen terug en liet de sturing van de zorgsector steeds meer over aan ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke zorgverzekeraars, en zorgaanbieders. Daarmee koos de overheid voor een stelsel van *gereguleerde marktwerking*, dat in het grootste deel van de jaren negentig primair op de ziekenfondssector van toepassing was. De zorgverzekeraars traden namens hun verzekerden op als vragers bij de zorginkoop (vraagsturing).

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn alle zorgverzekeraars private ondernemingen geworden die winst mogen maken (vóór 2006 gold dit alleen voor de particuliere verzekeraars). Zorgverzekeraars onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen en apothekers) over de omvang, de kwaliteit en de prijs van de in te kopen zorg. Zorgverzekeraars vervullen daarmee een spilfunctie bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Verzekerden hebben de mogelijkheid gekregen om 'te stemmen met de voeten'. Als zij de zorgverzekeraar te duur vinden of als zij vinden dat de kwaliteit tekortschiet, kunnen zij eens per jaar van zorgverzekeraar veranderen. Op deze wijze ondervinden zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars prikkels om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan.

1.2.2 Gereguleerde marktwerking op zorgverzekeringsmarkt

In Nederland is geen sprake van een volledig vrije markt bij de zorgverzekeringen. Daar zijn goede redenen voor. De algemene toegankelijkheid van de zorg zou in gevaar kunnen komen als zorgverzekeraars aan verzekerden premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de zorgverzekeraars vormen (het equiva-

lentieprincipe). Dan zouden ongezonde verzekerden zeer hoge premies moeten betalen of onverzekerbaar worden. Juist de mensen die een zorgverzekering het meest nodig hebben krijgen er in dat geval het minste toegang toe. Daarom heeft de overheid de zorgverzekeringsmarkt aan randvoorwaarden gebonden. De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars een zorgplicht en een acceptatieplicht voor de basisverzekering op. De dekking van de basisverzekering bevat medisch noodzakelijke zorg, is bij iedere zorgverzekeraar hetzelfde, en geldt voor iedereen. Een zorgverzekeraar mag een verzekerde niet weigeren voor de basisverzekering (wel voor aanvullende verzekeringen). Verder legt de Zorgverzekeringswet een verbod op premiedifferentiatie tussen verzekerden op¹. Op deze manier wordt de solidariteit tussen mensen met verschillende gezondheidsrisico's vormgegeven.

Door het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht bestaat zonder aanvullend overheidsbeleid bij zorgverzekeraars een prikkel tot selectie van verzekerden met goede gezondheidsrisico's en een prikkel om de verzekerden met slechte gezondheidsrisico's te weren (*risicoselectie*). Immers, op de verzekerden met slechte gezondheidsrisico's lijdt de zorgverzekeraar verlies, en op de verzekerden met goede gezondheidsrisico's maakt hij winst. Zorgverzekeraars die een relatief ongunstige verzekerdenportefeuille hebben, zijn gedwongen om hogere nominale premies voor al hun verzekerden te vragen. Daardoor ontstaat een zelfversterkend effect, waarbij de betreffende zorgverzekeraar door zijn hoge nominale premie ook de verzekerden met de goede risico's ziet overstappen naar de andere zorgverzekeraars en op termijn zelf niet meer levensvatbaar is.

Daarom moet de overheid ervoor zorgen dat risicoselectie voor zorgverzekeraars niet lonend is en dat zorgverzekeraars met een ongezonde verzekerdenpopulatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde verzekerdenpopulatie.

1.2.3 Tegengaan van risicoselectie en het creëren van gelijke uitgangsposities

Om risicoselectie tegen te gaan, wordt *risicoverevening* ingezet. Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel (bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken en verzekerden uit een sociaal-economische risicogroep). Alle zorgverzekeraars krijgen uit een fonds, het Zorgverzekeringsfonds, jaarlijks een financiële bijdrage, die de *vereveningsbijdrage* wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samen-

1 Met uitzondering van korting op collectieve contracten.

stelling van hun verzekerdenpopulatie. Als een zorgverzekeraar relatief veel verzekerden in de portefeuille heeft met een ongunstig risicoprofiel, krijgt deze zorgverzekeraar een hogere bijdrage dan een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met een gunstig risicoprofiel. Oudere verzekerden hebben een ongunstig risicoprofiel, omdat zij gemiddeld genomen hogere medische kosten hebben dan jongere verzekerden. Voor oudere verzekerden krijgt een zorgverzekeraar daarom een hogere vereveningsbijdrage dan voor jongere verzekerden. Zie box 1 voor een voorbeeld van twee verzekerden.²

Als de risicoverevening goed functioneert, heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het weren van verzekerden met hoge zorgkosten. De zorgverzekeraar wordt immers voor de kosten van deze verzekerden extra gecompenseerd en kan juist investeren in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Risicoverevening neemt de financiële prikkel tot risicoselectie weg.

Naast het tegengaan van risicoselectie zorgt risicoverevening voor een eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar relatief veel verzekerden heeft met een ongunstig risicoprofiel, bevindt deze zich in een slechtere uitgangspositie dan een concurrent met verzekerden met een overwegend gunstig profiel. Risicoverevening brengt de zorgverzekeraars in een gelijke *uitgangspositie*, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles.

1.2.4 Bevorderen van doelmatigheid van de zorg

Als risicoselectie geen winstgevende strategie is, moeten zorgverzekeraars energie en geld steken in het bevorderen van de doelmatigheid van de zorg, en niet in het aantrekken en afstoten van bepaalde groepen verzekerden. Zorgverzekeraars die minder doelmatig opereren (dus voor een hogere prijs zorg inkopen of de zorg minder efficiënt organiseren) dan de gemiddelde zorgverzekeraar komen niet uit met de vereveningsbijdrage. Zij moeten hun nominale premie verhogen (of tijdelijk interen op hun reserves). Als deze zorgverzekeraars een bovengemiddelde premie in rekening brengen aan hun verzekerden, terwijl daar geen betere zorg tegenover staat, lopen zij het risico dat veel van hun verzekerden overstappen naar andere, goedkopere zorgverzekeraars.

Omgekeerd houden zorgverzekeraars die doelmatiger werken dan de

² In het voorbeeld abstraheren wij bewust van allerlei technische en institutionele complicaties, zoals de uitsplitsing naar deelbedragen en de saldering met de nominale rekenpremie.

Box 1**Gestileerd voorbeeld van twee verzekerden**

Hoe worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel? Laten we twee (fictieve) verzekerden uitlichten. De eerste is een vrouw van 67 jaar, die in een dorp op het platteland woont, en aan een schildklieraandoening lijdt. Zij gebruikt voor haar aandoening medicijnen. Als compensatie voor haar leeftijd en haar aandoening ontvangt de verzekeraar behoorlijke bedragen (zie tabel 1). De vrouw is de laatste jaren niet opgenomen in een ziekenhuis. Ze was voormalig ziekenfondsverzekerde, maar woont op het platteland in een goede buurt. Deze kenmerken hangen samen met een gunstig risicoprofiel. Daarom worden deze in mindering gebracht (zie de negatieve bedragen in tabel 1.1). Per saldo krijgt de verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds iets meer dan 1.000 euro voor deze verzekerde.

Het tweede voorbeeld betreft een man van 19 jaar. Hij studeert in Amsterdam en heeft een kamer gehuurd in een redelijke buurt. Hij is gezond en gebruikt ook geen medicijnen voor een chronische aandoening. Ook is hij de afgelopen jaren niet in een ziekenhuis opgenomen. De verzekeraar krijgt per saldo ongeveer 200 euro voor deze verzekerde uit het Zorgverzekeringsfonds (zie tabel 1.1). Voor deze jonge, gezonde student krijgt de zorgverzekeraar slechts een vijfde van het bedrag dat hij krijgt voor de oudere vrouw met schildklieraandoening. Op deze manier worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel.

Tabel 1.1**Voorbeelden van vereveningsbijdragen voor twee fictieve verzekerden**

VEREVENINGSBIJDRAGE	
Verzekerde 1	
Vrouw, 67 jaar	970
Lijdend aan schildklieraandoening	174
Geen ontslagdiagnose ziekenhuis	-97
Ex ziekenfonds, platteland	-31
Aard van inkomen: AOW	0
<i>Per saldo</i>	<i>1.016</i>
VEREVENINGSBIJDRAGE	
Verzekerde 2	
Man, 19 jaar	389
Niet lijdend aan een chronische aandoening	-109
Geen ontslagdiagnose ziekenhuis	-97
Ex ziekenfonds, stad	36
Aard van inkomen: Loondienst/Overig	-20
<i>Per saldo</i>	<i>199</i>

gemiddelde zorgverzekeraar geld over op de vereveningsbijdrage en kunnen zij hun nominale premie verlagen (of hun reserves vergroten). Deze zorgverzekeraars kunnen een premie rekenen die lager is dan het gemiddelde en daardoor extra verzekerden aantrekken. Dit leidt tot lagere zorgkosten. Bij een goed functionerend risicovereveningssysteem krijgen doelmatig opererende zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met slechte gezondheidsrisico's een betere marktpositie dan ondoelmatige zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met goede gezondheidsrisico's.

Risicoverevening wordt om de genoemde redenen de achilleshiel van het zorgstelsel genoemd. Als de risicoverevening goed functioneert, kunnen de vruchten worden geplukt van de marktwerking. Als de risicoverevening niet goed functioneert, is risicoselectie een lonende strategie. Daarvan kunnen vooral kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken en ouderen – waarvoor een zorgverzekeraar niet adequaat wordt gecompenseerd – de dupe worden. Het is daarom van cruciaal belang dat zorgverzekeraars via het risicovereveningssysteem adequaat worden gecompenseerd voor herkenbare groepen verzekerden met voorspelbaar hoge zorgkosten en omgekeerd.

1.3 De financiële structuur van de risicoverevening

1.3.1 Nominale premie

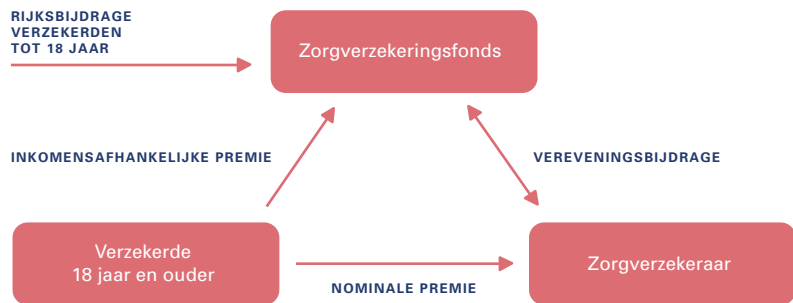
Elke zorgverzekeraar in Nederland heeft in principe twee bronnen van inkomsten voor de basisverzekering: de eerste bron is de heffing van de nominale premie en de tweede bron is de jaarlijkse vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. De nominale premie is de premie die verzekerden van 18 jaar en ouder aan hun zorgverzekeraar betalen voor de basisverzekering. De zorgverzekeraar stelt zelf de hoogte van de nominale premie vast. Hij mag deze echter niet differentiëren naar verzekerdenkenmerken (met uitzondering van de provincie waarin de verzekerde woont). Een lage premiestelling is een belangrijk middel waarmee zorgverzekeraars kunnen concurreren om de gunst van de verzekerden.

1.3.2 Vereveningsbijdrage

De tweede bron van inkomsten betreft de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed met inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdrage voor personen tot 18 jaar. Voor de laatste groep mogen zorgverzekeraars geen nominale premie vragen. De inkomensafhankelijke bijdragen worden geheven door

de Belastingdienst. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt voor verzekerden met een werkgever betaald door de werkgever. Verzekerden zonder werkgever betalen een verlaagde inkomensafhankelijke bijdrage zelf. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Dit fonds wordt beheerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), een zelfstandig bestuursorgaan dat onder meer is belast met de uitvoering van de risicovereeniging. Uit het Zorgverzekeringsfonds wordt vervolgens een bijdrage aan de zorgverzekeraars betaald, de vereveningsbijdrage (zie figuur 1.1).

Figuur 1.1 De financiering van de Zorgverzekeringswet



De hoogte van de vereveningsbijdrage is afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerden bij een zorgverzekeraar. Op deze manier wordt een zorgverzekeraar gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. De uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds zorgt ervoor dat kostenverschillen tussen zorgverzekeraars door verschillen in de verzekerdenkenmerken zoveel mogelijk worden weggenomen, terwijl kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die voortvloeien uit bijvoorbeeld minder doelmatige zorginkoop, zo min mogelijk via de vereveningsbijdrage worden gecompenseerd.

1.3.3 Beschikbare middelen

Ongeveer de helft van de inkomsten krijgt de zorgverzekeraar uit de vereveningsbijdragen. De andere helft komt binnen via de nominale premies. In 2007 bedraagt het totale bedrag dat afkomstig is uit het Zorgverzekeringsfonds en dat verdeeld wordt over de zorgverzekeraars ongeveer 12 miljard euro. Voor 2007 bedraagt de totale begroting van de zorg onder de Zorgverzekeringswet – het macro-prestatiebedrag – afgerond 25 miljard euro, bestaande uit de vereveningsbijdrage en de geraamde opbrengst van de nominale premies.

De minister stelt jaarlijks de hoogte van het totale bedrag dat beschikbaar is voor risicoverevening vast. De ministeriële regeling en de nadere uitwerking daarvan wordt ruim voor het betreffende jaar opgesteld, zodat zorgverzekeraars vooraf zekerheid hebben over de ex ante vereveningsbijdrage. Mede op basis van de hoogte van de vereveningsbijdrage en een raming van de verwachte kosten stellen zorgverzekeraars hun nominale premie vast.

1.4 Ex ante en ex post verevening

1.4.1 Ex ante verevening

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Bij ex ante verevening loopt de zorgverzekeraar financieel risico op de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar moet immers met de vereveningsbijdrage en de inkomsten uit de nominale premies toekomen, ongeacht de werkelijke kosten in het betreffende kalenderjaar. Ex ante verevening prikkelt de zorgverzekeraar om zo doelmatig mogelijk met de verkregen middelen om te gaan.

Voorafgaande aan het betreffende kalenderjaar wordt de ex ante vereveningsbijdrage vastgesteld. De vereveningsbijdrage berust op een schatting van de zorgkosten. Deze schatting is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden. Het risicoprofiel bestaat uit een aantal kenmerken van verzekerden, waaronder leeftijd en geslacht, gezondheidskenmerken, regio en de aard van het inkomen; de kenmerken worden uitgebreider besproken in paragraaf 1.5. De samenhang tussen de verzekerdenkenmerken en de zorgkosten berust op een empirische onderbouwing op verzekerden-niveau. Via een econometrisch model – *het risicovereveningsmodel* – worden (op basis van de verzekerdenkenmerken) de verwachte zorgkosten berekend. Dat komt erop neer dat in het risicovereveningsmodel aan elke waarde van een vereveningskenmerk een ‘prijskaartje’ hangt, dat *normbedrag* wordt genoemd. Het risicovereveningsmodel wordt jaarlijks geactualiseerd. Door een jaarlijkse schatting van de verwachte zorgkosten op basis van het risicoprofiel van verzekerden blijven het model en de uitkomsten van het model zo actueel mogelijk. Hoe beter de voorspelling van de zorgkosten is, hoe billijker het is dat zorgverzekeraars financieel risico lopen. De benodigde gegevens voor de schatting van het risicovereveningsmodel worden op verzekerden-niveau door de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld.

1.4.2 Ex post verevening

Na vaststelling van de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het betreffende jaar kan de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van een zorgverzekeraar veranderen. Verzekerden kunnen immers elk jaar van zorgverzekeraar wisselen. Daardoor kan zowel het aantal verzekerden veranderen als de samenstelling van de verzekerdenportefeuille naar vereveningskenmerken. Daarom worden alle vereveningsbijdragen achteraf (ex post) herberekend, rekening houdend met de werkelijke aantallen verzekerden en hun kenmerken.

Verder worden zorgverzekeraars na afloop van het jaar deels gecompenseerd voor de gerealiseerde zorgkosten. Omdat deze compensaties na afloop van het jaar plaatsvinden, worden ze ex post compensaties genoemd. Deze ex post compensaties corrigeren voor onvolkomenheden in het risicovereveningsmodel. De samenhang tussen de verzekerdenkenmerken en de zorgkosten is niet perfect, en daarom kent de schatting van de zorgkosten onvolkomenheden. Door de ex post compensaties worden zorgverzekeraars hiervoor gecompenseerd. Daarnaast geldt dat zorgverzekeraars beperkte beïnvloedingsmogelijkheden hebben bij bepaalde zorgkosten (zie paragraaf 1.6). De mate waarin de ex post compensaties worden ingezet, wordt voorafgaande aan het betreffende kalenderjaar vastgesteld. In paragraaf 1.7 worden de ex post compensaties beschreven.

1.5 Risicoprofiel

1.5.1 Risicoprofiel en vereveningskenmerken

Via risicoverevening worden de zorgverzekeraars gecompenseerd voor het risicoprofiel van verzekerden. Maar wat bepaalt nu het risicoprofiel? Deze paragraaf beschrijft de verzekerdenkenmerken die in het risicovereveningsmodel 2007 worden gebruikt voor de berekening van de (vooraf) verwachte zorgkosten en de vereveningsbijdrage. De kenmerken worden 'vereveningskenmerken' genoemd. Deze vereveningskenmerken komen grotendeels overeen met de verzekerdenkenmerken die eerder bij de risicoverevening tussen ziekenfondsen werden gehanteerd.

1.5.2 Leeftijd en geslacht

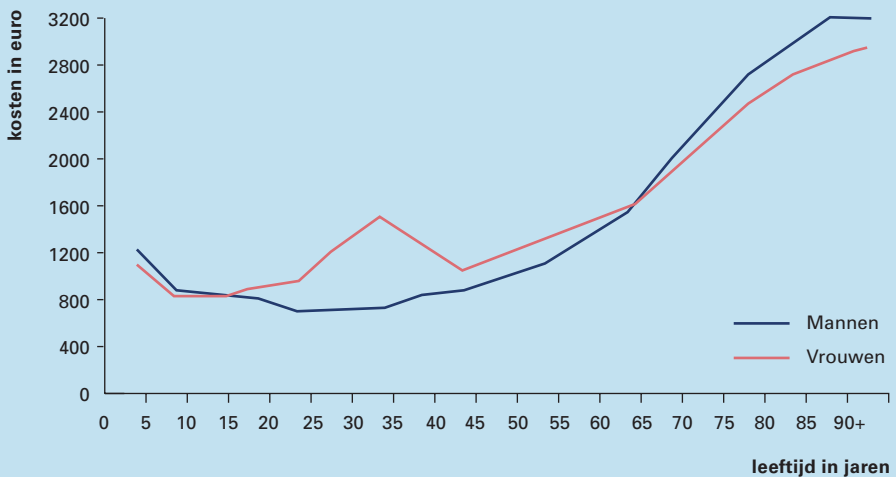
Ten eerste worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor leeftijd en geslacht van verzekerden. Oudere mensen hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan jongere mensen. Het effect van leeftijd is mede afhankelijk van het geslacht. Vrouwen tussen de 20 en 35 jaar hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan mannen in dezelfde leeftijdscategorie wegens

verloskundige zorg en kraamzorg. Daarom is leeftijd en geslacht samengevoegd tot een samengesteld vereveningskenmerk. Figuur 1.2 illustreert het effect van leeftijd en geslacht voor de verwachte kosten in het kader van de Zorgverzekeringswet.

1.5.3 Aard van het inkomen

Ten tweede worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor de 'aard van het inkomen' van hun verzekerden. Via dit vereveningskenmerk wordt globaal rekening gehouden met sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen verzekerden. Verzekerden met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan verzekerden met een baan in loondienst. In het risicovereveningsmodel 2007 wordt onderscheid gemaakt tussen (1) arbeidsongeschikten, (2) bijstandsontvangers, (3) WW'ers en overige uitkeringsontvangers, (4) zelfstandigen en (5) verzekerden in loondienst en verzekerden zonder eigen inkomensbron. Binnen de overige vijf categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de verzekerde. Er bestaat daarnaast een aparte categorie voor kinderen van 0 tot en met 14 jaar en voor 65+'ers.

Figuur 1.2 Verwachte kosten voor de Zorgverzekeringswet in 2007 (exclusief vaste kosten) naar leeftijd en geslacht



Bron: APE

1.5.4 Regio

Een derde vereveningskenmerk is regio. Dit vereveningskenmerk heeft eigenlijk weinig van doen met het gangbare begrip regio in de zin van een aaneengesloten geografisch gebied. De regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van de sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken van een postcodegebied. De clustering van postcodegebieden wordt in 2007 bepaald op basis van stedelijkheid, aandeel niet-westerse allochtonen, gemiddeld inkomen, aandeel alleenstaanden, gestandaardiseerde sterfte, nabijheid van ziekenhuizen en huisartsen, en het aantal verpleeghuisbedden (per 1.000 inwoners binnen een straal van 25 km). Er worden tien regioclusters onderscheiden. De regioclusters met lage rangnummers zijn de zeer verstedelijkte gebieden, met relatief veel niet-westerse allochtonen, een bovengemiddelde sterftkans, en een laag gemiddeld inkomen, en relatief hoge normbedragen. De regioclusters met hoge rangnummers zijn de minder verstedelijkte gebieden, met relatief weinig niet-westerse allochtonen, een benedengemiddelde sterftkans, en een hoog gemiddeld inkomen, en relatief lage normbedragen.

1.5.5 Farmaciekostengroepen

Mensen met een ernstige chronische aandoening zoals diabetes, reuma of epilepsie hebben over de jaren heen een terugkerend hoog kostenpatroon. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de hoge kosten van verzekerden met een chronische aandoening via het vierde vereveningskenmerk farmaciekostengroepen (FKG's). Dit vereveningskenmerk berust op het gebruik van extramuraal afgeleverde geneesmiddelen (via openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen) in het recente verleden. Kosten van geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis zijn opgenomen in de ziekenhuistarieven. De consequentie is dat zij buiten de FKG's vallen.

Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. Een verzekerde valt in een FKG als in een voorgaand kalenderjaar meer dan een bepaalde hoeveelheid (goed voor circa half jaar gebruik) van nader omschreven medicijnen zijn voorgeschreven. Daardoor worden alleen de chronische gevallen meegenomen bij de bepaling van de FKG's. In het risicovereveningsmodel 2007 worden – naast het niet in aanmerking komen voor een FKG – twintig verschillende FKG's onderscheiden: glaucoom, schildklieraandoeningen, psychische aandoeningen, hoog cholesterol, diabetes type I, IIA en IIB, Cara, epilepsie, ziekte van Crohn/colitus ulcerosa, hartaandoeningen, reuma, ziekte van Parkinson,

transplantaties, cystic fibrosis/pancreasaandoeningen, aandoeningen van hersenen/ruggenmerg, kanker, HIV/Aids, nieraandoeningen en groeihormonen. Een verzekerde kan sinds 2007 in meer dan één FKG worden ingedeeld. Door het opnemen van gezondheidsspecifieke vereveningskenmerken in de risicovereenigingssystematiek ondervinden zorgverzekeraars geen financieel nadeel als zij relatief veel chronisch zieken in hun verzekerdenportefeuille hebben.

1.5.6 Diagnosekostengroepen

De FKG's identificeren niet alle verzekerden met chronische aandoeningen, omdat een aantal aandoeningen eerder klinisch dan farmacologisch wordt behandeld. Bovendien zijn FKG's alleen gebaseerd op extramuraal medicijngebruik, terwijl aan sommige verzekerden met chronische aandoeningen intramuraal geneesmiddelen wordt verstrekt. De kosten van deze behandelingen en verstrekte medicijnen komen niet als zodanig terecht in de administratie van de zorgverzekeraars, maar zijn inbegrepen in de ziekenhuistarieven.

Diagnosekostengroepen (DKG's) is als vijfde vereveningskenmerk in het model opgenomen om de voorspelling van de vervolgstkosten van veelal chronische aandoeningen verder te verbeteren. DKG's berusten primair op de diagnose die verzekerden krijgen bij hun ontslag uit het ziekenhuis. Alleen diagnoses waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen. Diagnosen met een incidenteel karakter, zoals botbreuken, worden niet in de DKG's verdisconteerd. De clustering van de diagnosecodes naar de dertien DKG's gebeurt op basis van gelijke kostenpatronen, en is niet medisch-inhoudelijk gemotiveerd. Daarom hebben de dertien verschillende DKG's geen namen. Ook bij de DKG's wordt het niet in aanmerking komen voor een DKG als referentiegroep gehanteerd.

1.6 Typen kosten

Zorgverzekeraars kunnen slechts een deel van de kosten van zorgaanbieders beïnvloeden. Op kapitaallasten (zoals afschrijvingen van gebouwen en apparatuur van ziekenhuizen) heeft een zorgverzekeraar bijvoorbeeld nauwelijks invloed. Zulke kosten kunnen sterk verschillen tussen ziekenhuizen en daarmee tussen zorgverzekeraars. Daarom worden de zorgkosten gesplitst in drie typen: (1) vaste kosten van ziekenhuiszorg, (2) variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp, en (3) kosten van de overige prestaties, zoals farmaceutische zorg, huisart-

senhulp, hulpmiddelen en kraamzorg. Het ex ante risicovereveningsmodel zoals hiervoor beschreven is alleen van toepassing op de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van de overige prestaties. Omdat een zorgverzekeraar deze typen kosten in onderhandeling met zorgaanbieders kan beïnvloeden, is het redelijk dat hij financieel risico loopt op deze kosten. Voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg geldt een andere, risicolozere wijze van verevening. De vaste kosten worden verevend op basis van zorgverzekeraarspecifieke historische kosten en verzekerdenaantallen. Per verzekerde krijgt een zorgverzekeraar een vast bedrag uitgekeerd.

1.7 Ex post compensatiemechanismen

Wanneer het risicovereveningsmodel ex ante tekortschiet, kunnen ex post compensatiemechanismen worden ingezet. Als de verwachte zorgkosten en de feitelijke kosten slecht op elkaar aansluiten, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om te beknibbelen op de kwaliteit van de zorg of om tot risicoselectie over te gaan. Een zorgverzekeraar kan mogelijk vooraf specifieke groepen verzekerden aanwijzen waarop hij een voorspelbaar verlies gaat lijden en proberen om deze groepen verzekerden buiten de deur te houden. Als de zorgverzekeraar na afloop van het jaar wordt gecompenseerd voor de gerealiseerde zorgkosten van deze groepen verzekerden, neemt de neiging tot risicoselectie af. De inzet van ex post compensatiemechanismen gaat echter deels ten koste van de doelmatigheidsprikkels, omdat een deel van de kosten achteraf op basis van de gerealiseerde kosten wordt vergoed. Dit resulteert in een uitruil tussen de gewenste prikkel tot doelmatigheid en de ongewenste prikkel tot risicoselectie.

In de huidige risicovereveningssystematiek worden verschillen vormen van ex post compensatie gehanteerd. Wij behandelen deze in de volgorde waarin zij in het risicovereveningssysteem worden ingezet. De ex post compensatie mechanismen worden echter niet op alle typen kosten toegepast. Daardoor lopen zorgverzekeraars niet op alle typen kosten evenveel financieel risico. Dit kan een efficiënte afweging tussen de verschillende typen zorg bemoeilijken.

1 *Verzekerdennacalculatie*

Via verzekerdennacalculatie wordt achteraf rekening gehouden met veranderingen in de omvang en de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van zorgverzekeraars. De samenstelling heeft betrekking op de

opbouw van de verzekerdenportefeuille naar de onderscheiden vereveningskenmerken. Verzekerdennacalculatie kan in feite worden gezien als een correctie op de ex ante vereveningsbijdrage. Verzekerdennacalculatie heeft betrekking op alle typen kosten.

2 Macro-nacalculatie

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 wordt in de risico-verevening macro-nacalculatie toegepast. Het doel van macro-nacalculatie is het compenseren van afwijkingen tussen macro-kostenramingen en macro-kostenrealisaties. Zorgverzekeraars (als geheel) lopen hiermee in het betreffende jaar geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro-kosten hoger uitvallen, is er sprake van een hogere vereveningsbijdrage, als de macro-kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag. Door de macro-nacalculatie wordt voorkomen dat zorgverzekeraars te hoge nominale premies rekenen om zich in te dekken tegen onzekerheden in de macro-kostenontwikkeling. Macro-nacalculatie heeft betrekking op alle typen kosten.

3 Hogekostenverevening

Per verzekerde worden in 2007 kosten boven de schadedrempel van 12.500 euro voor 90% verevend met het Zorgverzekeringsfonds. Hogekostenverevening (HKV) komt tegemoet aan de ongelijke verdeling van onvoorspelbare extreme schadegevallen tussen zorgverzekeraars. HKV wordt toegepast op de variabele kosten van ziekenhuiszorg en op de kosten van de overige prestaties.

4 Generieke verevening

Generieke verevening wordt gebruikt om eventuele onvolkomenheden in de verevenende werking van het model te corrigeren. Generieke verevening is een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars van het verschil tussen de kosten en de ex ante kostenraming (gecorrigeerd voor voorgaande ex post compensaties). Van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de ex ante bijdrage wordt 30% generiek tussen zorgverzekeraars verevend. Generieke verevening wordt alleen toegepast op de variabele kosten van ziekenhuiszorg.

5 Nacalculatie

Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorgkosten te beïnvloeden. Het berust op een verrekening van het verschil tussen de daadwerkelijk gemaakte kosten en de ex ante vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (gecorrigeerd voor voorgaande ex

post compensaties). De vaste kosten van ziekenhuiszorg worden voor 100% nagecalculeerd. Bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt in 2007 35% van het verschil tussen de feitelijke kosten en de ex ante kostenraming (na correctie voor HKV en generieke verevening) nagecalculeerd.

6 Vangnet of bandbreedteregeling

Naast de eerdergenoemde ex post compensatiemechanismen kunnen nog tijdelijk aanvullende vangnetten worden gebruikt. Het doel van vangnetten is het begrenzen van de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen. Het vangnet wordt toegepast indien voor een zorgverzekeraar de werkelijke zorgkosten meer dan 35 euro per premiebetalende verzekerde afwijken van de kostenraming (na correctie van de voorgaande ex post compensaties). Het verschil boven de plus of onder de min 35 euro wordt voor 90% nagecalculeerd met het Zorgverzekeringsfonds.

Van de ex post compensaties is de generieke verevening het meest controversieel. Door generieke verevening vinden immers financiële overdrachten plaats van zorgverzekeraars die winst maken naar zorgverzekeraars die verlies lijden. Het doel is om de ex post compensaties HKV, generieke verevening, nacalculatie en het vangnet zoveel mogelijk af te bouwen.

1.8 De uitvoering van de risicoverevening

1.8.1 Vaststelling van de vereveningsbijdrage

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is onder meer belast met de uitvoering van de risicoverevening. Het CVZ raamt per zorgverzekeraar hoeveel verzekerden deze in de portefeuille heeft met een bepaald vereveningskenmerk. Vermenigvuldiging van het relevante aantal verzekerden met de bijbehorende normbedragen geeft de schatting van de totale kosten van een zorgverzekeraar. Omdat de zorgverzekeraar ook inkomsten heeft uit de heffing van de nominale premies, wordt een geraamde gemiddelde nominale premie van het totaalbedrag afgetrokken. Deze premie wordt de rekenpremie genoemd. De rekenpremie is die premie waarmee de zorgverzekeraars (naar verwachting) hun zorgkosten in combinatie met de vereveningsbijdrage kunnen voldoen. Het resterende bedrag is de vereveningsbijdrage.

1.8.2 Privacy

Voor de uitvoering van de risicovereeniging moet het CVZ een administratie bijhouden met privacy gevoelige informatie. Het CVZ zet 'privacy enhancing technologies' in om ervoor te zorgen dat ze de risicovereeniging zonder persoonsgegevens kan uitvoeren. Privacy enhancing technologies zijn een samenhangend geheel van ICT-maatregelen dat de persoonlijke levenssfeer beschermt door het elimineren of verminderen van persoonsgegevens. Iedere verzekerde krijgt op basis van het burgerservicenummer een pseudo-identiteit toegekend. Door gebruik te maken van deze pseudo-identiteiten beschikt het CVZ niet meer over de 'echte' identiteit van verzekerden. Op deze wijze wordt de privacy van verzekerden gewaarborgd.

1.9 Afsluitende opmerkingen

Risicovereeniging houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar ongunstig risicoprofiel. Risicovereeniging wordt ingezet om te voorkomen dat zorgverzekeraars risicoselectie toepassen. Risicoselectie betekent dat zorgverzekeraars verzekerden waarop zij winst maken (jonge, gezonde mensen) proberen aan te trekken en verzekerden waarop zij verlies lijden (oude, zieke mensen) proberen af te schrikken. Door risicovereeniging is risicoselectie geen financieel lonende strategie, tenzij het risicovereenigingsmodel tekortschiet.

Een aantal andere landen, waaronder België, Duitsland, Verenigde Staten (Medicare programma), Ierland, Tsjechië, Zwitserland en Israël hanteren ook een ex ante risicovereenigingssysteem voor zorgverzekeraars. Nederland loopt echter voorop met de ontwikkeling van het huidige risicovereenigingsmodel. Dat komt vooral doordat in het Nederlandse risicovereenigingsmodel expliciet rekening wordt gehouden met gezondheidskenmerken (FKG's en DKG's). Dit komt verder alleen voor bij het Medicare programma in de Verenigde Staten. Wat de Nederlandse situatie verder uniek maakt, is de centrale inning van inkomensafhankelijke zorgpremie. De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen, wordt bekostigd uit inkomensafhankelijke bijdragen die de Belastingdienst heft en een rijksbijdrage voor de jeugd tot 18 jaar. De vereveningsbijdrage vormt ongeveer de helft van de inkomsten van de zorgverzekeraars. De andere helft van de inkomsten wordt verkregen via de nominale premies. Daarnaast is uniek dat de risicovereeniging op alle Nederlanders van toepassing is.

Ex ante (voorafgaande aan het jaar) ontvangen de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage. Een ex ante systeem prikkelt om zo doelmatig mogelijk met de beschikbare middelen om te gaan. Daarnaast worden zorgverzekeraars ex post (na afloop van het jaar) deels gecompenseerd voor verschillen tussen de ex ante vereveningsbijdrage en de gerealiseerde kosten. De vereveningsbijdrage wordt elk jaar voor het opvolgende kalenderjaar opnieuw vastgesteld.

In de volgende hoofdstukken gaan wij nader op deze en andere onderwerpen in. In detail bespreken wij de uitgangspunten van risicoverevening, de historische context, de beleidsmatige en juridische aspecten, de uitvoeringstechnische kant, de schatting van het risicovereveningsmodel en het onderzoek dat wordt verricht om de risicoverevening verder te verbeteren.

2

Ontstaan en achtergronden van risicoverevening

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht het ontstaan en de achtergronden van de risicoverevening inclusief een korte historische schets van de ontwikkeling van het zorgstelsel. Risicoverevening is tot 2006 alleen toegepast in het kader van de Ziekenfondswet. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is de reikwijdte van de risicoverevening vergroot naar alle verzekerden in Nederland. In het hoofdstuk bespreken wij de ratio achter de toepassing van risicoverevening in het Nederlandse zorgstelsel. De volgende vragen komen aan de orde:

- Wat is de historische achtergrond van risicoverevening en met welk doel is het ingevoerd?
- Waarom heeft risicoverevening zo'n belangrijke positie in het verzekeringsstelsel?
- Aan welke randvoorwaarden moet risicoverevening voldoen?

2.2 Historische schets

2.2.1 Commissie Dekker

In maart 1987 bracht de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (meestal de commissie Dekker genoemd, naar haar voorzitter Philips-topman Wisse Dekker) het advies *Bereidheid tot Verandering* uit aan de regering. De commissie Dekker concludeerde dat de financieringsstructuur van de zorgsector geen prikkels bevat voor doelmatigheid. Bovendien is de financieringsstructuur volgens de commissie sterk verbrokkeld. Door de uiteenlopende en gescheiden financieringssystemen werd substitutie van dure intramurale zorg door goedkopere extramurale zorg belemmerd. De commissie stelde verder dat de bestaande aanbodregulering en -sturing voor te veel regels en bureaucratie zorgt en dat mede daardoor de zorgverlening onvoldoende beantwoordt aan veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking. De commissie wees voorts op het bestaan van risicoselectie op de particuliere verzekeringsmarkt en op de solidariteitsproblemen binnen de bestaande lappendeken van publieke en particuliere zorgverzekeringen.

Op grond van deze analyse stelde de commissie-Dekker een ingrijpende herziening van de regelgeving en bekostiging van de zorg voor:

- 1 Het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden, en particuliere en publiekrechtelijke verzekerden moet vervallen. Er moet een voor iedereen verplichte basisverzekering komen, die ook de langdurige zorg (AWBZ) omvat.
- 2 De basisverzekering moet worden uitgevoerd door landelijk opererende zorgverzekeraars voor wie een acceptatieplicht geldt. De zorgverzekeraars omvatten ziekenfondsen, en particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars.
- 3 Voor de zorg die niet onder de basisverzekering valt, kunnen verzekeren vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten.
- 4 De financiering van de basisverzekering moet geschieden via een combinatie van inkomensafhankelijke en nominale premies.
- 5 Er moet een stelsel van gereguleerde marktwerking komen. Daarin moeten zorgverzekeraars elkaar onderling beconcurreren via de hoogte van de nominale premie.
- 6 De inkomensafhankelijke bijdragen moeten centraal worden geïnd en via objectieve maatstaven voor de gezondheid van verzekerden over de zorgverzekeraars worden verdeeld. Via een dergelijk systeem – de opmaat voor een risicovereenigingssysteem – moeten zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenportefeuille.
- 7 Zorgverzekeraars moeten niet langer verplicht zijn om contracten af te sluiten met alle zorgaanbieders in hun werkgebied. Zorgverzekeraars moeten namens hun verzekerden met aanbieders onderhandelen over de prijzen, de hoeveelheden en de kwaliteit van de zorg. Deze vraagsturing, waarbij zorgverzekeraars namens hun verzekerden zorg inkopen, vereist dat de bestaande regulering van het zorgaanbod wordt teruggedrongen.

In 1988 namen het kabinet Lubbers II en de Eerste en Tweede Kamer op hoofdlijnen het voorstel van de Commissie Dekker over. Het kabinet koos in navolging van de Commissie Dekker voor een systeem met een verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering. Na de verkiezingen in 1989 kwam het kabinet Lubbers III tot stand, waarin de PvdA de plaats van de VVD innam. Volgens het plan Simons, (vernoemd naar de PvdA-staatssecretaris die met dit dossier belast was), moest de AWBZ als drager fungeren van de nieuwe basisverzekering, die het karakter diende te hebben van een volksverzekering. Door het stapsgewijs overhevelen van voorzieningen moest de AWBZ worden uitgebreid tot de beoogde basisverzekering. Deze nieuwe, uitgebreide basisverzekering moest deel uitmaken van een stelsel van gereguleerde marktwerking.

2.2.2 Aanzet tot marktwerking en risicoverevening bij ziekenfondsen

Ter voorbereiding op de grote stelselwijziging voerde het kabinet Lubbers III in het begin van de jaren negentig een aantal hervormingen in de ziekenfondssector door waarmee marktwerking werd bevorderd.³ Ten eerste werd ook bij de ziekenfondsen een (bescheiden) nominale premie ingevoerd. Ziekenfondsen kregen de ruimte om de nominale premie zelfstandig vast te stellen en om onderling te concurreren op de hoogte van de nominale premie en de kwaliteit van de geboden zorg. Ten tweede mochten ziekenfondsen ook buiten hun oorspronkelijke werkgebied gaan opereren⁴. Daardoor werd het voor verzekerden mogelijk om tussen ziekenfondsen te kiezen. Ten derde konden ziekenfondsen niet langer alle zorgkosten volledig declareren bij de Algemene Kas (vergelijkbaar met het huidige Zorgverzekeringsfonds). In plaats daarvan werden ziekenfondsen voor een beperkt deel gebudgetteerd. Ziekenfondsen liepen in eerste instantie nauwelijks financieel risico, omdat zij achteraf voor een belangrijk deel werden gecompenseerd voor verschillen tussen kosten en budgetten.

De vaststelling van de budgetten geschiedde in 1991/1992 op basis van de historische kosten van ziekenfondsen. Vanaf 1993 worden echter objectieve kenmerken gehanteerd. Deze normatieve budgettering is de eerste aanzet tot risicoverevening in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Aanvankelijk werd bij de vaststelling van de budgetten, ook wel aangeduid als normuitkeringen, uitsluitend gebruik gemaakt van de kenmerken leeftijd en geslacht. De toepassing van deze eenvoudig meetbare kenmerken hield enerzijds vooral verband met de in de administratie van de ziekenfondsen beschikbare informatie over de verzekerdenkenmerken. Anderzijds dacht men toen dat leeftijd en geslacht goede voorspellers waren van zorgkosten.⁵ Dit bleek op verzekerdeniveau in de praktijk allesbehalve het geval te zijn.⁶ Daarom waren in de beginfase van het systeem forse compensaties achteraf nodig om de imperfecties van het toenmalige risicovereveningsmodel (aangeduid als 'verdeemodel') glad te strijken.

3 De ziekenfondssector had betrekking op ongeveer tweederde van de totale bevolking.

4 Ziekenfondsen hadden van oudsher een regionaal bepaald werkgebied.

5 In de studie *Middelen op maat* van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (Gerritse en Poelert 1991) die ten grondslag lag aan de normuitkeringensystematiek werd gesteld dat leeftijds- en geslachtsspecifieke normbedragen de ruggengraat van de systematiek moesten vormen (naast onder meer regio en arbeidsongeschiktheid).

6 Slechts enkele procenten van de variatie in de individuele zorgkosten kunnen op basis van leeftijd en geslacht worden verklaard.

2.2.3 Mislukken van de stelselwijziging

In 1993 strandde het plan Simons voortijdig. Er werd een aantal belangrijke conclusies getrokken uit de mislukte stelselwijziging.⁷ De invoering van de basisverzekering voor alle Nederlanders waarbij de AWBZ als drager moest functioneren was van de baan. De ontwikkeling van het stelsel van normuitkeringen (de risicoverevening) was nog niet ver genoeg gevorderd om dit zowel op ziekenfondsen als op particuliere en publiek-rechtelijke zorgverzekeraars toe te passen. Deze bevindingen hadden echter geen belangrijke consequenties voor de ingezette ontwikkelingen in de ziekenfondssector.⁸ De risicoverevening werd binnen de ziekenfondssector verder uitgebouwd en verfijnd.

2.2.4 Voortgang risicoverevening bij de ziekenfondsen

Sinds de invoering van de risicoverevening bij de ziekenfondsen in het begin van de jaren negentig is in de luwte van de politiek gestaag gewerkt aan kwaliteitsverbeteringen van het risicovereveningsmodel. In de loop van de tijd zijn verscheidene vereveningskenmerken aan het risicovereveningsmodel toegevoegd, waaronder regio (in eerste instantie alleen stedelijkheid) en verzekeringsgrond (in eerste instantie alleen arbeidsongeschiktheid) als benadering van de sociaal-economische status (zie hoofdstuk 3).⁹ Door de toevoeging van deze kenmerken verbeterde de voorspelkwaliteit van de zorgkosten op verzekerdeniveau, maar niet substantieel. De grootste verbetering van de voorspelkwaliteit vond plaats toen in 2002 en 2004 twee kenmerken werden toegevoegd die de gezondheidstoestand van verzekerden benaderen (farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen). Door deze verbeteringen is het mogelijk geworden om de omvang van ex post compensatiemechanismen geleidelijk te beperken. Omdat de ziekenfondsen zelf de benodigde informatie aan moesten leveren, maakten de administraties een snelle kwaliteitsverbetering door. Zorgkosten en zorggebruik werden op verzekerdeniveau vastgelegd (in plaats van via 'macro-boeking' voor groepen verzekerden).

7 Zie de IOO-publicatie van Goudriaan *et al.* (1994).

8 De belangrijkste consequentie voor de ziekenfondsen was dat de hulpmiddelen en de farmaceutische zorg weer vanuit de AWBZ teruggingen naar de Ziekenfondswet.

9 De verzekeringsgrond was de titel waarop de verzekerden recht hadden op toetreding tot het ziekenfonds (bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheids- of een bijstandsuitkering, inkomen uit loondienst tot een bepaald maximum, zelfstandige met een laag inkomen, enzovoort). De verzekeringsgrond is de voorloper van het huidige vereveningskenmerk *aard van het inkomen*.

Bij de toepassing van de risicovereeniging werd vanaf 1996 een splitsing van de zorgkosten gemaakt in kosten die zorgverzekeraars respectievelijk wel en (vrijwel) niet kunnen beïnvloeden. De vaste kosten van ziekenhuiszorg behoorden tot de niet-beïnvloedbare kosten. De variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van de overige prestaties werden gezien als beïnvloedbare kosten. De ratio achter deze splitsing van de zorgkosten was dat ziekenfondsen geen financiële risico's behoren te lopen op kosten die zij zelf (vrijwel) niet kunnen beïnvloeden. Op de beïnvloedbare kosten kunnen ziekenfondsen meer risico lopen, waardoor bij deze kosten kan worden volstaan met beperktere financiële compensatie achteraf. De wijze van vaststelling van het onderscheid tussen de vaste en de variabele kosten van ziekenhuiszorg is in 2002 verder verbeterd. Zorgverzekeraars lopen sindsdien financieel risico op een groter deel van de ziekenhuiskosten.

2.2.5 Aanzet tot de Zorgverzekeringswet

In 1994 trad het kabinet Kok I aan. Dit kabinet besloot de status quo te aanvaarden en grote aanpassingen aan het zorgstelsel achterwege te laten ('no regret'-beleid). Het kabinet Kok II kondigde in de regeringsverklaring van 1998 aan dat onderzoek moest worden verricht naar de houdbaarheid van het zorgstelsel en de financiering daarvan op de lange termijn. Dit mondde in 2001 uit in de beleidsnota *Vraag aan bod*, waarin de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel aan de orde kwamen.

De kabinetsvisie leunt op een aantal punten op het gedachtegoed van de commissie Dekker en fungeert als aanzet voor een discussie over de Zorgverzekeringswet. Het kabinet Kok II concludeert ten eerste dat een herziening van het sturingsinstrumentarium in de zorgsector noodzakelijk is. De dominante, centrale aanbodsturing leidt tot onvoldoende prikkels voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren. Ten tweede concludeert het kabinet dat het verzekeringsstelsel aanpassing behoeft. De bestaande duale structuur van ziekenfondsen en particuliere en publiek-rechtelijke zorgverzekeraars frustrereert een doelmatige zorginkoop en regie door zorgverzekeraars, beperkt de keuzemogelijkheden voor verzekerden en staat deels haaks op de solidariteit bij gezondheidsrisico's. Daarom pleitte het kabinet Kok II voor één nieuwe algemene verzekering voor de curatieve zorg, die risicodragend door zorgverzekeraars moet worden uitgevoerd. Op termijn kan de nieuwe verzekering integreren met de AWBZ.

2.2.6 Invoering van de Zorgverzekeringswet

Bijna twintig jaar na het advies van de commissie-Dekker werd in 2004 en 2005 door de Tweede en Eerste Kamer de Zorgverzekeringswet aanvaard, die in één basisverzekering voor curatieve zorg voorziet en daarmee de voormalige particuliere verzekering, de publiekrechtelijke verzekering en de ziekenfondsverzekering vervangt. De overheid stelt zich hiermee tot doel een zorgstelsel te realiseren dat toegankelijk is voor iedereen, dat toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede zorg en dat betaalbaar is.

De overheid geeft zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet een *spilfunctie*. In de curatieve zorg wordt het stelsel van aanbodsturing vervangen door vraagsturing. Ook de zorginstellingen worden onderhevig aan concurrentie en marktwerking. Zorgverzekeraars opereren in dit nieuwe stelsel als vragers namens hun verzekerden en moeten de motor zijn voor de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Zij kunnen kiezen met welke zorgaanbieders zij een contract sluiten en kunnen eisen stellen aan de zorgverlening. Door zo goed mogelijk zorg in te kopen, kan de zorgverzekeraar via de hoogte van de nominale premie en de kwaliteit van de zorg concurreren met andere zorgverzekeraars. Dit stelsel komt in de plaats van de aanbodsturing die decennialang in de zorgsector als ordeningsprincipe heeft gefungeerd. In dit stelsel was kostenbeheersing via aanbodrantsoenering en prijsregulering geleidelijk dominant geworden. De sturing werd steeds gedetailleerder en doelstellingen gingen steeds meer conflicteren. Vraagsturing loopt via de markt. Hierbij staan de kwaliteit en prijs van de productie centraal. Hierop worden de zorgaanbieders afgerekend door de zorgverzekeraars. Er moet een nieuwe relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar ontstaan, waarbij de zorgaanbieder zich moet verantwoorden voor de geleverde zorg en waarbij wordt onderhandeld over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg. Verzekerden hebben nu zowel meer financiële verantwoordelijkheden als meer invloed bij het bepalen van hun zorgverzekering: zij kunnen (jaarlijks) kiezen uit verschillende polissen en verschillende zorgverzekeraars.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is ook de reikwijdte van de risicoverevening veranderd. Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet beperkte de risicoverevening zich tot de ziekenfondsverzekerden. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt risicoverevening vanaf 2006 toegepast op *alle* zorgverzekeraars en op *alle* verzekerden.

2.2.7 Bereik van de risicoverevening in 2007

Het risicovereveningssysteem heeft anno 2007 betrekking op de zorgkosten die binnen het verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen. Het risicovereveningssysteem heeft dus *geen* betrekking op de aanvullende zorgverzekeringen die zorgverzekeraars aanbieden.

Onder het basispakket van 2007 vallen in hoofdlijnen:

- de geneeskundige zorg, waaronder zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen;
- paramedische zorg (beperkte fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvisering);
- kraamzorg;
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen;
- mondzorg (tot 18 jaar, vanaf 18 jaar alleen specialistische tandheelkunde en het kunstgebit);
- medisch noodzakelijk verblijf gedurende maximaal 365 dagen;
- ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer).

2.3 Waarom risicoverevening

2.3.1 De situatie in een vrije verzekeringsmarkt

In een volledig vrije verzekeringsmarkt hebben zorgverzekeraars verschillende instrumenten tot hun beschikking om zo winstgevend mogelijk te opereren. Zij kunnen bijvoorbeeld op basis van het risicoprofiel verzekerden werven of juist selecteren (risicoselectie), of op basis van het risicoprofiel een hogere premie vragen. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat zorgverzekeraars aan verzekerden premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de zorgverzekeraars vormen. Dit is het *equivalentieprincipe*.

Als het equivalentieprincipe van toepassing zou zijn op de zorgverzekeringsmarkt, moeten ongezonde verzekerden zeer hoge premies betalen of onverzekerbaar worden. De toegankelijkheid van de zorg komt dan in gevaar. Mensen die een zorgverzekering het meest nodig hebben (zieken, ouderen en weinig draagkrachtigen) krijgen er in dat geval het minste toegang toe. Daarom heeft de overheid de zorgverzekeringsmarkt aan randvoorwaarden gebonden. De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars een acceptatieplicht op. Dit betekent dat een zorgverzekeraar een verzekerde niet mag weigeren voor de basisverzekering (wel voor aanvullende verzekeringen). Verder legt de Zorgverzekeringswet een verbod op premiedifferentiatie op. De zorgverzekeraar mag tussen verzekerden

(gegeven dezelfde polis) geen premieonderscheid maken op basis van gezondheid, leeftijd, geslacht of andere achtergrondkenmerken.¹⁰ Op deze manier wordt de solidariteit tussen mensen met verschillende gezondheidsrisico's vormgegeven.

Daarmee wordt het equivalentieprincipe buiten werking gesteld. Door het doorbreken van de band tussen premiehoogte en verwachte zorgkosten bestaat zonder aanvullend overheidsbeleid bij zorgverzekeraars een sterke prikkel tot selectie van verzekerden met goede gezondheidsrisico's en een sterke prikkel om de verzekerden met slechte gezondheidsrisico's te weren. Zorgverzekeraars die in de uitgangssituatie al worden geconfronteerd met een relatief ongunstige verzekerdenportefeuille zijn gedwongen om een hogere nominale premie te vragen en bevinden zich daardoor in een slechte uitgangspositie. Daardoor ontstaat een zelfversterkend effect, waarbij de betreffende zorgverzekeraar ook de verzekerden met de goede risico's ziet overstappen naar de andere zorgverzekeraars en op termijn zelf niet meer levensvatbaar is.

In deze constellatie is het voor een zorgverzekeraar financieel aantrekkelijk om mensen met een gunstig risicoprofiel in de portefeuille te krijgen en mensen met een ongunstig risicoprofiel te mijden. Binnen de kaders van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie kan een zorgverzekeraar dit op allerlei subtiele en minder subtiele manieren bereiken.¹¹ De overheid probeert ervoor te zorgen dat risicoselectie voor zorgverzekeraars financieel niet lonend is. Dit geschiedt via een risicovereveningssysteem. De volgende paragrafen belichten de doelen van dit systeem:

- tegengaan van risicoselectie en creëren van gelijke uitgangsposities voor zorgverzekeraars;
- bevorderen van de doelmatigheid in de zorg via ex ante verevening.

2.3.2 Tegengaan van risicoselectie en het creëren van een gelijke uitgangspositie

Als de nominale premie per verzekerde niet mag worden aangepast aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, lijdt de zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel, en maakt de zorgverzekeraar winst op verzekerden met een gunstig risicoprofiel. Dit kan ertoe leiden dat de zorgverzekeraar – ondanks de acceptatieplicht – probeert ongezonde verzekerden te weren en gezonde verzekerden aan

10 Met uitzondering van de provincie waarin de verzekerde woont, een korting voor eigen risico's en een collectiviteitskorting van maximaal 10%.

11 De verzekeraar kan bijvoorbeeld mensen die hoge kosten maken slechtere service en zorg verlenen. Denk aan lange wachttijden, slechte telefonische bereikbaarheid en trage betaling van vergoedingen.

te trekken. Het eerste doel van risicoverevening is daarom het tegengaan van risicoselectie. Via risicoverevening worden de zorgverzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel en daarmee gepaard gaande hoge zorgkosten (zoals ouderen, chronisch zieken en verzekerden met een lage sociaal-economische status). Door de inzet van risicoverevening verdwijnt de aantrekkelijkheid van risicoselectie en worden zorgverzekeraars in een gelijke uitgangspositie gebracht. Zorgverzekeraars hebben geen financieel nadeel als zij investeren in goede zorg voor de ouderen of chronisch zieken in hun portefeuille. Sterker nog: dit zijn bij een goed functionerend risicovereveningssysteem financieel aantrekkelijke verzekerden. Bij verzekerden met hoge zorgkosten is het immers in beginsel gemakkelijker de doelmatigheid te verhogen dan bij groepen verzekerden zonder of met heel lage zorgkosten.

Eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars is alleen mogelijk als zorgverzekeraars met een ongezonde verzekerdenpopulatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde verzekerdenpopulatie. Zorgverzekeraars kennen – mede vanuit hun verleden - een heel verschillende opbouw van verzekerdenpopulatie naar bijvoorbeeld leeftijd, gezondheidsprofielen en dergelijke. Zorgverzekeraars met een ongunstige verzekerdenpopulatie, zoals de voormalige ziekenfondsen met een oververtegenwoordiging van ouderen, hebben zonder risicoverevening een relatief slechtere concurrentiepositie. Zie het voorbeeld in box 2.

Niet de kenmerken van de verzekerden mogen bepalend zijn voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar, maar de doelmatigheid van de zorginkoop en de uitvoering. Verschillen in nominale premies tussen zorgverzekeraars moeten primair samenhangen met de wijze van bedrijfsvoering van de zorgverzekeraars (de doelmatigheid van de zorginkoop, de efficiëntie van de uitvoering en de kwaliteit van de aangeboden zorg) en niet met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. Het risicovereveningssysteem probeert een gelijk speelveld ('level playing field') voor alle zorgverzekeraars te creëren. De risicoverevening zorgt dat alle zorgverzekeraars een *gelijke uitgangspositie* hebben (zie ook box 2). Bij een goed functionerend risicovereveningssysteem krijgen doelmatig opererende zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met een ongunstig risicoprofiel een betere marktpositie dan ondoelmatige zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met een gunstig risicoprofiel.

2.3.3 Bevorderen van de doelmatigheid van de zorg

Een tweede doel van risicoverevening is het bevorderen van doelmatigheid van de zorginkoop. Dit wordt gestimuleerd door de ex ante vereveningsbijdrage. Als risicoselectie geen winstgevende strategie is, zullen zorgverzekeraars energie, geld en menskracht steken in het bevorderen van de doelmatigheid van de zorginkoop, en niet in het aantrekken en afstoten van bepaalde groepen verzekerden. Zorgverzekeraars die hun zorg minder doelmatig inkopen dan de gemiddelde zorgverzekeraar komen niet uit met de vereveningsbijdrage. Zij dienen hun nominale premie te verhogen (of tijdelijk in te teren op hun reserves). Als deze zorgverzekeraars een bovengemiddelde premie in rekening brengen, lopen zij het risico dat veel van hun verzekerden overstappen naar andere, goedkopere zorgverzekeraars.

Omgekeerd houden zorgverzekeraars die doelmatiger inkopen dan de gemiddelde zorgverzekeraar geld over op de vereveningsbijdrage en kunnen zij hun nominale premie verlagen (of hun reserves vergroten). Deze zorgverzekeraars kunnen een benedengemiddelde premie in rekening brengen en daardoor extra verzekerden aantrekken. Dit leidt tot een vergroting van de doelmatigheid van de zorg. Deze lagere kosten werken dynamisch door in het risicovereveningssysteem. In het volgende jaar zijn de gemiddelde landelijke zorgkosten immers door de concurrentie en de switchende verzekerden (van dure zorgverzekeraars naar goedkopere zorgverzekeraars) lager dan in de situatie zonder premieconcurrentie. De actualisering van de vereveningsbijdrage geschiedt vervolgens op basis van de actuele lagere zorgkosten. Dit resulteert voor alle zorgverzekeraars in een lagere vereveningsbijdrage. Dit proces blijft zich doorzetten totdat alle zorgverzekeraars even doelmatig opereren en een gelijke premie vragen. Er bestaan dan alleen nog premieverschillen door kwaliteitsverschillen van de gecontracteerde zorg. De ultieme consequentie is dat ondoelmatige zorgverzekeraars geen verzekerden overhouden en ophouden te bestaan.

Box 2**Het effect van risicoverevening**

Stel er is geen risicoverevening en de beschikbare middelen uit het Zorgverzekeringsfonds worden verdeeld tussen de zorgverzekeraars op basis van het aantal verzekerden dat zij in hun portefeuille hebben en niet op basis van het risicoprofiel. Het voorbeeld gaat uit van twee verzekeraars, die dezelfde nominale premie heffen in een bepaald jaar en evenveel verzekerden tellen. Zorgverzekeraar A heeft echter veel oude, zieke verzekerden, terwijl verzekeraar B relatief veel jonge, gezonde verzekerden telt. De totale zorgkosten voor verzekeraar A liggen daardoor hoger dan die voor verzekeraar B. De vereveningsbijdrage is voor beide verzekeraars even groot, want zij hebben evenveel verzekerden. In deze situatie lijdt verzekeraar A verlies, terwijl verzekeraar B winst maakt (vergelijk 'totaal inkomsten' met 'zorgkosten'). Zorgverzekeraar A zal in een volgend jaar de nominale premie fors moeten verhogen om niet op de reserves in te teren of failliet te gaan. Verhoging van de nominale premie is uiteraard nadelig voor de concurrentiepositie van verzekeraar A.

Tabel 2.1 Vereveningsbijdrage op basis van aantal verzekerden

VERZE- KERAAR	AANTAL VERZEKERDEN	NOMINALE PREMIE	VEREVENINGS- BIJDRAGE	TOTAAL INKOMSTEN	ZORG- KOSTEN
A	100	100.000	100.000	200.000	240.000
B	100	100.000	100.000	200.000	160.000

Bij een adequate risicoverevening wordt verzekeraar A financieel gecompenseerd voor zijn oude, zieke verzekerden. Onderstaande tabel geeft deze situatie weer. Op basis van het risicoprofiel van de verzekerden ontvangt verzekeraar A een hogere vereveningsbijdrage dan verzekeraar B, zodat de beide verzekeraars in een gelijke uitgangssituatie worden gebracht.

Tabel 2.2 Vereveningsbijdrage op basis van risicoprofiel

VERZE- KERAAR	AANTAL VERZEKERDEN	NOMINALE PREMIE	VEREVENINGS- BIJDRAGE	TOTAAL INKOMSTEN	ZORG- KOSTEN
A	100	100.000	140.000	240.000	240.000
B	100	100.000	60.000	160.000	160.000

2.4 Randvoorwaarden bij risicoverevening

Risicoverevening moet aan vijf randvoorwaarden voldoen:

- 1 Zorgverzekeraars mogen geen vooraf voorspelbare winsten of verliezen maken op aanwijsbare groepen verzekerden;
- 2 Zorgverzekeraars kunnen alleen risico's lopen op de kosten die zij zelf kunnen beïnvloeden;
- 3 Risicoverevening dient zorgverzekeraars te prikkelen tot doelmatig handelen;
- 4 Risicoverevening moet goed uitvoerbaar en transparant zijn;
- 5 Draagvlak voor de risicovereveningssystematiek bij alle betrokken partijen is een cruciale factor.

We lopen deze punten deze punten even kort langs. Zorgverzekeraars mogen de winsten of verliezen niet beter kunnen voorspellen dan de geldende risicovereveningssystematiek. Zij mogen geen vooraf voorspelbare winsten of verliezen maken op aanwijsbare groepen verzekerden. Dit stelt buitengewoon hoge eisen aan de kwaliteit van de risicoverevening. Als de risicoverevening op dit punt ex ante tekortschiet, moeten achteraf compensatiemechanismen worden ingezet om prikkels tot risicoselectie tegen te gaan en een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren. Compensatiemechanismen achteraf gaan gedeeltelijk ten koste van de doelmatigheidsprikkels, maar zorgen ervoor dat zorgverzekeraars geen prikkels hebben voor risicoselectie of beknibbeling op de kwaliteit van de zorg bij bepaalde groepen verzekerden (Newhouse 1996). Dit resulteert in een dilemma tussen de gewenste doelmatigheid en de ongewenste risicoselectie. In de praktijk bevatten risicovereveningssystemen altijd zowel ex ante als ex post elementen. Omdat een optimale risicoverevening vooralsnog niet is gerealiseerd, kunnen zorgverzekeraars niet het volledige financiële risico van de zorgkosten dragen en vindt een deling van de risico's tussen overheid en zorgverzekeraars plaats. Daarnaast kan de inzet van ex post compensaties ook op praktische gronden geschieden als het gaat om heel kleine groepen met zeer zeldzame aandoeningen. In dat geval zijn ex post compensaties een praktische manier om te voorkomen dat de ex ante risicoverevening extreem complex en onuitvoerbaar wordt.

Als zorgverzekeraars bepaalde typen kosten zelf niet kunnen beïnvloeden, omdat deze primair worden bepaald door (bouw)beslissingen van de overheid, kunnen zorgverzekeraars over deze kosten geen financieel risico lopen. Een voorbeeld zijn de (nu nog) vaste kosten van ziekenhuiszorg, die sterk zijn bepaald door overheidsbeslissingen, zoals het bouwbeleid.

Deze vertonen bovendien grote regionale verschillen, mede afhankelijk van het bouwjaar van de ziekenhuizen. Zorgverzekeraars moeten voor deze verschillen (achteraf) financieel worden gecompenseerd. Als zorgverzekeraars toch risico lopen over dergelijke kosten die ze zelf niet kunnen beïnvloeden zullen ze zich indekken via een risico-opslag op de premie.

Risicoverevening moet zorgverzekeraars prikkelen tot doelmatig handelen. Het mag niet zo zijn dat zorgverzekeraars de risicoverevening kunnen manipuleren. Het mag bijvoorbeeld niet mogelijk zijn om via extra dure behandelingen hogere vereveningsbijdragen te verkrijgen die opwegen tegen de additionele zorgkosten.

De risicoverevening dient goed uitvoerbaar en transparant te zijn. De voor de risicoverevening benodigde informatie moet op administratief uitvoerbare en controleerbare wijze beschikbaar zijn, zonder dat dit leidt tot extreme administratieve lasten. Daarnaast moet het risicovereveningssysteem zodanig transparant zijn dat dit leidt tot een voorspelbaar middelenperspectief voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten op voorhand kunnen inschatten welke vereveningsbijdrage zij zullen ontvangen gegeven de samenstelling van hun portefeuille. Eventuele wijzigingen in de risicovereveningssystematiek met majeure financiële consequenties voor de afzonderlijke zorgverzekeraars dienen geleidelijk te worden ingevoerd, al dan niet gecombineerd met tijdelijke compensaties.

Uitgangspunten van het risicovereveningssysteem

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht de uitgangspunten van het risicovereveningssysteem. De term risicovereveningssysteem wordt in de publicatie ruim geïnterpreteerd. Het risicovereveningssysteem bestaat uit:

- 1 De financiering van de zorgverzekering via nominale en inkomensafhankelijke bijdragen. Voor de risicoverevening is het Zorgverzekeringsfonds ingericht waaruit de vereveningsbijdrage wordt bekostigd;
- 2 Het model waarmee de middelen op grond van *objectieve* verzekerdenkenmerken aan verzekerden en daarmee aan zorgverzekeraars worden toegedeeld. Dit model, dat ex ante wordt vastgesteld, duiden wij aan als het *risicovereveningsmodel*;
- 3 De systematiek van financiële compensaties achteraf (*ex post*), die plaatsvindt om zorgverzekeraars te compenseren voor niet door hen beïnvloedbare zorgkosten en eventuele imperfecties in het risicovereveningsmodel;
- 4 De beleidsmatige, juridische en uitvoeringstechnische context waarbinnen de risicoverevening plaatsvindt.

De eerste drie onderdelen van het risicovereveningssysteem behandelen wij in het voorliggende hoofdstuk. De overige aspecten komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

3.2 Financiering

Risicoverevening is een financiële compensatie van zorgverzekeraars op basis van het risicoprofiel van hun verzekerden. Hoe ziet de financiering van de zorgverzekering eruit?

3.2.1 Inkomensafhankelijke bijdrage en rijksbijdrage

De Belastingdienst heft een inkomensafhankelijke bijdrage bij werkgevers voor hun werknemers en bij verzekerden zonder werkgever die vallen onder de verzekeringsplicht. In 2007 bedraagt de bijdrage 6,5% over maximaal circa 30.600 euro bij werkgevers en 4,4% over maximaal circa

30.600 euro als er geen werkgever is. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Een andere belangrijke bron voor het Zorgverzekeringsfonds is de jaarlijkse Rijksbijdrage voor personen jonger dan 18 jaar, voor wie geen nominale premie is verschuldigd. Uit het Zorgverzekeringsfonds wordt de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars betaald.

3.2.2 Nominale premie

Naast de vereveningsbijdrage hebben zorgverzekeraars een tweede bron van inkomsten. Alle verzekerden van 18 jaar of ouder die een zorgverzekering hebben afgesloten, betalen daarvoor aan de zorgverzekeraar een nominale premie. Deze premie is niet afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. Via de hoogte van de nominale premie kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van zijn concurrenten.¹² Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar de bedrijfsvoering regisseert en zorg inkoop, hoe aantrekkelijker de premiestelling voor de verzekerden is.

3.2.3 De verhouding tussen nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage

De Zorgverzekeringswet wordt voor 45% uit nominale premies gefinancierd; voor 50% uit de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage en voor 5% uit de Rijksbijdragen. Zie voor een schematisch overzicht paragraaf 1.3. Hierbij vormt de zogenaamde 50/50 regeling een wettelijk vastgelegd uitgangspunt. Als deze verhouding in een jaar niet wordt gehaald, bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars de nominale premies lager vaststellen dan de overheid heeft geraamd, moet deze afwijking in het volgende jaar worden gecompenseerd. In dat geval verlaagt de overheid de inkomensafhankelijke bijdrage in het volgende jaar, waardoor de nominale premie moet stijgen om de kosten van de zorgverzekering te dekken.

De verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en nominale premie is een politieke keuze. Vóór invoering van de Zorgverzekeringswet betaalden particulier verzekerden alleen een nominale premie (100% nominaal), terwijl de ziekenfondsen voor circa 85% werden gefinancierd uit inkomensafhankelijke bijdragen en voor de resterende 15% uit nominale premies. Andere verhoudingen dan 50/50 zijn ook denkbaar, (mede) afhankelijk van de mate waarin solidariteit naar inkomen wordt vormgegeven.

¹² Uiteraard heeft een zorgverzekeraar meer middelen tot zijn beschikking om zich van zijn concurrenten te onderscheiden, zoals het aanbod van specifieke polissen, klantgerichte dienstverlening en kwalitatief hoogwaardige zorg.

3.2.4 Beschikbare middelen

Het totaal aan begrote zorgkosten voor de Zorgverzekeringswet wordt het 'macro-prestatiebedrag' genoemd. Voor het jaar 2007 bedraagt het macro-prestatiebedrag circa 25 miljard euro. Het macro-prestatiebedrag bestaat uit macro-deelbedragen, die overeenkomen met de typen kosten die in de risicoverevening worden onderscheiden:

- de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van specialistische hulp (ziekenhuiszorg-variabel);
- de vaste kosten van ziekenhuiszorg (ziekenhuiszorg-vast);
- de kosten van de overige prestaties.

Op dit onderscheid tussen de typen kosten komen wij uitgebreid terug in paragraaf 3.7.

Tabel 3.1 geeft een uitsplitsing van het macro-prestatiebedrag voor 2007 naar deze drie macro-deelbedragen. Vanzelfsprekend verandert het macro-prestatiebedrag en daarmee ook elk macro-deelbedrag per jaar. Naar verwachting maakt in de begroting 2008 ook het macro-deelbedrag geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) deel uit van de zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Tabel 3.1 Het macro-prestatiebedrag Zorgverzekeringswet 2007 (afgerond in miljarden euro's)

	ZIEKENHUISZORG- VARIABEL ^a	ZIEKENHUISZORG- VAST	OVERIGE PRESTATIES	TOTAAL
Macro-deelbedragen	11	4	10	25
Af: Nominale reken- premie				13
Beschikbare middelen				12

a Inclusief specialistische hulp

Bron: Berekening splitsingsmodel 2007, ministerie van VWS

De tabel laat zien dat de verwachte opbrengst van de nominale rekenpremies de helft van de begroting omvat. De nominale rekenpremie is de door het ministerie van VWS geraamde nominale premie die zorgverzekeraars zouden moeten heffen om de zorgkosten te dekken die niet worden vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds. De risicoverevening wordt toegepast op het *volledige* macro-prestatiebedrag (de 25 miljard euro). Van de via het risicovereveningsmodel berekende normatieve kosten worden vervolgens de nominale rekenpremies afgetrokken. Daardoor hebben de financiële overdrachten tussen het Zorgverzekeringsfonds en de zorgverzekeraars in het kader van de risicoverevening betrekking op het macro-prestatiebedrag minus de opbrengst van de nominale rekenpremies. Dit resterende bedrag wordt de *beschikbare middelen* genoemd.

3.3 Ex ante en ex post risicoverevening

3.3.1 Inleiding

Ex ante (voorafgaande aan het betreffende jaar) wordt de vereveningsbijdrage vastgesteld die een zorgverzekeraar ontvangt. Bij ex ante vaststelling van de vereveningsbijdrage wordt *vooraf* een schatting gemaakt van de verwachte zorgkosten van de verzekerden. De verwachte zorgkosten van een verzekerde, ook wel aangeduid als normkosten, worden bepaald op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van een verzekerde. De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen, berust op een schatting van de verwachte zorgkosten gesaldeerd met de nominale rekenpremie. De gezondheidstoestand van verzekerden wordt afgeleid uit een aantal verzekerdenkenmerken die een indicator vormen voor de verwachte zorgkosten. Deze kenmerken worden aangeduid als vereveningskenmerken. Het betreft leeftijd, geslacht, regio, aard van het inkomen, en gezondheidskenmerken die gerelateerd zijn aan medicijngebruik en ontslagdiagnoses van het ziekenhuis. Zie voor een uitgebreide bespreking van de vereveningskenmerken paragraaf 3.5.

Via een econometrisch model, het risicovereveningsmodel, worden (op basis van de genoemde kenmerken van de verzekerden) de verwachte zorgkosten berekend. Dat komt erop neer dat in het risicovereveningsmodel aan elke waarde van een vereveningskenmerk een 'prijskaartje' hangt, dat *normbedrag* wordt genoemd.¹³ De waarde van de normbedragen per vereveningskenmerk wordt verkregen door de zorgkosten via econometrische methoden te relateren aan de waarde van de vereveningskenmerken. Per verzekerde worden in het risicovereveningsmodel de normbedragen van de kenmerken waaraan de verzekerde voldoet, opgeteld tot één eindbedrag. Dit zijn de verwachte kosten voor deze verzekerde.¹⁴

3.3.2 Ex post compensatiemechanismen

Ex post compensaties worden ingezet als het ex ante risicovereveningsmodel niet toereikend compenseert voor vooraf voorspelbare winsten of verliezen op aanwijsbare groepen verzekerden. Dan brengt de ex ante vereveningsbijdrage de zorgverzekeraars niet volledig in een gelijke

13 In de Zorgverzekeringswet en andere officiële publicaties worden normbedragen gewichten genoemd.

14 Bij de praktische uitvoering van de risicoverevening gaat het iets anders. Dan wordt voor een zorgverzekeraar bepaald hoeveel verzekerden voldoen aan de waarde van een bepaald kenmerk. Deze aantallen worden vermenigvuldigd met de bijbehorende normbedragen. Dit geschiedt voor elk vereveningskenmerk. Optelling over alle vereveningskenmerken levert na saldering met de nominale rekenpremie de vereveningsbijdrage op.

uitgangspositie. Het nadeel van ex post mechanismen is dat zorgverzekeraars minder financieel risico lopen, en daardoor minder worden geprikkeld tot doelmatige zorginkoop. De mate waarin ex post compensaties worden gebruikt, wordt ex ante vastgesteld; dat wil zeggen, voorafgaande aan het uitvoeringsjaar. Paragraaf 3.8 gaat nader in op de ex post compensatiemechanismen in het huidige risicovereveningsmodel.

3.4 Normbedragen

Het risicovereveningsmodel geeft aan welk bedrag een zorgverzekeraar ex ante ontvangt voor een verzekerde met bepaalde vereveningskenmerken. Aan elke waarde van een vereveningskenmerk is een normbedrag gekoppeld. Bijvoorbeeld het normbedrag voor variabele kosten van ziekenhuiszorg van een man in de leeftijdscategorie van 25-29 jaar bedraagt in 2007 357,80 euro, terwijl het normbedrag voor een man in de leeftijdscategorie 85-89 jaar in 2007 1.686,27 euro is.¹⁵ De normbedragen vloeien voort uit de schattingen van het risicovereveningsmodel. De vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt, is rechtstreeks afgeleid uit de normbedragen.

De normbedragen die behoren bij 'leeftijd en geslacht' vermenigvuldigd met de bijbehorende aantallen verzekerden tellen precies op tot de macrodeelbedragen. Voor de andere vereveningskenmerken vinden hierop af- en toeslagen plaats. Dit betekent dat de vermenigvuldiging van de relevante aantallen verzekerden met de normbedragen (behorend bij de andere vereveningskenmerken dan leeftijd en geslacht) op nationaal niveau precies tot nul optellen. Het resultaat is dat alle normbedragen voor leeftijd en geslacht positief zijn.

Voor bijvoorbeeld aard van het inkomen geldt dit niet. Voor een verzekerde van 45-54 jaar in de bijstand bedraagt het bijbehorende normbedrag voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg 237,08 euro. Daarentegen komt dit normbedrag voor een zelfstandige in dezelfde leeftijdscategorie uit op -151,39 euro. Gegeven de vereveningskenmerken kunnen de relevante normbedragen bij elkaar opgeteld of afgetrokken worden. Het resulterende bedrag geeft dan de gemiddelde zorgkosten weer van een verzekerde met de betreffende kenmerken.

¹⁵ De hier gepresenteerde normbedragen zijn ter wille van de presentatie niet gecorrigeerd voor hogekostenverevening.

Omdat risicoverevening alleen van toepassing is op de macro-deelbedragen ‘variabele kosten van ziekenhuiszorg’ en ‘overige prestaties’, worden normbedragen alleen voor deze macro-deelbedragen bepaald.

3.5 Vereveningskenmerken

3.5.1 Inleiding

Op basis van de vereveningskenmerken worden de verwachte zorgkosten berekend. De vereveningskenmerken fungeren als indicatoren voor de gezondheidstoestand van verzekerden. In deze paragraaf bespreken wij de vereveningskenmerken die in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen. In afzonderlijke sub-paragrafen beschrijven wij per vereveningskenmerk de historie en de huidige situatie. Achtereenvolgens komen leeftijd en geslacht, regio, aard van het inkomen, farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen aan de orde.

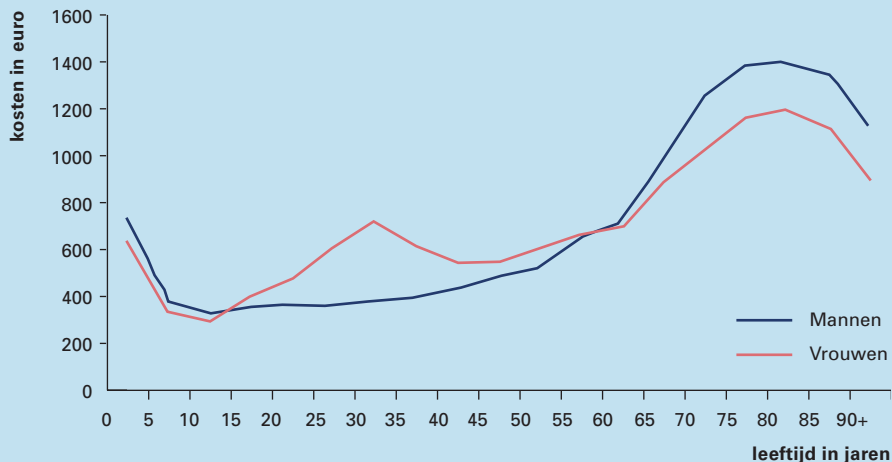
3.5.2 Historie leeftijd en geslacht

Leeftijd en geslacht zijn als eerste vereveningskenmerk in 1993 opgenomen in het risicovereveningsmodel voor de toenmalige ziekenfondsen. Leeftijd en geslacht worden in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Leeftijd bestaat uit negentien vijfjaarsklassen.

3.5.3 Huidige vormgeving leeftijd en geslacht

De vormgeving van het vereveningskenmerk leeftijd en geslacht is niet veranderd in de loop van de tijd. Ter illustratie zijn de normbedragen voor variabele kosten van ziekenhuiszorg in figuur 3.1 weergegeven. Daarin is duidelijk te zien dat zorgverzekeraars voor mensen vanaf ongeveer 65 jaar een grotere compensatie ontvangen. Op latere leeftijd dalen de normbedragen weer, omdat de zorgkosten dan voor een groot deel voor rekening van de AWBZ komen. De piek in zorgkosten als gevolg van zwangerschap bij vrouwen is eveneens duidelijk waarneembaar.

Figuur 3.1 Normbedragen voor variabele kosten van ziekenhuiszorg, 2007



Bron: APE

3.5.4 Historie regio

Er bestaan aanzienlijke regionale verschillen in ziektekosten, zorggebruik, morbiditeit en sterftetekans. Deze verschillen zijn op diverse niveaus aangetoond, zoals provincies, (grote) gemeenten, WZV-regio's, GGD-regio's en postcodegebieden. Deze regionale verschillen hangen voor een deel samen met stedelijkheid. Daarom is in 1995 de mate van *stedelijkheid* van een gemeente als kenmerk in het risicovereveningsmodel voor de ziekenfondsen opgenomen. Dit vereveningskenmerk werd kortheidshalve aangeduid als regio, ondanks het feit dat deze indeling niet berust op geografisch aaneengesloten gebieden. De stedelijkheid wordt afgeleid uit de omgevingsadressendichtheid (OAD). De OAD van een adres is het aantal adressen binnen een cirkel van één km rond dat adres. De OAD wordt berekend per eenheid van 500x500 meter. Aan alle adressen en inwoners in een vierkant wordt de berekende OAD en daarmee een van de vijf klassen van stedelijkheid toegekend. Deze klassen variëren van zeer stedelijk tot niet stedelijk.

De stedelijkheid gemeten op gemeenteniveau was een weinig verfijnde maat, die sterk gevoelig was voor gemeentelijke herindelingen. Dit leidde soms tot bizarre situaties als een gemeente met een hoge OAD fuseerde met een gemeente met lagere OAD. Dan werden bijvoorbeeld alle verzekerden uit de oorspronkelijke gemeente met de hoge OAD in een lagere stedelijkheidsklasse ingedeeld. Aan deze verzekerden werd vervolgens het lagere normbedrag van de nieuwe stedelijkheidsklasse gekoppeld, zonder

dat de gezondheidssituatie van deze verzekerden was veranderd. Daarom werd vanaf 1999 de stedelijkheidsklasse van de viercijferige postcodegebieden als regio gehanteerd. Deze indeling is verfijnder en minder gevoelig voor gemeentelijke herindelingen. Tussen postcodegebieden in dezelfde stedelijkheidsklasse bestaan echter grote verschillen in de verhouding tussen de werkelijke zorgkosten en de normkosten. Vanaf 2002 is daarom overgegaan op een andere invulling van het begrip regio.

3.5.5 Huidige vormgeving regio

De regio-indeling berust vanaf 2002 op clusters van postcodegebieden die homogeen zijn wat betreft bepaalde kenmerken. Deze indeling is evenmin als het oorspronkelijke kenmerk regio gebaseerd op geografisch aaneengesloten gebieden. Demografische, sociaal-economische en zorggerelateerde kenmerken, alsmede de stedelijkheid worden gebruikt om te bepalen of postcodegebieden op elkaar lijken. De regioclusters berusten primair op een ordening van postcodegebieden naar de sociaal-economische en demografische status van de verzekerden.

De indeling in regioclusters komt als volgt tot stand. Op postcodeniveau wordt gekeken in hoeverre een aantal sociaal-economische kenmerken samenhangt met het verschil tussen verwachte en gerealiseerde zorgkosten.¹⁶ Deze kenmerken zijn (per viercijferige postcodegebied): het percentage allochtonen, het percentage alleenstaanden, de gestandaardiseerde sterfte, de mate van verstedelijking, de nabijheid van ziekenhuizen, de nabijheid van huisartsen, het aantal bedden in een verpleeghuis (per 1.000 inwoners binnen een straal van 25 km), het gemiddelde inkomen en de normvergoeding per verzekerde (exclusief de regiocomponent). Op basis van deze analyse worden gewichten aan postcodes toegekend. Deze gewichten worden vervolgens geclusterd in tien gebieden. Dit levert de tien regioclusters op.¹⁷ De clustering vindt plaats op basis van de interne homogeniteit van de postcodegebieden. De regioclusters met de lage rangnummers zijn overwegend de zeer stedelijke clusters, met veel niet-westerse allochtonen en ex-ziekentfondsverzekerden, een relatief hoge mortaliteit en een groot zorgaanbod. Dit zijn bijvoorbeeld achterstandswijken in Den Haag en Den Bosch. De regioclusters met de hoge rangnummers bestaan vooral uit de minder verstedelijkte postcodegebieden. In deze regio's ligt het percentage niet-westerse allochtonen onder het landelijke gemiddelde, evenals de mortaliteit, het percentage

16 De verwachte ziektekosten zijn berekend op grond van alle vereenigingskenmerken *behalve* de regio.

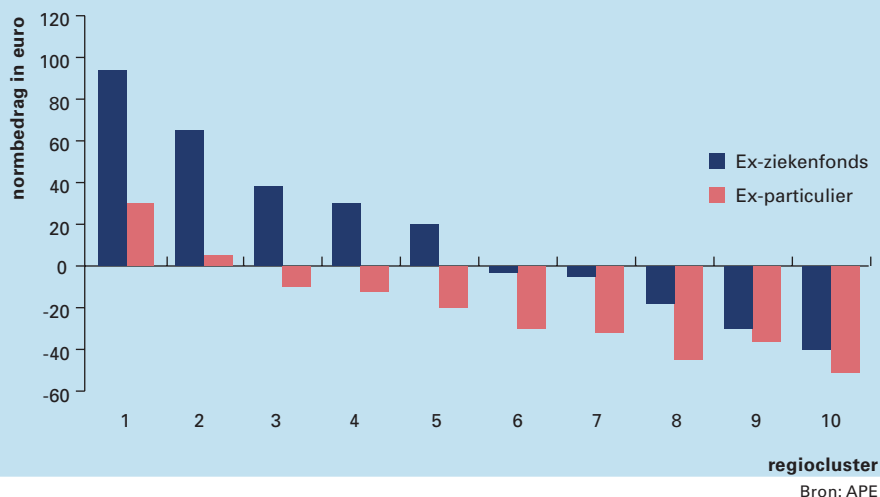
17 Deze clusters worden ook wel APE-regio's genoemd, omdat het onderzoeks- en adviesbureau APE deze regio-indeling heeft ontwikkeld.

ex-ziekenfondsverzekerden en het zorgaanbod. Dit zijn bijvoorbeeld rijkere wijken in Wassenaar en Amstelveen. Via de regiocomponent worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor sociaal-economische en demografische verschillen tussen postcodegebieden en daarmee tussen de verzekerden uit die postcodegebieden.

Toen in 2006 het in de Ziekenfondswet ontwikkelde risicovereveningsmodel moest worden uitgebreid naar alle verzekerden bleek dat er onverklaarde, systematische verschillen bestonden in het resultaat (verwachte kosten minus gerealiseerde kosten) op ex-ziekenfondsverzekerden en de ex-particulier of ex-publiekrechtelijk verzekerden, ondanks de toepassing van het risicovereveningsmodel. Het vereveningskenmerk regio bood hiervoor geen oplossing, omdat in veel postcodegebieden zowel ex-ziekenfondsverzekerden als ex-particulier en publiekrechtelijk verzekerden woonachtig zijn. Als tijdelijke oplossing voor dit probleem is in 2006 en 2007 een zogenaamd hybride regiocluster toegepast. Het hybride regiocluster berust op een interactie tussen de voormalige verzekeringsvorm (vóór 2006) en het regiocluster. Dat betekent dat voor ex-ziekenfondsverzekerden en de overige verzekerden afzonderlijke normbedragen per regiocluster gelden.

Ter illustratie toont figuur 3.2 de normbedragen voor 2007 voor het vereveningskenmerk regio. De figuur laat zien dat zorgverzekeraars toeslagen ontvangen voor verzekerden in regio's met lage rangnummers. Verzekerden in deze regio's hebben gemiddeld hoge zorgkosten; daarom zijn de normbedragen hoog. Zorgverzekeraars ontvangen afslagen voor verzekerden uit regio's met hoge rangnummers. Deze verzekerden hebben gemiddeld lage zorgkosten; daarom zijn de normbedragen negatief. Het verschil tussen de regio's is voor de ex-ziekenfondsverzekerden aanzienlijk groter dan voor de ex-particulier verzekerden bij wie de regionale verschillen in zorgkosten minder groot zijn.

Figuur 3.2 Normbedragen van het vereveningskenmerk regio voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg, 2007



regiocluster

Bron: APE

3.5.6 Historie aard van het inkomen

De aard van het inkomen heeft evenals regio een lange historie in het risicovereveningsmodel en wordt in de loop van de tijd eveneens gekenmerkt door een aantal veranderingen in de operationalisatie. In eerste instantie werd aan het vereveningskenmerk een beperkte invulling gegeven. Men maakte in de periode 1995-1998 uitsluitend verschil tussen verzekerden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en de overige verzekerden. Op de beperkte invulling van het vereveningskenmerk kwam echter kritiek van de Toetsingscommissie Budgettering (1997). De commissie constateerde dat er grote verschillen in de zorgkosten bestaan tussen uitkeringsontvangers en werknemers in loondienst. Tegelijkertijd ontstond een nieuw ziekenfonds dat zich uitsluitend richtte op de werknemers van één bedrijf. Aan deze verzekerden kon wegens hun gunstige risicoprofiel een aantrekkelijke nominale premie worden aangeboden. Deze ontwikkelingen gaven aanleiding om het vereveningskenmerk arbeidsongeschiktheid vanaf 1999 te verbreden tot het vereveningskenmerk verzekeringsgrond. De verzekeringsgrond geeft aan op welke titel een verzekerde recht had op toelating tot de ziekenfondsverzekering. Deze informatie was in de administratie van de ziekenfondsen aanwezig. Bij de verzekeringsgronden werden onder meer onderscheiden: bijstandsonvangers, arbeidsongeschikten, werklozen, werknemers in loondienst (tot de loongrens) en vanaf 2003 ook (kleine) zelfstandigen. Met uitzondering van arbeidsongeschiktheid hebben deze kenmerken betrekking op hoofdverzekerden (met een eigen bron van inkomen) en hun

medeverzekerden. De verzekeringsgrond fungeert als benadering voor de sociaal-economische status van verzekerden. Bekend is dat mensen met een hoge sociaal-economische status gemiddeld genomen een betere gezondheid hebben dan mensen met een lage sociaal-economische status.

3.5.7 Huidige vormgeving aard van het inkomen

Na de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 voor de gehele bevolking verviel het begrip verzekeringsgrond en is de informatie over de verzekeringsgrond uit beeld verdwenen. Dergelijke informatie wordt daarom via externe bronnen (UWV en de Belastingdienst) verkregen. De consequentie is echter dat verzekeringsgrond moet worden ingeperkt tot de aard van het inkomen. De differentiatie van de aard van het inkomen beperkt zich noodgedwongen tot de verzekerden met een eigen bron van inkomsten. Verzekerden zonder eigen bron van inkomsten (partners en kinderen) worden vanaf 2006 in de brede referentiegroep loondienst en overig ingedeeld. Deze verzekerden kunnen echter deel uit maken van een huishouden dat afhankelijk is van een uitkering. Daardoor houdt de aard van het inkomen minder goed rekening met de sociaal-economische status van verzekerden dan het oorspronkelijke vereveningskenmerk verzekeringsgrond.

Het huidige vereveningskenmerk aard van het inkomen onderscheidt vijf categorieën verzekerden:

- arbeidsongeschikten;
- bijstandsontvangers;
- WW en overige uitkeringsontvangers;
- zelfstandigen;
- verzekerden in loondienst of in de VUT en verzekerden zonder eigen inkomstenbron.

Binnen elk van deze vijf categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. Het vereveningskenmerk aard van het inkomen heeft geen betrekking op verzekerden tot en met 14 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder.

De aard van inkomen kent als bezwaar dat het gevoelig is voor veranderingen in de sociale zekerheid. Zo zijn bijvoorbeeld de afgelopen jaren een groot aantal beleidsmaatregelen genomen die het beroep op de arbeidsongeschiktheid inperken. Daardoor veranderen verzekerden onbedoeld van risicogroep: zij gaan bijvoorbeeld uit de WAO en komen in de bijstand terecht, zonder dat iets in de gezondheidstoestand van deze verzekerden verandert. Het probleem is dat de gemiddelde zorgkosten

(en daarmee de normbedragen) voor verzekerden in de WAO hoger liggen dan voor verzekerden in de bijstand. Deze dynamiek in de toekenning van uitkeringen ondermijnt de validiteit van de aard van het inkomen als benadering van de sociaal-economische status, en de daarmee samenhangende verschillen in zorgkosten. Desondanks kan dit vereveningskenmerk vooralsnog niet worden gemist, zeker niet gelet op de kosten- en resultaatverschillen bij de voormalige ziekenfonds- en particulier verzekerden.

Tabel 3.2 geeft de normbedragen van de aard van het inkomen weer voor variabele kosten van ziekenhuiszorg. De inkomensgroepen worden gedifferentieerd naar vier leeftijdscategorieën: 15-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar, 55-64 jaar. Kinderen tot en met 14 jaar en 65-plussers vormen een afzonderlijke groep. De tabel illustreert dat zorgverzekeraars voor verzekerden in de WAO en in mindere mate voor verzekerden in de bijstand flinke toeslagen ontvangen. Voor zelfstandigen vinden de grootste afslagen plaats. De verschillen in de normbedragen tussen deze groepen verzekerden zijn substantieel.

Tabel 3.2 Normbedragen van de aard van het inkomen voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg, 2007

LEEFTIJD	WAO	WW	BIJSTAND	ZELFSTANDIGEN	LOONDIENST EN OVERIGE VERZEKERDEN
15-34	516,26	66,10	174,22	-51,97	-19,69
35-44	458,04	-15,29	130,34	-93,05	-29,81
45-54	498,75	-56,42	237,08	-151,39	-59,96
55-64	402,05	-163,45	119,18	-222,93	-87,15
0-14 en 65+	0	0	0	0	0

Bron: APE

3.5.8 Historie farmaciekostengroepen

De kwaliteit van de voorspellingen van het risicovereveningsmodel met leeftijd, geslacht, regio en verzekeringsgrond (later aard van het inkomen) was voor verbetering vatbaar.¹⁸ Uit onderzoek in binnen- en buitenland bleek dat diagnose-informatie van zorggebruik in het verleden een goede voorspeller is van zorgkosten in de toekomst (Epstein en Cumella, 1988; Giacomini *et al.*, 1995; Lamers, 1997; Lamers *et al.*, 1999). Daarom deed de WOVM, de werkgroep die destijds betrokken was bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel,¹⁹ vanaf 1999 onderzoek naar mogelijkheden om een kenmerk in het risicovereveningsmodel op te

¹⁸ De voorspelkracht wordt uitgedrukt in de verklaarde variantie (R^2).

¹⁹ Zie paragraaf 5.2 voor meer informatie over deze werkgroep.

nemen dat gebaseerd is op medicijngebruik in het recente verleden. Het idee is dat verzekerden met een chronische aandoening, zoals diabetes, reuma of epilepsie structureel hoge zorgkosten hebben. Deze mensen zijn herkenbaar aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. De verwachting was dat de toevoeging van een vereveningskenmerk dat berust op aandoeningen uit het recente verleden de voorspelkracht van het model flink verbetert.

Toch bestond ook veel terughoudendheid over de invoering van een vereveningskenmerk dat gebaseerd is op zorggebruik in het verleden. In principe kan een dergelijk vereveningskenmerk prikkelen tot gebruik van zorg. Het is voorstelbaar dat het voorschrijven van bepaalde medicijnen winstgevend kan zijn voor zorgverzekeraars. Een mogelijke consequentie is dan dat deze medicijnen ook voor andere aandoeningen worden voorgeschreven. De vraag is dan in hoeverre zorgverzekeraars het medisch handelen op dit punt kunnen en willen beïnvloeden. De voordelen van de nieuwe invalshoek waren echter zodanig groot dat het vereveningskenmerk Farmacie Kosten Groepen (FKG) in 2002 in het risicovereveningsmodel is opgenomen. Met de toevoeging van FKG's verdubbelt de voorspelkracht van het risicovereveningsmodel.²⁰

FKG's zijn gebaseerd op extramuraal geneesmiddelengebruik in een voorafgaand jaar. Kosten van geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis maken deel uit van het ziekenhuisbudget en blijven buiten de bepaling van de FKG's. Aan de hand van specifieke medicatie kunnen verzekerden in 28 aandoeningengroepen worden ingedeeld, ontwikkeld door Clark *et al.* (1995). Deze indeling is aangepast aan de Nederlandse situatie. Niet alle aandoeningen worden gekenmerkt door hoge kosten in het daarop volgende jaar. Verder worden alleen de verzekerden bij de bepaling van de FKG's in beschouwing genomen die in een kalenderjaar meer dan 180 standaard dagdoseringen van de betreffende medicatie kregen (ruwweg minimaal een half jaar).²¹ Zodoende worden alleen de ernstige en chronische gevallen meegenomen, waardoor ongewenste prikkels tot zorggebruik worden tegengegaan. Uiteindelijk blijven van de 28 aandoeningengroepen er dertien over.

20 De verklaarde variantie (R^2) steeg van 9% naar 19%. Dit is buitengewoon hoog, gelet op de omvang van de gebruikte gegevensbestanden en het toevalskarakter van een substantieel deel van de zorgkosten.

21 Standaard Dag Dosering of Defined Daily Dosage (DDD) is een door de World Health Organisation vastgestelde internationale standaard voor de per dag voor te schrijven hoeveelheid medicijnen voor een volwassen persoon. De DDD kan afwijken van de werkelijk voorgeschreven dagelijkse hoeveelheid.

FKG's waren in eerste instantie *enkelvoudig*: als een verzekerde meer typen medicijnen gebruikt, telde *alleen* de zwaarste FKG (met de hoogste kosten) mee. De dertien aandoeningen waren indertijd: Cara, epilepsie, reuma, hartaandoeningen, ziekte van Crohn/colitis ulcerosa, maagaandoeningen, diabetes type I, ziekte van Parkinson, transplantaties, kanker, cystic fibrosis, HIV/Aids, nieraandoeningen. In 2004 komen er detailwijzigingen in deze groepen: maagaandoeningen en kanker verdwijnen van het toneel. Medicijnen die gebruikt worden om maagaandoeningen op te sporen blijken ook te worden voorgeschreven voor aandoeningen waar deze medicijnen niet voor geregistreerd zijn (off-label). Hierdoor is geen eenduidige identificatie van maagaandoeningen mogelijk. De FKG kanker werd overbodig wegens de introductie van DKG's.²² Verder zijn neuromusculaire aandoeningen toegevoegd en is de FKG cystic fibrosis uitgebreid met pancreasaandoeningen. In 2006 is sprake van de toevoeging van vijf nieuwe FKG's: diabetes type IIa, diabetes type IIb, cholesterol, schildklier-aandoeningen en glaucoom.

3.5.9 Huidige vormgeving farmaciekostengroepen

In 2007 wordt het aantal FKG's uitgebreid met drie nieuwe groepen: psychische aandoeningen, kanker en groeihormonen. De andere zeventien zijn glaucoom, schildklier-aandoeningen, cholesterol, Cara, epilepsie, ziekte van Crohn/colitus ulcerosa, hartaandoeningen, reuma, ziekte van Parkinson, diabetes type I, IIa en IIb, transplantaties, cystic fibrosis/pancreasaandoeningen, aandoeningen van hersenen/ruggenmerg, HIV/Aids en nieraandoeningen. In 2005 was 8,3% van de mannen en 8,6% van de vrouwen ingedeeld in een FKG. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. In het risicovereveningsmodel 2007 worden ook voor het eerst *meervoudige* FKG's gebruikt als vereveningskenmerk. Dit impliceert echter dat een verzekerde in theorie achttien verschillende FKG's kan hebben (er van uitgaande dat iemand niet tegelijk diabetes type I, IIa en IIb kan hebben). In de praktijk blijkt het maximum op zeven FKG's te liggen. De toepassing van meervoudige FKG's verhoogt de kwaliteit van de voorspellingen van de zorgkosten (van Vliet et al. 2006).

Tabel 3.3 geeft de normbedragen van FKG's voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg in 2007. Niet ingedeeld zijn bij een FKG geeft een afslag op de vereveningsbijdrage. De meeste FKG's gaan gepaard met forse toeslagen. Vooral voor verzekerden met nieraandoeningen en/of kanker ontvangt de zorgverzekeraar hoge compensaties.

22 In 2007 is de FKG kanker weer toegevoegd, omdat de DKG's niet alle zorgkosten voor kanker goed afdekten.

Tabel 3.3

Normbedragen van FKG's voor variabele kosten van ziekenhuiszorg, 2007

FKG	NORMBEDRAG
Niet ingedeeld bij een FKG	-108,59
Glaucoom	89,49
Schildklierandoeningen	173,87
Psychische aandoeningen	16,01
Hoog cholesterol	113,75
Diabetes type IIb	262,57
Cara	457,28
Diabetes type IIa	438,65
Epilepsie	413,36
Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa	684,28
Hartaandoeningen	1.113,49
Reuma	1.047,53
Ziekte van Parkinson	579,89
Diabetes type I	893,98
Transplantaties	775,94
Cystic fibrosis/pancreasaandoeningen	1.954,80
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	961,03
Kanker	4.404,43
HIV/AIDS	1.823,76
Nieraandoeningen	7.543,14
Groeihormonen	1.031,75

Bron: APE

3.5.10 Historie diagnosekostengroepen

De FKG's identificeren niet alle verzekerden met chronische aandoeningen, omdat een aantal aandoeningen eerder klinisch dan farmacologisch wordt behandeld. Bovendien zijn FKG's alleen gebaseerd op extramuraal medicijngebruik, terwijl aan sommige verzekerden met chronische aandoeningen intramuraal geneesmiddelen wordt verstrekt; bijvoorbeeld omdat zij zijn opgenomen in een ziekenhuis. De kosten van deze medicijnen komen niet als zodanig terecht in de administratie van de zorgverzekeraars, maar zijn verdisconteerd in het budget en de tarieven van ziekenhuizen.

Om de chronisch zieken die onopgemerkt blijven in de FKG-systematiek toch te kunnen identificeren, is een extra vereveningskenmerk ontwikkeld. Dit kenmerk, diagnosekostengroepen (DKG) berust primair op diagnoses die verzekerden krijgen bij ontslag uit het ziekenhuis. In 2004 zijn DKG's toegevoegd aan het risicovereveningsmodel. Voor de bepaling van diagnosegroepen wordt een internationaal classificatiesysteem gebruikt dat een indeling maakt naar 172 medisch homogene diagnosegroepen (ontwikkeld door Pope *et al.*, 1999). Uit deze 172 groepen zijn 67 diagnosegroepen (Dx-groepen) geselecteerd die wijzen op de aanwezigheid van

ernstige, chronische aandoeningen die gepaard gaan met hoge vervolgcosten. Diagnoses met een incidenteel karakter worden uitgesloten (zoals botbreuken). Vervolgens zijn de 67 Dx-groepen geclusterd in dertien DKG's, zodat het model zo eenvoudig mogelijk blijft. Deze clustering gebeurt op basis van gelijke kostenpatronen, en is niet medisch-inhoudelijk gemotiveerd. De toewijzing van een verzekerde aan een DKG gebeurt op basis van de ontslagdiagnose uit het ziekenhuis en van de nevenverrichtingen. De overlap tussen FKG's en de 67 diagnosegroepen blijkt in de praktijk gering, en leidt niet tot grote overbetalingen. Evenals bij de FKG's is een rangorde bepaald van DKG's. Mensen met meer ontslagdiagnoses worden toegewezen aan de zwaarste (duurste) categorie enkelvoudige DKG's. Evenals FKG's zijn DKG's gebaseerd op informatie van een voorafgaand kalenderjaar.

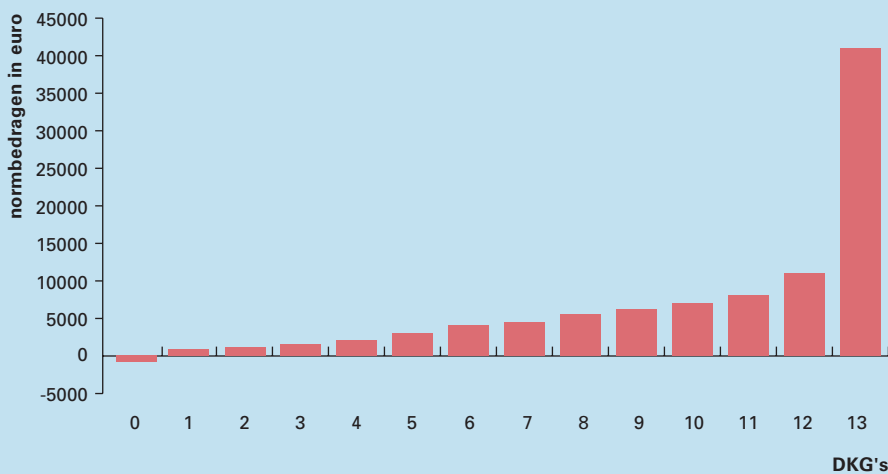
3.5.11 Huidige vormgeving diagnosekostengroepen

De bepaling van DKG's veranderde in 2006. In 2005 zijn de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) ingevoerd voor registratie en declaratie van ziekenhuizen en specialisten. DBC's registreren behandelingen niet meer per afzonderlijke verrichting. Een DBC beschrijft met vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) met welke klacht en hoe een patiënt het ziekenhuis binnenkomt, welke diagnose er gesteld is, en welke behandelingen daarbij horen. De DBC's laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verricht bij een bepaalde diagnose en tegen een bepaalde prijs. Ziekenhuizen mogen alleen tarieven in rekening brengen voor DBC's. De consequentie is dat gedetailleerde informatie over de nevenverrichtingen en ontslagdiagnoses wegvalt, waardoor de oorspronkelijke wijze van vaststelling van DKG's niet meer toepasbaar is. Er moest een nieuwe methode ontwikkeld worden, zodat DKG's kunnen worden vastgesteld aan de hand van DBC's. Op basis van een medisch-inhoudelijke koppeling tussen ontslagdiagnoses, de nevenverrichtingen en de DBC-informatie is een nieuwe indeling gemaakt naar DX-groepen (nDX-groepen). Het aantal diagnosegroepen neemt in de nieuwe indeling toe, van 72 naar 135 nDX's. Uit onderzoek blijkt dat ruim 85% van de verzekerden die in 2002 een Dx-groep en bijbehorende DKG toegewezen kregen, volgens de nieuwe methode ook een nDX met een bijhorende DKG toegewezen kregen (Visser *et al.* 2005). Door de nieuwe vaststelling van DKG's neemt de kwaliteit van de voorspellingen van het risicovereveningsmodel licht af.²³ De prevalentie per 1.000 verzekerden daalt van 19,2 naar 17,1; oftewel met -11% (Van Vliet 2005).

²³ De verklaarde variantie neemt af van 22,3% naar 22,0%.

Figuur 3.3 brengt de normbedragen van de DKG's voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg in beeld. Omdat de samenstelling van DKG's gebaseerd is op homogeniteit qua kosten, kan van de DKG's geen nadere karakterisering worden gegeven. Voor verzekerden zonder DKG's vindt een afslag plaats (-97 euro). Deze afslag is bijna niet te zien in de figuur, omdat die wegvalt tegen de forse toeslagen die zorgverzekeraars ontvangen voor verzekerden op wie wel een DKG van toepassing is.

Figuur 3.3 Normbedragen van DKG's voor variabele kosten van ziekenhuiszorg, 2007



Bron: APE

3.5.12 Samenvatting

Tabel 3.4 geeft een samenvattend overzicht van de vereveningskenmerken die in de afgelopen jaren in het risicovereveningsmodel zijn toegepast. In 1993 is een start gemaakt met het vereveningskenmerk leeftijd en geslacht. Op basis van dit vereveningskenmerk konden de zorgkosten per verzekerde slechts in beperkte mate worden voorspeld. Daarom werden in 1995 regio en arbeidsongeschiktheid toegevoegd. Regio was in eerste instantie een maat voor stedelijkheid; tot en met 1998 is de stedelijkheid gedefinieerd op gemeenteniveau en daarna op viercijferig postcode-niveau. In 2002 verandert regio als maat van verstedelijking in een maat voor sociaal-economische en demografische status van een postcode-gebied. Ook verzekeringsgrond/aard van het inkomen verandert in de loop van de tijd van betekenis. In 1995 werd alleen informatie gebruikt of een verzekerde al dan niet arbeidsongeschikt. Vanaf 1999 wordt in de risicoverevening gedifferentieerd naar loontrekkers, arbeidsongeschikten,

werklozen en bijstandsontvangers, en later ook naar zelfstandigen. In 2002 worden FKG's geïntroduceerd. Ten slotte volgen DKG's in 2004. Binnen de FKG's en DKG's vinden (bijna) jaarlijks aanpassingen plaats onder invloed van voortschrijdend inzicht, medisch-technologische ontwikkelingen en wijzigingen in het overheidsbeleid.

Tabel 3.4 Historisch overzicht van vereveningskenmerken, 1993-2007

JAAR	LEEFTIJD	GESLACHT	REGIO	VERZEKERINGS-GROND/AARD VAN HET INKOMEN	FKG	DKG
1993	✓	✓				
1994	✓	✓				
1995	✓	✓	✓	✓		
1996	✓	✓	✓	✓		
1997	✓	✓	✓	✓		
1998	✓	✓	✓	✓		
1999	✓	✓	✓	✓		
2000	✓	✓	✓	✓		
2001	✓	✓	✓	✓		
2002	✓	✓	✓	✓	✓	
2003	✓	✓	✓	✓	✓	
2004	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2005	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2006	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2007	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Bron: APE

Het risicovereveningsmodel bevat anno 2007 de volgende vereveningskenmerken: (1) leeftijd en geslacht, (2) regio (een clustering van postcodes op basis van sociaal-economische en demografische kenmerken), (3) aard van het inkomen (beperkt tot verzekerden met een eigen bron van inkomen, uitgesplitst naar mensen in uitkeringssituatie, in loondienst en zelfstandigen), (4) FKG's (gebaseerd op medicijngebruik in het verleden) en (5) DKG's (gebaseerd op diagnose-informatie in het verleden).

3.6 Normering no-claimteruggaaf

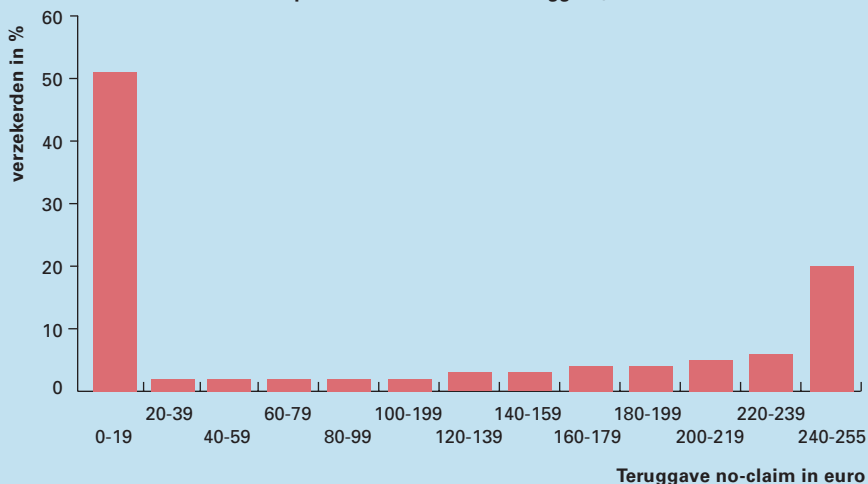
Op basis van artikel 22 van de Zorgverzekeringswet hebben volwassen verzekerden met zorgkosten lager dan een zeker bedrag (voor 2007: 255 euro) recht op een no-claimteruggave. De te verwachten no-claimteruggave die zorgverzekeraars gemiddeld moeten betalen is

afhankelijk van hun verzekerdenpopulatie. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie gemiddeld vaker en meer no-claimteruggave moeten betalen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt een verstoring van het gelijke speelveld op. In dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonere populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiatie in de normering van de vergoedingen die zorgverzekeraars ontvangen vanwege de verschillen in de bedragen die ze aan hun verzekerden betalen in het kader van de no-claimteruggaveregeling. Differentiatie vindt plaats op grond van de vereveningskenmerken leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio. FKG's en DKG's blijven bij deze normering buiten beschouwing, omdat deze – gegeven ook de beperkte bandbreedte waarbinnen de no-claimteruggave valt – slechts zeer beperkte meerwaarde hebben in aanvulling op de andere kenmerken. Op basis van deze vereveningskenmerken wordt de verwachte no-claimteruggave geschat.

Figuur 3.4 geeft aan dat naar schatting ruim 51% van de verzekerden in het jaar 2007 minder dan 20 euro terugkrijgt, terwijl naar schatting ruim 19% het volledige bedrag terug ontvangt.

Figuur 3.4 Geschatte relatieve frequentie van de no-claimteruggave, 2007



Bron: APE

3.7 Beïnvloedbaarheid van de kosten

3.7.1 Inleiding

Het risicovereveningssysteem maakt onderscheid tussen verschillende typen kosten. Het idee daarachter is dat zorgverzekeraars maar een deel van de kosten van zorgaanbieders kunnen beïnvloeden. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld (vrijwel) geen invloed op de rente- en afschrijvingskosten van ziekenhuizen. Deze hangen onder meer af van het bouwjaar van de ziekenhuizen en van het bouwbeleid van de overheid.²⁴ Deze kosten verschillen tussen ziekenhuizen en daarmee ook tussen zorgverzekeraars, omdat zorgverzekeraars vaak een regionale functie hebben. Als zorgverzekeraars dergelijke kosten niet kunnen beïnvloeden, is het onredelijk dat zij op deze kosten financieel risico lopen in een ex ante risicovereveningssysteem. Het feitelijke financiële risico van een zorgverzekeraar wordt bepaald door de inzet van ex post compensatiemechanismen. De mate waarin ex post wordt gecompenseerd, is daarom afhankelijk van het type kosten.

3.7.2 Historie

De verpleegtarieven van ziekenhuizen werden mede bepaald door de vaste kosten, die sterk uiteenlopen tussen de ziekenhuizen en voor een belangrijk deel het gevolg zijn van overheidsbeslissingen uit het verleden. Deze variatie in de verpleegtarieven had niets te maken met de zorgconsumptie of de gezondheid van verzekerden. Halverwege de jaren negentig werd duidelijk dat daardoor de kostenverschillen tussen ziekenhuizen niet via het risicovereveningsmodel verklaard konden worden. Met het toenmalige risicovereveningsmodel voor de ziekenfondsen met de kenmerken leeftijd en geslacht, regio en verzekeringsgrond lukte het niet om de ziekenhuiskosten goed te voorspellen. Daar komt bij dat de zorgverzekeraars geen invloed uit kunnen oefenen op de vaste kosten van ziekenhuizen.

Daarom werden in 1996 deelbedragen ingesteld voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg, de vaste kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van overige verstrekkingen (tegenwoordig aangeduid als overige prestaties). De variabele kosten van ziekenhuiszorg werden berekend via een gewogen optelling van verpleegdagen, opnamen, dagopnamen en eerste polikliniekbezoeken. De weging geschiedde met de daarvoor geldende landelijke standaardtarieven. De vaste kosten werden niet zelfstandig vastgesteld, maar werden bepaald door het verschil tussen de totale

²⁴ Ziekenhuizen schrijven voor een deel van hun activa af op basis van de historische kostprijs, niet op basis van de vervangingswaarde.

kosten van ziekenhuiszorg en de variabele kosten van ziekenhuiszorg. Ex ante schatting van de kosten op basis van het risicovereveningsmodel werd sindsdien uitsluitend toegepast op respectievelijk de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de overige prestaties.²⁵ De splitsing tussen de vaste en variabele kosten leidde tot een betere aansluiting tussen de verwachte zorgkosten en de gerealiseerde zorgkosten.

De splitsing van de vaste en variabele kosten kende echter ook een aantal problemen. Een eerste probleem was dat de onderhandeling tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen zich vooral richtte op de hoogte van het ziekenhuisbudget, en niet op kostenbeheersing of kwaliteitsverbeteringen. Wel afgesproken, maar niet gerealiseerde productie vertaalde zich in budgetaanspraken van ziekenhuizen die uiteindelijk in latere jaren via opslagen op het verpleegtariaf worden gefinancierd. Deze prijscomponent (het verpleegtariaf) viel destijds onder het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuiszorg, waarop de ziekenfondsen voor 95% werden nagecalculeerd. Op niet-gerealiseerde productie liepen ziekenfondsen dus nauwelijks risico. Het toenmalige splitsingssysteem ontbeerde daarom de juiste financiële prikkels voor ziekenfondsen wat betreft de omvang van de productie van ziekenhuizen. Een tweede knelpunt was dat in de systematiek van de bekostiging van ziekenhuiszorg onvoldoende rekening werd gehouden met de feitelijke kosten die verbonden zijn aan de geleverde prestatie. Dit stond een doelmatige afweging door de verzekeraar tussen de verschillende zorgvormen in de weg.

De zelfstandige vaststelling van variabele en vaste kosten

In 2002 is de wijze van vaststelling van de variabele en vaste kosten van ziekenhuiszorg aangepast om de genoemde nadelen te ondervangen. Bij de overige prestaties bleef de bepaling van de kosten en de normkosten ongewijzigd. De variabele en vaste kosten van ziekenhuiszorg van algemene, academische en categorale ziekenhuizen worden vanaf dat moment zelfstandig vastgesteld. Dit betekent dat bij de gedeclareerde ziekenhuistarieven een splitsing wordt aangebracht tussen vaste en variabele componenten. Dit geschiedt op basis van een indelingstabel, waarin voor elke component van het ziekenhuisbudget is gedefinieerd in hoeverre deze als vast of als variabel voor een ziekenfonds kan worden aangemerkt. Een budgetcomponent is bijvoorbeeld hartoperaties, bedden of loonkosten. Volgens de indelingstabel voor 2007 vallen hartoperaties voor 100% onder variabele kosten en bedden voor 100% onder vaste kosten.

²⁵ Dit neemt niet weg dat vaste kosten worden genormeerd op basis van verzekerdenaantallen en verzekeraarsspecifieke historische kosten, en destijds ex post voor 95% werden nagecalculeerd.

De indeling is gemaakt aan de hand van drie criteria die aansluiten bij de typen kosten waarover zorgverzekeraars juist wel of niet veel risico kunnen lopen:

- De mate waarin kosten door de zorgverzekeraar te beïnvloeden zijn. Het is niet zinvol om zorgverzekeraars risicodragend te maken voor onbeïnvloedbare kosten.
- De mate waarin kosten samenhangen met de omvang en de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. Zorgverzekeraars dienen zo min mogelijk de rekening te betalen voor ziekenhuiskosten die niet samenhangen met hun verzekerden.
- Het voorkomen dat verkeerde prikkels worden gelegd, bijvoorbeeld om ingrepen in ziekenhuizen af te handelen die ook in de eerste lijn gedaan kunnen worden, of om ingrepen in topklinische, dure, in plaats van in gewone, goedkopere ziekenhuizen af te handelen.

De splitsing in vaste en variabele kosten wordt ook verwerkt in de tarieven (verpleegtarieven en neventarieven) die de zorgverzekeraars betalen voor ziekenhuiszorg. Aan de hand van de indelingstabel en de bijbehorende tarieven kan per zorginstelling vervolgens een splitsing van het budget worden gemaakt in een vast en variabel deel. Andere instellingen dan algemene, academische en categorale instellingen hanteren niet de bovengenoemde indelingstabel. Voor alle andere instellingen op het gebied van de curatieve zorg geldt dat 75% van de kosten als variabel wordt aangemerkt en de overige 25% als vast. De enige uitzondering hierop zijn de verpleegkosten van klinische revalidatie-instellingen, epilepsieklinieken en astmaklinieken. Van deze kosten wordt namelijk 60% als variabel en 40% als vast aangemerkt. De overige kosten van deze instellingen zijn wel voor 75% variabel en voor 25% vast. De kosten van specialisten in loondienst zijn in 2002 toegevoegd aan de variabele kosten van ziekenhuiszorg.

3.7.3 Huidige situatie

Binnen de kosten die in het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet vallen, worden in het vereveningssysteem van 2007 nog steeds drie typen kosten onderscheiden:²⁶

- Vaste kosten van ziekenhuiszorg. Deze component wordt weer opgesplitst in een academische component en overige vaste kosten. Sinds 1 januari 2005 wordt de academische component niet langer uit de reguliere tarieven gefinancierd. De academische component is dat deel van het budget van de academische ziekenhuizen dat wordt besteed aan topreferente zorg en aan ontwikkeling van nieuwe

²⁶ Op de laatste twee typen kosten is het ex ante risicovereveningsmodel van toepassing.

vormen van diagnostiek en behandeling. Uitgaven voor de academische component komen niet alleen ten goede aan de individuele verzekerde die bij het ziekenhuis zorg afneemt, maar aan de gehele bevolking. De academische component wordt daarom gefinancierd uit een apart fonds. Zorgverzekeraars krijgen een vast bedrag per verzekerde uit het Zorgverzekeringsfonds en storten dit bedrag in het fonds. De overige vaste kosten berusten op de historische overige vaste kosten van ziekenhuiszorg per verzekerde gedifferentieerd naar zorgverzekeraar.

- Variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van specialistische hulp. Deze component is inclusief de kosten van specialisten in loondienst en omvat ook de kosten van vrijgevestigde specialisten.
- Kosten van overige prestaties ('extramurale curatieve zorg'). Kosten worden als 'overige prestaties' aangemerkt als deze niet gelden als kosten van verblijf en kosten van geneeskundige zorg van medische specialisten (met uitzondering van klinisch-psychologen en psychiaters).

De splitsing van de vaste kosten en variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt in 2007 zelfstandig bepaald op de manier die in de voorgaande paragraaf is beschreven. Tabel 3.5 geeft een (zeer) gecomprimeerd overzicht van componenten die als vaste en als variabele kosten van ziekenhuiszorg worden aangemerkt.

Tabel 3.5

Classificatie in vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg (op hoofdlijnen)

BUDGETCOMPONENT	INDELING
Kapitaalslasten en overige gebouwgebonden kosten	Vast
Academische component	Vast
Adherentie (het aantal inwoners van een bepaald gebied waarvoor het ziekenhuis geacht wordt haar functie te vervullen)	Vast
Assistent Geneeskundige in Opleiding (AGIO's)	Vast
Erkende bedden	Vast
Bijzondere functies en voorzieningen zonder neventarieven	Vast
Groottetoeslag op productieparameters	Vast
Specialisten in loondienst (excl. AGIO's)	Variabel
Bijzondere functies en voorzieningen met neventarieven	Variabel
Productieparameters (excl. groottetoeslag)	Variabel
Eerstelijnsvoorzieningen	Variabel
Zorgvernieuwing en wachtlijstproductie	Variabel

Bron: Berekeningen splitsingsmodel 2007, ministerie van VWS

De verhouding tussen totale vaste en totale variabele kosten verschilt per

type instelling. Bij algemene ziekenhuizen is de verhouding vast-variabel ongeveer één op drie. Bij academische ziekenhuizen daarentegen is de verhouding ongeveer één op één. Klinische revalidatie-instellingen bevinden zich daar ongeveer tussenin.

3.8 Ex post compensatie mechanismen

3.8.1 Inleiding

Waar het risicovereveningsmodel van de Zorgverzekeringswet ex ante tekortschiet of waar bepaalde kosten niet-beïnvloedbaar zijn voor zorgverzekeraars (bijvoorbeeld de vaste kosten van ziekenhuiszorg), worden ex post compensatiemechanismen ingezet. Ex post betekent achteraf, en in deze context na afloop van het kalenderjaar. Als het ex ante risicovereveningssysteem tekortschiet, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om te beknibbelen op de kwaliteit van de zorg of om tot risicoselectie over te gaan. Als de kwaliteit van het risicovereveningsmodel te wensen overlaat, maar in reactie hierop wordt gekozen voor een brede inzet van ex post compensatiemechanismen, neemt de kans op risicoselectie sterk af. De inzet van een aantal ex post compensatiemechanismen gaat echter deels ten koste van de doelmatigheidsprikkels, omdat een deel van de kosten achteraf op basis van de gerealiseerde kosten wordt vergoed. Dit resulteert in een uitruil tussen de gewenste prikkel tot doelmatigheid en de ongewenste prikkel tot risicoselectie (Newhouse 1996).

Ter illustratie schetst tabel 3.6 de situatie voor drie fictieve zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar heeft lagere werkelijke kosten dan vooraf geschat op basis van het risicovereveningsmodel (A), een tweede zorgverzekeraar heeft dezelfde werkelijke kosten als vooraf geschat (B), en een derde zorgverzekeraar heeft hogere werkelijke kosten dan vooraf geschat (C). Zonder de inzet van ex post compensaties maakt zorgverzekeraar A winst, lijdt zorgverzekeraar C verlies, en komt zorgverzekeraar B precies uit. Het is natuurlijk niet bekend waarom zorgverzekeraar A en B wel uitkomen met de vereveningsbijdrage en zorgverzekeraar C niet. Mogelijk opereert zorgverzekeraar C minder doelmatig. Het is echter ook mogelijk dat de ex ante bijdrage onvoldoende rekening houdt met de gezondheidsrisico's van de verzekerden van zorgverzekeraar C. Als dat laatste het geval is, en als zorgverzekeraar C voorafgaande aan het kalenderjaar groepen verzekerden kan aanwijzen waar hij verlies op lijdt, zou hij tot risicoselectie over kunnen gaan. Om dit te voorkomen, worden ex post compensatiemechanismen ingezet.

Tabel 3.6 Resultaten zonder de toepassing van de ex post compensatiemechanismen (x 1.000 euro)

	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C	TOTAAL
1 Opbrengst nominale rekenpremie	41.670	41.670	41.670	125.000
2 Vereveningsbijdrage	58.330	8.330	58.330	125.000
3 Kostenraming o.b.v. ex ante risicoverevening (1+2)	100.000	50.000	100.000	250.000
4 Werkelijke kosten	50.000	50.000	200.000	300.000
5 Resultaat zonder ex post mechanismen (3-4)	50.000	0	-100.000	-50.000

Bron: ministerie van VWS

3.8.2 Ex post compensatiemechanismen

Er bestaan verschillende vormen van ex post compensatiemechanismen. Wij bespreken hier de ex post compensaties in de volgorde waarin zij in het risicovereveningssysteem worden ingezet.

1 Verzekerdennacalculatie

De ex ante vereveningsbijdrage heeft een voorlopig karakter, omdat die berust op het geraamde aantal verzekerden met specifieke vereveningskenmerken. Deze raming geschiedt voorafgaande aan het kalenderjaar waarover wordt verevend. Na afloop van het jaar (ex post) moet de bijdrage aan de zorgverzekeraars daarom worden gecorrigeerd voor de veranderingen in verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk die gedurende het jaar hebben plaatsgevonden. Bij sommige zorgverzekeraars stijgt het aantal verzekerden, terwijl het aantal verzekerden bij andere zorgverzekeraars daalt. Daarnaast kan ook de samenstelling van de verzekerdenportefeuille naar vereveningskenmerken veranderen. Daarom worden alle vereveningsbijdragen achteraf herberekend, rekeninghoudend met de werkelijke verzekerdenaantallen en hun -kenmerken. Dit wordt de verzekerdennacalculatie genoemd. Zorgverzekeraars die door een toestroom van verzekerden hogere kosten hebben dan vooraf geraamd, worden achteraf gecompenseerd. De vereveningsbijdrage van zorgverzekeraars bij wie het aantal verzekerden is afgenomen, wordt naar beneden bijgesteld. Verzekerdennacalculatie heeft betrekking op alle deelbedragen. Merk op dat verzekerdennacalculatie inherent is aan het ex ante vereveningssysteem. Verzekerdennacalculatie gaat *niet* ten koste van de prikkel tot doelmatige zorginkoop. Zonder dit ex post mechanisme zouden prikkels kunnen ontstaan die de mobiliteit van verzekerden belemmeren.

2 Macro-nacalculatie

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 wordt in de risicoverevening macro-nacalculatie toegepast. Vanaf 2006 is er geen sprake meer van een budget. Het macro-prestatiebedrag is een raming van de kosten. Het doel van macro-nacalculatie is het compenseren van afwijkingen tussen macro-kostenramingen en macro-kostenrealisaties. Alle zorgverzekeraars samen lopen daardoor in het betreffende jaar geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro-kosten hoger uitvallen, wordt een hogere vereveningsbijdrage toegekend, als de macro-kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag.

Voordeel van macro-nacalculatie is dat wordt voorkomen dat zorgverzekeraars te hoge nominale premies rekenen om zich in te kunnen decken tegen onzekerheden in de macro-kostenontwikkeling. Nadeel is dat macro-nacalculatie het signaal afgeeft dat alle zorgverzekeraars gezamenlijk toch wel hun extra kosten gecompenseerd krijgen als de macro-kosten uit de hand lopen. Daar tegenover staat dat de prikkel voor een zorgverzekeraar om het beter te doen dan concurrerende zorgverzekeraars intact blijft. De macro-nacalculatie heeft betrekking op alle deelbedragen.

Merk op dat ook macro-nacalculatie inherent is aan het ex ante risicovereveningssysteem. Dit ex post compensatie mechanisme gaat *niet* ten koste van de prikkel tot doelmatige zorginkoop. Zonder macro-nacalculatie kunnen zelfs verkeerde prikkels ontstaan, omdat de onderlinge concurrentiepositie tussen zorgverzekeraars niet afhangt van een doelmatige zorginkoop, maar van de kwaliteit van de kostenraming.

Tabel 3.7 Voorbeeld 100% macro-nacalculatie (x 1.000 euro)

	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C	TOTAAL
1 Opbrengsten nominale premie	41.670	41.670	41.670	125.000
2 Vereveningsbijdrage	58.330	8.330	58.330	125.000
3 Kostenraming (1+2)	100.000	50.000	100.000	250.000
4 Werkelijke kosten	50.000	50.000	200.000	300.000
5 Resultaat voor macro-nacalculatie (3-4)	50.000	0	-100.000	-50.000
6 Macro-nacalculatie	20.000	10.000	20.000	50.000
7 Vereveningsbijdrage na macro-nacalculatie (2+6)	78.330	18.330	78.330	175.000
8 Resultaat na macro-nacalculatie (1+7-4)	70.000	10.000	-80.000	0

Bron: ministerie van VWS

Tabel 3.7 illustreert macro-nacalculatie voor zorgverzekeraars A, B en C. De opbrengst van de nominale premie en de vereveningsbijdrage telt op tot de kostenraming. Het totaal van de kostenraming is niet gelijk aan de gerealiseerde kosten. De zorgverzekeraars hebben in totaal meer kosten gemaakt dan vooraf geschat (50 miljoen euro). Macro-nacalculatie werkt zo dat deze kostenstijging leidt tot een verhoging van de totale vereveningsbijdrage met 50 miljoen euro. Dit bedrag wordt naar rato van de kostenramingen over de zorgverzekeraars verdeeld. Dit betekent dat zorgverzekeraar C, die aanzienlijk hogere kosten heeft dan verwacht, niet volledig wordt gecompenseerd, maar slechts voor een deel. Zorgverzekeraars A en B die een positief resultaat respectievelijk een nul resultaat behalen, hebben na macro-nacalculatie een gunstiger resultaat.

3 Hogekostenverevening

Het doel van hogekostenverevening (HKV) is tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die het gevolg zijn van de ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Dit houdt in dat zorgverzekeraars een bepaald, van tevoren vastgesteld percentage van de kosten (in 2007 90%) van individuele verzekerden boven een drempel van thans 12.500 euro ten laste van een pool kunnen brengen. HKV heeft betrekking op de som van de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van de overige prestaties.

Zorgverzekeraars dienen na afloop van elk jaar de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde drempelbedrag uitkomen, aan te melden bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Deze kosten komen in een pool terecht. Het CVZ stelt vervolgens de totale omvang van de pool vast. Vervolgens wordt voor alle zorgverzekeraars een door het CVZ vast te stellen percentage van de geraamde kosten ten gunste van de pool gebracht. Bij deze berekeningswijze zijn in totaal de ten laste en de ten gunste van de pool te brengen bedragen aan elkaar gelijk. Op deze manier krijgen zorgverzekeraars op dit moment 90% van de ingebrachte hoge kosten uit de pool gecompenseerd.

Tabel 3.8 Voorbeeld HKV voor 90% van de kosten boven de drempelwaarde van 12.500 euro (bedragen x 1.000 euro)

	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C	TOTAAL
1 Kostenraming na macro-nacalculatie	120.000	60.000	120.000	300.000
2 Werkelijke kosten	50.000	50.000	200.000	300.000
3 Ten laste van de pool	0	0	-12.000	-12.000
4 Ten gunste van de pool	4.800	2.400	4.800	12.000
5 Resultaat van de pool (3+4)	4.800	2.400	-7.200	0
6 Werkelijke kosten na HKV (2+5)	54.800	52.400	192.800	300.000
7 Resultaat na HKV (1-6)	65.200	7.600	-72.800	0

Bron: ministerie van VWS

In tabel 3.8 wordt HKV toegepast voor zorgverzekeraars A, B en C. Voor deze zorgverzekeraars geldt dat HKV wordt toegepast op 90% van de kosten boven een drempelwaarde van 12.500 euro per verzekerde. Zorgverzekeraar A en B hebben geen verzekerden met kosten boven de drempelwaarde van 12.500 euro. Zorgverzekeraar C heeft deze wel. De totale kosten die boven de drempelwaarde uitstijgen bedragen 13,3 miljoen euro. Zorgverzekeraar C brengt daarvan 90% ten laste van de pool, dus 12 miljoen euro. De omvang van de pool is 4% van de kostenraming, gecorrigeerd voor macro-nacalculatie. Alle zorgverzekeraars brengen daarom 4% van hun kostenraming ten gunste van de pool. Het verschil van bedragen die ten laste en die ten gunste van de pool zijn ingebracht, levert het resultaat op van de HKV-pool. Zorgverzekeraar A en B moeten per saldo respectievelijk 4,8 en 2,4 miljoen euro betalen, terwijl zorgverzekeraar C per saldo 7,2 miljoen euro ontvangt.

4 Generieke verevening

Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren. Generieke verevening is een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraar van het verschil tussen de werkelijke kosten en de kostenraming, nadat gecorrigeerd is voor voorgaande ex post compensaties. Dit betekent dat de vereveningsbijdrage achteraf wordt bijgesteld op basis van een vooraf vastgesteld percentage van het verschil tussen de kostenraming (bijgesteld door macro-nacalculatie) en de werkelijke kosten van een zorgverzekeraar (gecorrigeerd voor HKV). Op deze wijze verrekenen zorgverzekeraars onderling de verschillen tussen bijdragen en kosten. Het gevolg is dat een percentage van de winst die sommige zorgverzekeraars maken naar andere zorgverzekeraars gaat die verlies lijden. De totale vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds blijft gelijk. Het is alleen een vorm

van herverdeling (en eigenlijk herverzekering) tussen zorgverzekeraars. Generieke verevening wordt alleen toegepast voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg op basis van premieplichtige verzekerden.

Tabel 3.9 schetst het effect van generieke verevening voor de zorgverzekeraars A, B en C. Belangrijk daarbij is het verschil tussen de gerealiseerde kosten (gecorrigeerd voor HKV) en de inkomsten (de heffing van de nominale premie en de vereveningsbijdrage gecorrigeerd voor macro-nacalculatie). Dit verschil is fors voor zorgverzekeraar A - in zijn voordeel - en fors voor zorgverzekeraar C - in zijn nadeel. In het voorbeeld van de drie zorgverzekeraars wordt 30% van dit verschil onderling verrekend. Zorgverzekeraar A levert fors in (ongeveer 20 miljoen euro), zorgverzekeraar B levert een beetje in (ongeveer 2 miljoen euro) en zorgverzekeraar C krijgt de som van deze bedragen erbij.

Tabel 3.9 Voorbeeld generieke verevening van 30% van het verschil in kosten en inkomsten van zorgverzekeraars (bedragen x 1.000 euro)

	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C	TOTAAL
1 Opbrengst nominale premie	41.670	41.670	41.670	125.000
2 Vereveningsbijdrage (gecorrigeerd voor macro-nacalculatie)	78.330	18.330	78.330	175.000
3 Kostenraming (gecorrigeerd voor macro-nacalculatie) (1+2)	120.000	60.000	120.000	300.000
4 Werkelijke kosten (gecorrigeerd voor HKV)	54.800	52.400	192.800	300.000
5 Verschil kosten-kostenraming (3-4)	65.200	7.600	-72.800	0
6 Generieke verevening (30% van 5)	19.560	2.280	-21.840	0
7 Vereveningsbijdrage na generieke verevening (2-6)	58.773	16.053	100.173	175.000
8 Resultaat na generieke verevening (5-6)	45.640	5.320	-50.960	0

Bron: ministerie van VWS

5 Nacalculatie

Na hogekostenverevening en generieke verevening wordt nacalculatie toegepast. Dit geschiedt bij de variabele en vaste kosten van ziekenhuiszorg. Nacalculatie is een bijstelling achteraf van de vereveningsbijdrage op basis van een vooraf vastgesteld percentage van het resultaat na generieke verevening per zorgverzekeraar. Het verschil met generieke verevening is dat de bijstelling door nacalculatie wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds. Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgver-

zekeraars hebben om de hoogte van de zorgkosten te beïnvloeden. Nacalculatie wordt ingezet om te compenseren voor tekortschietende beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. Daarom worden de vaste kosten van ziekenhuiszorg voor 100% nagecalculeerd. Bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt in 2007 35% van het verschil tussen de kosten en ex ante vereveningsbijdrage (na correctie voor HKV en generieke verevening) nagecalculeerd. De kosten van overige prestaties blijven buiten de nacalculatie.

Wat is het effect van nacalculatie op de financiële positie van zorgverzekeraars A, B en C? Verzekeraars worden gecompenseerd voor 35% van het verschil tussen de gerealiseerde kosten (gecorrigeerd voor HKV) en de kostenraming (gecorrigeerd voor macro-nacalculatie en generieke verevening). Dit betekent dat de vereveningsbijdrage van zorgverzekeraar A en B naar beneden wordt bijgesteld, terwijl de vereveningsbijdrage van zorgverzekeraar C naar boven wordt bijgesteld. Zorgverzekeraar A en B moeten 35% van de winst inleveren bij het Zorgverzekeringsfonds, terwijl zorgverzekeraar C 35% van zijn verlies kan compenseren via het Zorgverzekeringsfonds. Tabel 3.10 toont de resultaten van het voorbeeld.

Tabel 3.10 Voorbeeld 35% nacalculatie (x 1.000 euro)

	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C	TOTAAL
1 Opbrengst nominale premie	41.670	41.670	41.670	125.000
2 Vereveningsbijdrage (gecorrigeerd voor macro-nacalculatie en generieke verevening)	58.773	16.053	100.173	175.000
3 Kostenraming (gecorrigeerd voor macro-nacalculatie en generieke verevening)	100.440	57.720	141.840	300.000
4 Werkelijke kosten (gecorrigeerd voor HKV)	54.800	52.400	192.800	300.000
5 Verschil kosten-kostenraming (4-3)	-45.640	-5.320	50.960	0
6 Nacalculatie (35%)	-15.974	-1.862	17.836	0
7 Vereveningsbijdrage na nacalculatie (2+6)	42.799	14.191	118.009	175.000
8 Resultaat na nacalculatie	29.666	3.458	-33.124	0

Bron: ministerie van VWS

Omdat in het voorbeeld ook macro-nacalculatie is toegepast, blijft de totale bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds gelijk. Als macro-nacalculatie niet zou zijn toegepast, en als de macro-kostenraming lager zou zijn dan het totaal van de gerealiseerde kosten, zou de totale bijdrage

uit het Zorgverzekeringsfonds hoger zijn. In tegenstelling tot generieke verevening kan door nacalculatie de totale bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds worden bijgesteld.²⁷

6 Vangnet of bandbreedteregeling

Naast de eerder genoemde ex post compensatiemechanismen kunnen nog tijdelijk aanvullende vangnetten worden gebruikt. Het doel van vangnetten is het begrenzen van de financiële risico's die zorgverzekeraars tijdelijk lopen. De toepassing geschiedt in 2007 in verband met de consequenties voor de schadelast van zorgverzekeraars van de DBC-tarieven bij ziekenhuizen. Doordat het risicovereveningsmodel nog berust op de situatie vóór de DBC-tarieven, is de risicoverevening voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg tijdelijk onvoldoende betrouwbaar. Als het uiteindelijke resultaat (na toepassing van de ex post compensaties) per premiebetaalende verzekerde buiten een bepaalde bandbreedte valt (bijvoorbeeld plus of minus 35 euro per verzekerde) wordt het bedrag buiten de bandbreedte voor 90% nagecalculeerd met het Zorgverzekeringsfonds.

3.8.3 Conclusie

Ex post compensaties worden gebruikt om onvolkomenheden in de ex ante vereveningsbijdrage te compenseren. Achtereenvolgens kunnen verzekerden nacalculatie, macro-nacalculatie, HKV, generieke verevening, nacalculatie en een vangnet worden ingezet. Daarbij moet worden aangetekend dat verzekerden nacalculatie en macro-nacalculatie inherent verschillen van de andere ex post mechanismen. Verzekerden nacalculatie en macro-nacalculatie zijn direct verbonden met het ex ante vereveningssysteem. Beide mechanismen verminderen niet de prikkels tot doelmatige zorginkoop; sterker nog, zonder nacalculatie op het aantal verzekerden of op de macro-kosten zouden juist verkeerde prikkels ontstaan. De vermindering van de prikkel tot doelmatigheid geldt wel voor de andere ex post compensaties, zoals HKV, generieke verevening, nacalculatie en het vangnet.

Tabel 3.11 geeft een samenvatting van de resultaten van zorgverzekeraars A, B en C.

27 Generieke verevening is in combinatie met macro-nacalculatie effectief gelijk aan nacalculatie. Immers, in totaal is door de macro-nacalculatie het resultaat 0, waardoor herschikking van winsten en verliezen tussen verzekeraars hetzelfde is als herschikking van winsten en verliezen met het Zorgverzekeringsfonds. Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat generieke verevening plaatsvindt op verzekerdeniveau en nacalculatie op verzekeraarsniveau.

Tabel 3.11 Resultaten van drie zorgverzekeraars na inzet van ex post compensatiemechanismen

RESULTAAT	VERZEKERAAR A	VERZEKERAAR B	VERZEKERAAR C
Zonder ex post compensaties	50.000	0	-100.000
Na macro-nacalculatie	70.000	10.000	-80.000
Na HKV	65.200	7.600	-72.800
Na generieke verevening	45.640	5.320	-50.960
Na nacalculatie	29.666	3.458	-33.124

Bron: ministerie van VWS

Zonder ex post compensaties maakt zorgverzekeraar A 50 miljoen winst, lijdt zorgverzekeraar C 100 miljoen verlies en komt zorgverzekeraar B precies uit. Na de inzet van de ex post compensaties is de winst van zorgverzekeraar A met iets minder dan de helft gereduceerd en is het verlies van zorgverzekeraar C met tweederde verminderd. Desondanks boekt zorgverzekeraar A nog steeds winst en lijdt zorgverzekeraar C nog steeds verlies. Omdat de ex post compensaties in het voorbeeld niet voor de volle 100% ingezet worden, blijft een belangrijk deel van de doelmatigheidsprikkel van de ex ante risicoverevening intact.

3.8.4 Historie compensatiemechanismen

In de beginfase van het risicovereveningsmodel (vanaf 1993) werden ex post compensatiemechanismen ruimhartig toegepast, omdat het risicovereveningsmodel onvolkomen was, en omdat de toenmalige ziekenfondsen maar heel beperkte mogelijkheden hadden om kosten te beïnvloeden. Naarmate het risicovereveningsmodel verbeterde en zorgverzekeraars in toenemende mate in staat waren om de kosten te beïnvloeden, werd de omvang van de ex post compensatie mechanismen afgebouwd. Hoe minder ex post compensaties plaatsvinden, hoe groter het financiële risico is dat de zorgverzekeraar draagt. Het percentage van het budget waarover ziekenfondsen risico liepen, was 2,5% in 1993 en steeg tot naar schatting ruim 50% in 2005. Tabel 3.12 geeft de afbouw van de ex post compensaties weer. Bijvoorbeeld in het geval van overige verstrekkingen (nu overige prestaties) werd in 1996 nog 50% van de kosten nagecalculeerd; dit percentage zakte naar 15% in 1998 en naar 0% in 1999. Het drempelbedrag waarboven HKV wordt toegepast stijgt in de loop van de tijd, van 2.040 euro in 1997 tot 12.500 euro vanaf 2004. De tabel begint bij 1996, omdat in dat jaar de splitsing tussen variabele kosten en vaste kosten van ziekenhuiszorg werd doorgevoerd.

In de jaren 2000 en 2001 werden historische kosten per verzekerde van een ziekenfonds als vereveningskenmerk gebruikt voor de variabele kosten

van ziekenhuiszorg en de kosten van overige verstrekkingen (nu overige prestaties). In 2002 werden de historische kosten alleen nog bij de overige verstrekkingen als vereveningskenmerk gehanteerd.

De toepassing van historische kosten betekent dat ex ante werd verevend op basis van kosten uit het verleden. De reden om de historische kosten in het risicovereveningsmodel op te nemen, was dat de toenmalige ziekenfondsen onvoldoende gecompenseerd werden voor kosten die zij niet konden beïnvloeden. Het toenmalige risicovereveningsmodel (waarin FKG's en DKG's nog niet waren opgenomen en waarin regio alleen nog een maat was van verstedelijking) hield slechts beperkt rekening met regionale kostenverschillen, gezondheidsverschillen en verschillen in consumptie-geneigdheid. Het gebruik van historische kosten als vereveningskenmerk neemt deze verschillen mee. Dit heeft als nadeel dat ondoelmatigheden in het verleden deels beloond worden. Het alternatief – generieke verevening - belooft echter in nog sterkere mate ondoelmatige zorgverzekeraars. Bij de toepassing van historische kosten vindt immers ex ante verevening plaats met een sterkere doelmatigheidsprikkel dan bij generieke verevening.

De toepassing van historische kosten als vereveningskenmerk bleek niet langer mogelijk voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg, toen in 2002 de samenstelling van de typen kosten veranderde. Voor 2002 werd onderscheid gemaakt tussen specialistische hulp en variabele kosten van ziekenhuiszorg, maar in dat jaar werden deze twee samengevoegd en werden de vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg zelfstandig vastgesteld. Normering op basis van historische kosten was daardoor vanaf 2002 niet langer mogelijk, omdat de gegevens voor eerdere jaren ontbraken. Door de zelfstandige vaststelling van de vaste en de variabele kosten van ziekenhuiszorg nam in 2002 bovendien de omvang van de variabele kosten aanzienlijk toe. De percentages van verevening en nacalculatie zijn in dat jaar dusdanig gekozen dat de omvang van de totale risicodragende kosten niet veranderde van 2001 op 2002. Dit is de reden dat de omvang van de nacalculatie van de variabele kosten van ziekenhuiszorg toeneemt: van 25% naar 35% in 2002.

Tabel 3.12 Historisch overzicht compensatiemechanismen

DEELBEDRAGEN	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
KOSTEN OVERIGE VERSTREKKINGEN/PRESTATIES												
Generieke verevening	60%	30%	30%	30%	-	-	-	-	-	-	-	-
Nacalculatie	50%	25%	15%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Historische kosten	-	-	-	-	30%	30%	30%	-	-	-	-	-
HKV		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) ^a		2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500	12500	12500
Vangnet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90%
Bandbreedte (in euro)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
VARIABELE KOSTEN ZIEKENHUIZORG												
Generieke verevening	60%	30%	30%	30%	-	-	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Nacalculatie	50%	25%	25%	25%	25%	25%	35%	35%	35%	35%	35%	35%
Historische kosten	-	-	-	-	30%	30%	-	-	-	-	-	-
HKV		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) ^a		2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500	12500	12500
Vangnet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90%
Bandbreedte (in euro)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
VASTE KOSTEN ZIEKENHUIZORG												
Nacalculatie	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	100%
KOSTEN SPECIALISTISCHE HULP												
Generieke verevening	60%	30%	-	-	-	50%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Nacalculatie	50%	25%	95%	95%	95%	40%	35%	35%	35%	35%	35%	35%
HKV		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Drempel HKV (in euro) ^a		2040	2040	3400	4540	4540	7500	7500	12500	12500	12500	12500
Vangnet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90%
Bandbreedte (in euro)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35

^a De HKV-drempel geldt voor de totale kosten van ziekenhuiszorg-variabel en de overige prestaties per verzekerde.

Daarnaast bleek de toepassing van historische kosten als vereveningskenmerk niet langer nodig als vereveningskenmerk, omdat in 2002 twee nieuwe vereveningskenmerken hun intrede deden. Het risicovereveningsmodel werd uitgebreid met FKG's en het vereveningskenmerk stedelijkheid (OAD, omgevingsadressendichtheid) werd vervangen door een verbeterde operationalisering van regio (ook wel APE-regio genoemd). Vanaf 2003 waren de historische kosten volledig van de baan, omdat door deze nieuwe vereveningskenmerken de noodzaak van de toepassing van historische kosten als vereveningskenmerk was vervallen.

In 2006 werd een vangnet gebruikt, omdat dit jaar (in verband met de stelselwijziging) met relatief veel onzekerheden was omgeven voor de zorgverzekeraars. Doordat de risicoverevening voor het eerst ook betrekking heeft op de voormalige particuliere en privaatrechtelijke zorgverzekeraars was de kwaliteit van de onderliggende gegevens en dus ook van de risicoverevening minder goed dan in eerdere jaren gebruikelijk was. De invoering van DBC-tarieven bij ziekenhuizen (in 2005) zorgde eveneens tijdelijk voor onzekerheden bij de schatting van het risicovereveningsmodel. In 2007 blijft het vangnet, maar het wordt beperkt tot de variabele kosten van ziekenhuiszorg.

3.8.5 Huidige compensatiemechanismen

De macro-nacalculatie, die corrigeert voor verschillen tussen macro-kostenraming en macro-kostenrealisaties, en de verzekerdennacalculatie, die corrigeert voor verschillen in geraamde en gerealiseerde aantallen verzekerden, worden algemeen toegepast. De mate waarin de andere ex post compensatiemechanismen (HKV, generieke verevening en nacalculatie) worden gebruikt, hangt af van het type kosten. Figuur 3.5 geeft een overzicht van de inzet van ex post compensaties uitgesplitst naar type kosten.

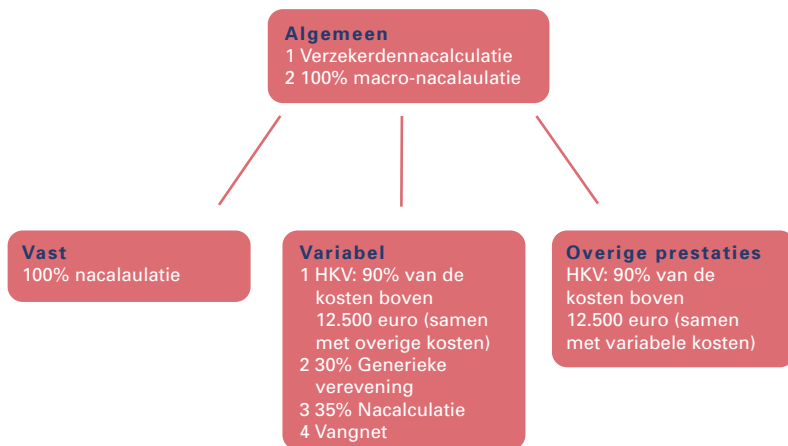
Vaste kosten van ziekenhuiszorg

Vaste kosten van ziekenhuiszorg worden in 2007 voor 100% nagecalculeerd. Zorgverzekeraars lopen geen financieel risico op dit type kosten.

Variabele kosten van ziekenhuiszorg

Op variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt achtereenvolgens een aantal ex post compensaties toegepast. Ten eerste wordt HKV ingezet. Zorgverzekeraars kunnen in 2007 de variabele kosten van ziekenhuiszorg plus de kosten van overige prestaties van verzekerden boven een drempel van 12.500 euro ten laste van de pool brengen. Deze kosten worden voor 90% nagecalculeerd. Na HKV wordt generieke verevening toegepast op de tussenresultaten. 30% van het verschil tussen de geraamde en de gerealiseerde kosten wordt generiek verevend. Vervolgens vindt nacalculatie plaats op de tussenresultaten. 35% van het verschil tussen geraamde en gerealiseerde kosten wordt nagecalculeerd met het Zorgverzekeringsfonds. Vervolgens wordt een vangnet met 90% nacalculatie toegepast met een bandbreedte van 35 euro.

Figuur 3.5 Inzet van ex post compensaties uitgesplitst naar typen kosten, 2007



Bron: APE

Kosten van overige prestaties

Op kosten van overige prestaties wordt alleen HKV toegepast. De kosten van overige prestaties plus de variabele kosten van ziekenhuiszorg boven een drempel van 12.500 euro worden voor 90% nagecalculeerd.

Consequentie voor prikkels

Een kanttekening die geplaatst kan worden bij de verschillende inzet van ex post compensatiemechanismen bij verschillende typen kosten, is dat dit kan prikkelen tot substitutie van zorg. Als verrichtingen niet in de eerste lijn (door huisartsen en paramedici) maar in ziekenhuizen worden uitgevoerd, worden sterk risicodragende kosten van overige prestaties grotendeels gesubstitueerd door de minder sterk risicodragende kosten van ziekenhuiszorg. Sommige tandartsen bijvoorbeeld trekken verstandskiezen, maar deze ingreep kan ook worden verricht door de kaakchirurg in het ziekenhuis. De consequentie is dat het voor zorgverzekeraars gunstig kan zijn om het gebruik van ziekenhuiszorg te stimuleren. Dit hoeft echter voor de verzekerde niet de beste of meest doelmatige behandeling te zijn.

Actualisering en aanpassing van het risicovereveningsmodel

4.1 Inleiding

Elk jaar opnieuw worden de normbedragen voor de vereveningskenmerken berekend. Zodoende is gewaarborgd dat de uitkomsten van het risicovereveningsmodel actueel zijn. De verdeling van kosten over groepen verzekerden kan immers in de loop van de tijd veranderen; bijvoorbeeld door veranderingen in de bekostigingssystematiek van het zorgaanbod of door veranderingen in behandelmethoden. Op basis van deze schattingen worden de vereveningsbijdragen bepaald die de zorgverzekeraars ontvangen. Dit hoofdstuk gaat nader in op de schatting van het risicovereveningsmodel. Wij behandelen hoe het model wordt geschat en welke gegevensbestanden daarvoor nodig zijn. De vraag is vervolgens hoe goed het risicovereveningsmodel de samenhang tussen de vereveningskenmerken en de zorgkosten beschrijft. De resultaten van het model worden beoordeeld volgens een aantal criteria. Welke criteria dit zijn en wat zij betekenen komt ook in dit hoofdstuk aan de orde.

4.2 De schatting van het risicovereveningsmodel

4.2.1 Inleiding

De schatting van het risicovereveningsmodel gebeurt steeds op basis van gegevens van twee jaar geleden, zo goed mogelijk rekeninghoudend met tussentijdse pakketwijzigingen en andere institutionele veranderingen. Zo zijn bijvoorbeeld in 2006 op grond van de gegevens van 2004 de ex ante vereveningsbijdragen voor 2007 geschat. De reden dat geen recentere gegevens gebruikt kunnen worden, houdt verband met de uitloop van de schades. Lang na afloop van het kalenderjaar komen er nog declaraties over het betreffende jaar bij de zorgverzekeraars binnen. Zolang er nog declaraties binnenkomen, kan het totaalbedrag aan zorgkosten niet bepaald worden. Pas als het boekingsjaar is afgelopen, kan het model geschat worden. Anders bestaat het risico dat de normbedragen voor bepaalde categorieën verzekerden te laag worden berekend of dat de omvang van de hogekostenverevening (HKV) verkeerd wordt ingeschat.

Het risicovereveningsmodel wordt een groot aantal keren geschat. In het eerste half jaar worden verschillende varianten onderzocht. Daarna wordt de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel bepaald. De schatting van de definitieve vorm van het risicovereveningsmodel gebeurt twee keer per jaar: de eerste keer in juli/augustus, en de tweede keer in augustus/september.

4.2.2 De Overall Toets

De eerste modelschatting heeft als doel de kwaliteit van het model en de gegevens te beoordelen en geeft een beeld hoe kosten samenhangen met de vereveningskenmerken. Deze samenhang wordt representatief verondersteld voor het jaar waarop de vereveningsbijdrage van toepassing is.

De tweede modelschatting vindt plaats als de Regeling Zorgverzekeringen de hoogte van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen vastlegt. De normbedragen kunnen pas worden vastgesteld als de hoogte van het macro-prestatiebedrag, de macro-deelbedragen en eventuele pakketwijzigingen bekend zijn. Daarnaast moet ook de bijbehorende raming van de verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk beschikbaar zijn. De kosten van 2004 en de raming van de kosten van 2007 verschillen van elkaar, evenals het aantal verzekerden per vereveningskenmerk. De zogenaamde verzekerdenraming wordt uitgevoerd door het CVZ en vormt een input bij de modelschattingen. Het CVZ raamt voor 2007 bijvoorbeeld het aantal verzekerden met een bepaalde FKG, het aantal verzekerden in een regiocluster en het aantal verzekerden naar aard van het inkomen. Op basis van de verzekerdenraming worden de verhoudingen tussen de verschillende categorieën verzekerden (naar vereveningskenmerk) in het oorspronkelijke gegevensbestand over 2004 aangepast en opgehoogd naar de geraamde situatie in 2007. Daarna worden de kosten uit 2004 per deelbedrag opgeschaald naar het niveau van de macro-deelbedragen, zodat de kosten in het gegevensbestand waarop de schatting van het risicovereveningsmodel plaatsvindt, overeenkomen met de raming van 2007. Ten slotte wordt de schatting van de normbedragen voor 2007 uitgevoerd inclusief aanvullende resultaten per deelbedrag. De gehanteerde werkwijze is uitgebreid beschreven in Van Vliet (2006, WOR 230b).

De reden waarom niet één modelschatting plaatsvindt op basis van de herschaalde gegevens is praktisch van aard. De tijdsspanne tussen bekendmaking van de macro-prestatiebedragen, de verzekerdenraming en de bepaling van de normbedragen is dermate kort dat vooraf de kwaliteit van de data en het model beoordeeld moet zijn. De eerste en tweede modelschattingen worden als geheel de Overall Toets genoemd. De Overall

Toets is een uitgebreide toetsing van het risicovereveningsmodel, waarin alle mogelijke modelwijzigingen, eventuele beoogde of gerealiseerde pakketmaatregelen en de kwaliteit van de onderliggende gegevens in samenhang worden gezien en worden beoordeeld.

4.2.3 Wijze van schatten van het regressiemodel

Om de statistische samenhang tussen vereveningskenmerken en de zorgkosten te schatten, wordt gebruik gemaakt van lineaire regressie-analyse. Met behulp van lineaire regressieanalyse worden de kosten voorspeld op basis van de vereveningskenmerken. Daartoe moet de voorspelde waarde (de kosten) uitdrukt worden als een functie van de voorspellers (de vereveningskenmerken), bijvoorbeeld:

$$\text{Zorgkosten} = 329 \text{ kenmerk}_1 + 54 \text{ kenmerk}_2 \quad (1)$$

Volgens dit (sterk vereenvoudigde) model bedragen de voorspelde kosten van een hypothetische verzekerde die op kenmerk 1 een 1 scoort en op kenmerk 2 een 0, 329 euro. Model (1) is additief. Dit betekent dat de effecten van de verschillende vereveningskenmerken bij elkaar opgeteld kunnen worden. Een prettige eigenschap van een additief model is dat de berekening van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars op geaggregeerd niveau kan gebeuren (op basis van groepen verzekerden) of op verzekerdeniveau, waarna de voorspelde kosten weer opgeteld kunnen worden, en dan per zorgverzekeraar weer precies de vereveningsbijdrage opleveren.

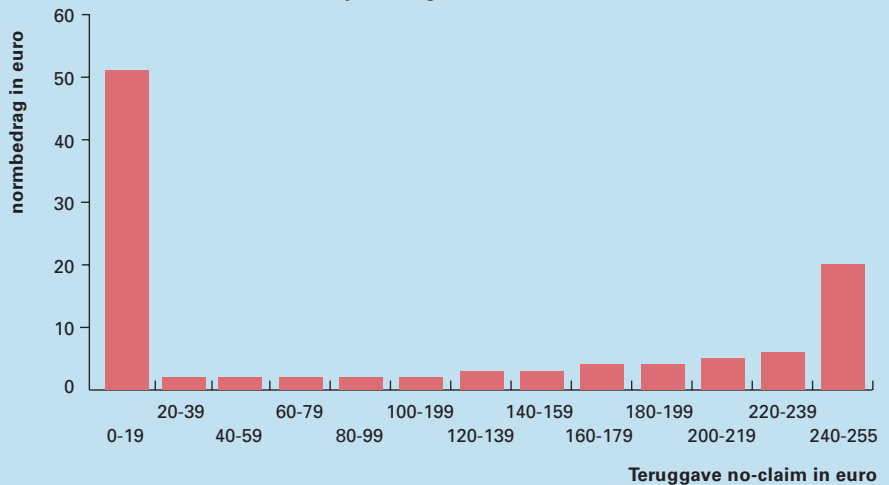
De getallen voor de kenmerken (329 en 54) worden de regressiecoëfficiënten genoemd. De regressiecoëfficiënten geven aan hoeveel verschil in kosten te verwachten zijn voor iedere eenheid hoger of lager van de vereveningskenmerken. De regressiecoëfficiënten geven de normbedragen weer. De regressiecoëfficiënten worden geschat via regressieanalyse met de gewone kleinste-kwadratenmethode (Ordinary Least Squares). Deze methode is het best te illustreren met een voorbeeld. In figuur 4.1 zijn de (gefingeerde) zorgkosten uitgezet op de verticale as, en het vereveningskenmerk leeftijd uitgezet op de horizontale as.²⁸ Ieder puntje in de figuur is een (fictieve) verzekerde. Figuur 4.1 laat duidelijk zien dat de zorgkosten gemiddeld genomen stijgen naarmate de verzekerden ouder worden.

²⁸ Gemakshalve hanteren wij voor presentatiedoeleinden het vereveningskenmerk leeftijd als een continue variabele en veronderstellen wij een monotoon stijgend verband. In de praktijk van de risicoverevening wordt leeftijd (in combinatie met geslacht) gemeten via een groot aantal dummyvariabelen. Dat doet echter niets af aan de probleemschets in de figuur. Dit geldt te meer omdat het risicovereveningsmodel een groot aantal vereveningskenmerken bevat.

Door de puntenwolk is een lijn getrokken. Bij regressie-analyse gaat het erom een lijn te vinden die de gegevens zo goed mogelijk beschrijft. In geval van lineaire regressie is dit altijd een rechte lijn. Bij de keuze van de lijn moeten de voorspellingsfouten zo klein mogelijk zijn. De voorspellingsfouten zijn figuur 4.1 de verticale afstanden van de punten tot de regressielijn. Door de lijn iets anders te kiezen – bijvoorbeeld door hem vlakker te laten lopen, of juist door hem steiler te laten lopen – kunnen de voorspellingsfouten geminimaliseerd worden. De kleinste-kwadratenmethode kiest een lijn zodanig dat de optelling van de kwadraten van de verticale afstanden van de punten tot de lijn zo klein mogelijk is.

Figuur 4.1

Fictieve relatie tussen leeftijd en zorgkosten



Bron: APE

De kleinste-kwadratenmethode biedt een aantal voordelen boven andere schattingsmethoden. Het is een zuivere schattingsmethode, dat wil zeggen dat per onderscheiden vereveningskenmerk de schatting van de kosten overeenkomt met de werkelijke gemiddelde kosten. Dat wil zeggen dat de met het model berekende verwachte kosten voor bijvoorbeeld FKG kanker precies gelijk zijn aan de gemiddelde kosten van de groep verzekerden met de FKG kanker. Bovendien is kleinste-kwadratenmethode ook een robuuste schattingsmethode, die weinig eisen stelt aan de statistische verdeling van kostencijfers en weinig gevoelig is voor afwijkende waarnemingen. Verder is de kleinste-kwadratenmethode relatief weinig rekenintensief, een eigenschap die belangrijk is in de context van risicoverevening. Het risicovereveningsmodel moet immers met de data van vele miljoenen verzekerden geschat worden.

4.3 Beoordeling van het model en de resultaten

4.3.1 Inleiding

Wat is de kwaliteit van het risicovereveningsmodel? Hoe goed is de voorspelling van de zorgkosten op basis van de vereveningskenmerken? Welke criteria worden gebruikt om het model en de resultaten van het model te beoordelen? Deze vragen komen in deze paragraaf aan bod. Allereerst bespreken wij de eisen waaraan de vereveningskenmerken bij voorkeur moeten voldoen. Daarnaast gelden ook enkele criteria ter beoordeling van het model zelf of van de uitkomsten van het model. Ten eerste wordt de voorspelkracht van het model geëvalueerd. Ten tweede wordt gekeken naar de verevenende werking van het model. De beoordeling van het model gebeurt op basis van de eerste modelschatting, dus voordat de herweging van de verzekerdenaantallen en de herschaling naar de macro-deelbedragen van het betreffende jaar plaatsvindt.

4.3.2 Eisen aan de vereveningskenmerken

Niet alle eigenschappen van verzekerden zijn bruikbaar als vereveningskenmerk. Idealiter voldoen vereveningskenmerken aan een aantal eisen:

1 Meetbaarheid

Het kenmerk is objectief en betrouwbaar meetbaar, zonder grote uitvoeringsinspanningen en kosten. Het kenmerk geslacht bijvoorbeeld voldoet aan deze criteria. Dat het kenmerk zonder grote inspanningen meetbaar moet zijn, betekent in feite dat informatie over het kenmerk al in de administratie van zorgverzekeraars aanwezig is of in andere gegevensbestanden aanwezig is die gekoppeld kunnen worden aan de administratie van zorgverzekeraars. Het opzetten van een nieuwe en gedetailleerde gegevensverzameling op verzekerdeniveau uitsluitend voor het risicovereveningsmodel is minder wenselijk. Zelfrapportage van gezondheid via een vragenlijst is een voorbeeld van een kenmerk dat weliswaar samenhangt met medische kosten, maar dat niet in de administratie van zorgverzekeraars aanwezig is, en dat alleen met grote inspanningen voor de hele Nederlandse bevolking is te meten.

2 Validiteit

Als de meting van een kenmerk valide is, komt de meting van de onderzoeker overeen met wat hij of zij beoogt te meten. Als een onderzoeker sociaal-economische status wil meten en hij of zij meet in feite politieke voorkeur, is de meting niet valide.

3 Samenhang met de kosten

Er moet een causaal en empirisch verband bestaan tussen de waarden van het vereveningskenmerk en de (noodzakelijke) kosten. Bijvoorbeeld een hogere leeftijd hangt gemiddeld samen met hogere kosten. Idealiter is deze samenhang robuust over de jaren heen en inhoudelijk te duiden. Bij voorkeur hebben de verschillende vereveningskenmerken additionele voorspelkracht. Dit betekent dat het gewicht van het ene vereveningskenmerk niet volledig afhangt van de aan- of afwezigheid van een ander vereveningskenmerk in het model (geen sterke onderlinge samenhangen).

4 Geen manipulatie

De waarden van het kenmerk zijn niet te manipuleren door de zorgverzekeraar, de overheid of de zorgaanbieder. Het mag niet zo zijn dat een van de partijen de waarden van de vereveningskenmerken kan beïnvloeden.

5 Juiste prikkels

Een vereveningskenmerk mag niet prikkelen tot ondoelmatigheid, risicoselectie of zorg van lage kwaliteit. De kosten die verzekerden in het verleden maakten in verband met het gebruik van te dure of minder noodzakelijke geneesmiddelen hangen bijvoorbeeld samen met de kosten in de toekomst. Maar als de kosten daarvan uit het verleden als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel zouden worden opgenomen, worden zorgverzekeraars in zekere zin beloond voor deze ondoelmatigheid. Dat is ongewenst. Ook mag het vereveningskenmerk geen prikkels bevatten voor strategisch gedrag van de zorgverzekeraar of van zorgverzekeraars onderling.

6 Stabiele normbedragen

De normbedragen die gekoppeld worden aan de waarden van de vereveningskenmerken moeten in de tijd stabiel zijn, zodat de uitkomsten voor de zorgverzekeraars redelijk voorspelbaar zijn. Bij gelijk blijvende verzekerdenpopulaties mogen de vereveningsbijdragen niet te sterk schommelen. Dit zou de financiële positie van zorgverzekeraars onzeker maken.

7 Gelijke verdeling over de zorgverzekeraars

Het is onwenselijk dat een vereveningskenmerk en bijbehorende normbedragen ongelijk over zorgverzekeraars verdeeld zijn, tenzij daar duidelijke redenen voor zijn. Bijvoorbeeld in geval van het vereveningskenmerk regio is het voorstelbaar dat een zorgverzekeraar dominant is in een bepaalde regio, maar geen verzekerden uit andere regio's in de portefeuille heeft. Daarom is bijvoorbeeld een regio-indeling naar landsdeel,

provincie of werkgebied ongeschikt als vereveningskenmerk. Dan worden immers de historische kostenverschillen bestendig.

4.3.3 Beoordeling van de voorspelkracht van het model

De kwaliteit van het risicovereveningsmodel wordt ten eerste beoordeeld op basis van de voorspelkracht. Hoe beter het model de kosten voorspelt, hoe groter de samenhang is tussen de vereveningskenmerken en de kosten. De voorspelkracht van het model wordt uitgedrukt in R^2 , de maat van verklaarde variantie in het regressiemodel. Deze maat is gedefinieerd op verzekerdeniveau. In het algemeen is de R^2 van een risicovereveningsmodel waarin alleen leeftijd en geslacht zijn opgenomen laag: rond de 2%. Deze twee kenmerken voorspellen dus slechts 2% van de variatie in de zorgkosten. De R^2 van het model waarin alle vereveningskenmerken zijn opgenomen, ligt rond de 23%. Dit percentage verklaarde variantie is buitengewoon hoog, gegeven het feit dat een belangrijk deel van de zorgkosten per definitie onvoorspelbaar is.

4.3.4 Verevenende werking van het model

De kwaliteit van het model wordt secundair beoordeeld aan de hand van de resultaten. Geschatte kosten en gerealiseerde kosten van diverse groepen verzekerden moeten zoveel mogelijk in evenwicht zijn. Als dit het geval is, zijn er geen groepen verzekerden aan te wijzen waarop de zorgverzekeraar systematisch verlies of winst maakt. In dat geval is de prikkel tot risicoselectie tot nul gereduceerd. Voor het meten van de verschillen tussen de geschatte kosten en de gerealiseerde kosten worden doorgaans een aantal beoordelingscriteria gebruikt:

- Het minimum. Het grootste negatieve verschil van geschatte kosten ten opzichte van gerealiseerde kosten van een groep verzekerden is het minimum. Het minimum kan bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars uitgerekend worden (zie tabel 4.1). Het grootste tekort boekt een zorgverzekeraar met -39 euro per verzekerdenjaar.
- Het maximum. Het grootste positieve verschil tussen geschatte en gerealiseerde kosten van een groep verzekerden is het maximum. Het maximum van zorgverzekeraars is weergegeven in tabel 4.1. Het grootste overschot boekt een andere zorgverzekeraar met 57 euro per verzekerdenjaar.
- De bandbreedte. Het verschil tussen het grootste overschot en het grootste tekort onder groepen verzekerden vormt de bandbreedte. Het voordeel van deze maat is dat die de uitersten in de uitkomst van het risicovereveningsmodel laat zien. Dit kan tegelijkertijd een nadeel zijn omdat extreme resultaten (die door toevalligheden kunnen worden veroorzaakt) doorslaggevend zijn voor de uitkomst.

Daarnaast geldt dat de resultaten van de overige groepen verzekerden die niet extreem gescoord hebben, buiten beschouwing worden gelaten. De bandbreedte in tabel 4.1 (96 euro) is het verschil tussen het minimum en het maximum.

- Het gewogen gemiddelde van de absolute afwijkingen van het resultaat (GGAA). Het resultaat is het verschil tussen de geschatte en gerealiseerde kosten per verzekerde. De GGAA wordt als volgt berekend. Voor elke zorgverzekeraar (of andere groep verzekerden) wordt het gemiddelde resultaat berekend. Daarvan wordt vervolgens de absolute waarde bepaald. Vervolgens wordt het gewogen gemiddelde van de absolute waarden over alle zorgverzekeraars of andere groepen berekend. De weging geschiedt met aantal verzekerden per zorgverzekeraar of per groep. Het voordeel van deze maat is dat de resultaten van alle verzekerden in de beoordeling worden betrokken en dat rekening gehouden wordt met de omvang van de verzekerdenpopulaties. De GGAA van het verschil tussen geschatte en gerealiseerde kosten is in absolute waarde kleiner dan het minimum of maximum (13 euro), omdat de andere zorgverzekeraars die minder extreem scoren ook meetellen in deze berekening.

Tabel 4.1

Resultaten op verzekeraarsniveau per verzekerdenjaar van het risicovereveningsmodel 2004 (in euro's)^a

	MINIMUM	MAXIMUM	BANDBREEDTE	GGAA
Model 2007 (data 2004)	-39	57	96	13

a Er wordt gerekend per verzekerdenjaar in plaats van per verzekerde, omdat door overlijden of verhuizingen verzekerden slechts een gedeelte van het jaar bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekerd kunnen zijn.

Bron: APE

In de praktijk wordt op verzekeraarsniveau zowel het minimum, maximum, bandbreedte en GGAA gebruikt. De resultaten van andere subgroepen verzekerden worden vooral geëvalueerd met de GGAA.

Vele subgroepen

Als bij een zorgverzekeraar een groot negatief verschil wordt gevonden tussen de geschatte kosten en de gerealiseerde kosten, kan dit zijn omdat de zorgverzekeraar ondoelmatig zorg inkoop. Het is echter evenmin geheel uitgesloten dat dit komt doordat het risicovereveningsmodel onvolkomenheden kent. De resultaten op het niveau van individuele zorgverzekeraars vormen vaak een aanleiding om onderzoek te doen naar eventuele tekorten of winsten op specifieke subgroepen. Tot op heden heeft dergelijk onderzoek geen aanleiding gegeven dat het model algemene onvolkomenheden bevat. Wel zijn verbeteringen op subgroepniveau denkbaar.

Problematisch is dat verzekerden op een oneindig aantal manieren in

groepen kunnen worden verdeeld. Er zijn bijvoorbeeld al duizenden chronische aandoeningen. Slechts enkele daarvan worden verdisconteerd in FKG's of DKG's. Alle chronische aandoeningen opnemen in het risicovereveningsmodel is technisch niet uitvoerbaar. Er zullen daarom vermoedelijk altijd subgroepen te identificeren zijn waarop zorgverzekeraars systematisch verlies of winst maken. Daarom is de evaluatie op subgroepe niveau niet zonder problemen. Het is daarnaast belangrijk om een balans te vinden tussen de technische uitvoerbaarheid en de complexiteit van het risicovereveningsmodel enerzijds en de eis dat er niet systematisch (voorspelbaar) verlies op aanwijsbare groepen verzekerden mag worden geleden anderzijds. Daarbij moet in overweging worden genomen of de spreiding van bepaalde verlies- of winstgevendende groepen verzekerden gelijk is over de zorgverzekeraars. Als bijvoorbeeld systematisch verlies wordt geleden op verzekerden met een bepaalde aandoening, en als deze verzekerden prominent vertegenwoordigd zijn bij een of twee zorgverzekeraars, ondermijnt dit het gelijke speelveld. Als de verzekerden met de bepaalde aandoening gelijkmatig verdeeld zijn over alle zorgverzekeraars is dit minder het geval, maar uiteraard ongewenst met het oog op potentiële risicoselectie.

Voor het risicovereveningsmodel 2007 is de verevenende werking voor de volgende subgroepen onderzocht: zorgverzekeraars, FKG's, aard van de verzekering (ex-ziekenfonds versus ex-particulier) en gemeenten, waarbij de vier grote steden afzonderlijk bekeken zijn. De uitsplitsing naar subgroepen aard van verzekering en de speciale nadruk op de vier grote steden is een relatief recente ontwikkeling.

Tabel 4.2 geeft ter illustratie de financiële resultaten per verzekerdenjaar op gemeentenniveau weer. Deze tabel laat zien dat Amsterdam 14,5 euro per verzekerdenjaar overhoudt; Den Haag 18,6 euro per verzekerdenjaar te kort komt; de G21 6,2 euro overhoudt; en overige gemeenten 1,9 euro tekortkomen.²⁹

²⁹ Tot de G21 behoren de gemeenten: Almelo, Arnhem, Breda, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede, Groningen, Haarlem, Heerlen, Helmond, Hengelo, Leeuwarden, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Schiedam, 's Hertogenbosch, Tilburg, Venlo en Zwolle. Deze gemeenten waren naast de vier grote gemeenten de eerste gemeenten die deelnamen aan het gestredenbeleid.

Tabel 4.2

Financiële resultaten op gemeenteniveau in euro per verzekerdenjaar

GEMEENTEN	RESULTAAT
G4	2,4
- Amsterdam	14,5
- Rotterdam	2,6
- Den Haag	-18,6
- Utrecht	5,6
G21	6,2
Overig	-1,9
<i>Totaal</i>	<i>0,0</i>

Bron: APE

4.4 De gegevensbestanden voor de modelschatting

4.4.1 Inleiding

Deze paragraaf beschrijft welke gegevensbestanden gebruikt worden bij de schattingen van het risicovereveningsmodel. Met uitzondering van de laatste sub-paragraaf heeft de bespreking primair betrekking op de gegevensbestanden die bij de eerste modelschatting worden gebruikt. Voor de tweede modelschatting wordt een opgehoogde versie van de gegevensbestanden gebruikt. Er bestaat een verschil tussen de ex-ziekenfondsen en de ex-particuliere verzekeraars. In tegenstelling tot de ziekenfondsen, waarbij al jaren risicoverevening wordt toegepast, hebben particuliere zorgverzekeraars tot voor kort weinig ervaring met de vastlegging van de relevante gegevens op verzekerdeniveau. De ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars worden daarom in afzonderlijke paragrafen beschreven. Overigens is 2005 het laatste jaar waarin de scheiding tussen voormalige particulier en ziekenfondsverzekerden in de gegevensbronnen terugkomt (relevant voor het risicovereveningsmodel 2008). Vanaf 2006 zal één gegevensbestand voorhanden zijn voor alle verzekerden (dus inclusief de voormalig particulieren), genaamd BASIC (Basisverzekering Informatiesysteem). Voor de bepaling van de vereveningskenmerken DKG's, aard van het inkomen en regiocluster worden nog andere gegevensbronnen gebruikt. Deze worden beschreven in aparte paragrafen. De laatste paragraaf beschrijft de gegevens die voor de tweede modelschatting relevant zijn.

4.4.2 Voormalige ziekenfondsen

Alle (voormalige) ziekenfondsen leveren bestanden met verzekerden-, kosten- en volumegegevens over de volledige ziekenfondspopulatie van ruim 10 miljoen verzekerden aan Vektis. Dit bestand wordt het WOVM-bestand genoemd, naar de voormalige Werkgroep Ontwikkeling

Verdeelmodel, die betrokken was bij het onderzoek naar en de implementatie van de risicoverevening bij de voormalige ziekenfondsen. De aanlevering van de gegevens vindt jaarlijks plaats en betreft gegevens op verzekerdenniveau. Vektis verzamelt, controleert en corrigeert de aangeleverde bestanden en rapporteert hierover aan de betrokken partijen in de werkgroep die betrokken is bij het onderzoek risicoverevening (WOR), ZN, zorgverzekeraars, VWS, het CVZ en onderzoeksbureaus. De bestanden worden bijvoorbeeld gezuiverd van fouten, zoals negatieve kosten of niet-bestaande postcodes. Mede op basis van het WOVN-bestand wordt de splitsing in typen kosten gemaakt (vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van overige prestaties). De wijze waarop dit thans gebeurt, is beschreven in paragraaf 3.7.3.

4.4.3 Voormalig particuliere zorgverzekeraars

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn ook de voormalig particuliere zorgverzekeraars onderdeel geworden van het risicovereveningssysteem. Daarom is ook informatie over zorgkosten en vereeningskenmerken van de particulier verzekerden nodig. De ziekenfondsen hebben een jarenlange ervaring met het opbouwen van de benodigde gegevensbestanden. Een dergelijk gegevensbestand bestaat nog niet voor de particulieren. Om toch bruikbare gegevens te creëren, is gebruik gemaakt van schadegegevens uit het declaratie-informatiesysteem Statistiek Informatiesysteem (STAT), dat wordt beheerd door Vektis. STAT bevat informatie over de schades en inkomsten van bijna vijf miljoen particulier verzekerden. Voordat deze gegevens bruikbaar en vergelijkbaar zijn met de kostengegevens van ex-ziekenfondsverzekerden, moeten een aantal aanpassingen worden doorgevoerd. Deze aanpassingen hebben flink wat voeten in de aarde. De belangrijkste aanpassingen zijn: de harmonisatie van de polissen tussen ziekenfondsen en particulieren, het schatten van eigen betalingen en remgeld, het splitsen van de vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg. Deze onderwerpen worden hieronder besproken:

- Harmonisatie van de polissen. De particuliere verzekeringen boden een groot aantal verschillende polissen aan, die qua dekking afweken van de ziekenfondspolis en van de huidige basispolis. In het algemeen was de vergoeding die particuliere zorgverzekeraars boden ruimer dan die van de ziekenfondsen. Omdat de ziekenfondspolis model heeft gestaan voor de basisverzekering, moeten de kosten van particulier verzekerden zodanig worden gecorrigeerd dat alleen die kosten resteren die door het ziekenfonds werden gedekt.
- Schatting van niet gedeclareerde eigen betalingen en remgeld. In tegenstelling tot ziekenfondsverzekerden konden particulier

verzekerden kiezen voor een eigen risico. Medische kosten van verzekerden met eigen risico zijn gemiddeld genomen lager dan medische kosten van verzekerden zonder eigen risico. Mensen die voor een eigen risico kiezen zijn in het algemeen gezonder (selectie-effect), want het nemen van een eigen risico resulteert in een lagere nominale premie. Daarnaast spelen twee zaken een rol die vanuit boekhoudkundig perspectief belangrijker zijn: mensen met een eigen risico zullen minder snel naar de dokter gaan, omdat ze weten dat een deel van de kosten niet vergoed zal worden. Het remmende effect van eigen risico's op zorgkosten wordt remgeld-effect genoemd. Verder zal ten minste een deel van de mensen kosten niet declareren als ze weten dat die onder de grens van het eigen risico vallen. Om de gegevens van ex-particuliere verzekerden vergelijkbaar te maken met de gegevens van de ex-ziekenfondsverzekerden, heeft Vektis de niet-gedeclareerde eigen betalingen en het remgeld geschat met behulp van de gegevens van particulier verzekerden die niet gekozen hadden voor een eigen risico. Daarbij heeft Vektis rekening gehouden met verschillen in gezondheidskenmerken.

- Vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg. De kosten van ziekenhuiszorg worden opgesplitst in vaste en variabele kosten. Dit wordt gedaan met de vaste en variabele tarieven. Voor ziekenfondsen kan deze methodiek rechttoe rechtaan worden toegepast. Bij particuliere zorgverzekeraars bestaan meer problemen. Ten eerste ontbreekt nogal eens het opnemend ziekenhuis in de registratie. Dit heeft Vektis opgelost door het ziekenhuis af te leiden via een waarschijnlijkheidskoppeling voor de opgenomen verzekerden. Ten tweede is bij een aantal zorgverzekeraars het onderscheid tussen de kosten van nevenverrichtingen en de kosten van specialistische hulp niet duidelijk. Dit onderscheid is bepaald op basis van gegevens van zorgverzekeraars bij wie deze scheiding wel correct is aangebracht. Ten derde waren de gegevens vervuild met kosten voor orthodontie. Deze zijn uit de gegevens gehaald.

4.4.4 Gegevens voor de bepaling van de FKG's

Om FKG's te bepalen is gedetailleerde informatie nodig over de hoeveelheid afgeleverde typen geneesmiddelen per verzekerde (per artikelcode). De farmaceutische declaraties van verzekerden worden verzameld in het Farmacie Informatiesysteem (FIS), dat beheerd wordt door Vektis. FIS bevat de door huisartsen en zorginstellingen afgegeven geneesmiddelenrecepten. Verzekerden zijn geanonimiseerd, maar informatie over leeftijd, geslacht, postcode en type verzekering is wel opgenomen. Per geneesmiddel is ook de kostprijs en gecodeerde informatie over het werkingsgebied ingevoerd.

Voor de voormalig ziekenfondsverzekerden is het FIS nagenoeg compleet. Dit is niet het geval voor de particuliere verzekerden. Van ongeveer 60% van de particuliere verzekerden zijn gegevens over medicijngebruik te vinden in FIS. De kwaliteit van de gegevens van particuliere zorgverzekeraars is echter onvolkomen. In tegenstelling tot de ziekenfondsen komen bij de particuliere zorgverzekeraars vrij veel handmatige declaraties voor. Zorgverzekeraars voeren daarom een deel van de declaraties niet op het gewenste detailniveau in (met het artikelnummer en de afgeleverde hoeveelheid). Daarom wordt voor de particulier verzekerden ook gebruik gemaakt van het informatiesysteem STAT. Qua kosten is STAT vollediger dan FIS, maar mist het de detailinformatie over specifieke geneesmiddelen, die noodzakelijk is voor de bepaling van de FKG's. De gegevens uit STAT zijn gebruikt om de FIS-data op de kwaliteit en volledigheid te kunnen beoordelen. Als de data uit STAT niet overeenkwam met de data uit FIS, en als er geen gegevens beschikbaar waren over medicijngebruik in FIS, werd de prevalentie van FKG's geschat. Deze schatting geschiedt op verzekerdeniveau, en is gebaseerd op de particuliere verzekerden voor wie wel goede gegevens over het geneesmiddelengebruik beschikbaar zijn.

4.4.5 Gegevens voor de bepaling van de DKG's

DKG's worden vastgesteld aan de hand van de ontslagdiagnose na een ziekenhuisopname. Deze ontslagdiagnoses worden verzameld in de Landelijke Medische Registratie (LMR), die beheerd wordt door Prismant. Door de invoering van de DBC's in 2005 worden de DKG's in de toekomst vastgesteld op basis van het DBC Informatiesysteem (DIS). Ziekenhuizen en andere zorginstellingen leveren informatie over DBC's aan DIS.

4.4.6 Gegevens voor de bepaling van de regioclusters

Elke verzekerde wordt ingedeeld in een regio op basis van een clustering van een aantal sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken. Daarvoor worden verschillende externe gegevensbronnen gebruikt. Van het CBS worden op postcodeniveau gegevens over demografie (Statline), stedelijkheid en sociaal-economische status (Regionaal Inkomensonderzoek) verkregen. Van Nivel worden gegevens over het aantal extramuraal werkzame huisartsen per postcodegebied verkregen. Gegevens over het aantal bedden en de locaties van de verpleeghuizen zijn afkomstig van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). De afstanden van de viercijferige postcode van de verzekerde tot de viercijferige postcode van zorgaanbieders worden berekend met de Travelmanager centroïden van ANDES VSP.

4.4.7 Gegevens voor de bepaling van de aard van het inkomen

Het vereveningskenmerk aard van het inkomen onderscheidt vijf groepen van inkomenstrekken: WAO'ers, WW'ers, bijstandsgerechtigden, zelfstandigen en verzekerden in loondienst samen met verzekerden zonder inkomen. Deze informatie is in de administraties van ziekenfondsen beschikbaar als verzekeringsgrond (bij de schatting van de modellen worden nog oude cijfers gebruikt). Voor de particulier verzekerden is dit echter niet het geval. Informatie over WAO- en WW-uitkeringen in 2004 is verkregen via een geanonimiseerde koppeling met UWV-gegevens. Verder is verondersteld dat er geen bijstandsgerechtigden aanwezig zijn onder de particulier verzekerden. Vervolgens is het aantal zelfstandigen onder particulier verzekerden geschat op basis van gegevens van ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden die niet als WAO'er, WW'er of zelfstandige zijn aangemerkt, worden ingedeeld in de groep loontrekken en overigen.

4.4.8 Het WOVM/STAT-bestand

Het WOVM-bestand met daarin de gegevens van de ziekenfondsverzekerden en het STAT-bestand met de gegevens van particulier verzekerden worden samengevoegd in het WOVM/STAT bestand, dat ook wel het WOR-bestand genoemd wordt. Informatie over de vereveningskenmerken die afkomstig is uit externe bronnen wordt hier eveneens aan toegevoegd. De eerste modelschatting maakt gebruik van dit bestand.

4.4.9 Gegevensbestand voor de tweede modelschatting

Op basis van de tweede modelschatting worden de definitieve normbedragen bepaald. Uitgangspunt voor de tweede modelschatting is het WOVM/ STAT-bestand, dat herwogen wordt naar de verwachte populatiesamenstelling van het jaar waarvoor de normbedragen geschat worden. Het is duidelijk dat de populatiesamenstelling in het jaar waarop het gegevensbestand betrekking heeft, niet geheel overeenkomt met de populatiesamenstelling van het jaar waarvoor het risicovereveningsmodel geschat wordt. Om deze discrepanties te corrigeren, maakt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een verzekerdenraming voor het betreffende jaar, uitgaande van onder andere bevolkingsprognoses en prognoses van het Centraal Planbureau (CPB). Het CVZ maakt deze verzekerdenramingen voor diverse subgroepen van verzekerden:

- 1 op basis van leeftijd, geslacht, aard van het inkomen en regiocluster
- 2 op basis van leeftijd, geslacht en FKG's
- 3 op basis van leeftijd, geslacht en DKG's

Vervolgens wordt de verzekerdenpopulatie in het WOVM/STAT-bestand herwogen naar de raming. Via een optimalisatiemethode (de RAS-

methode) worden per subgroep gewichten berekenend, waarmee iedere afzonderlijke waarneming in het WOVM/STAT-bestand wordt gewogen. Het resultaat is dat de aantallen verzekerden voor iedere subgroep exact overeenkomen met de ramingen.

Vervolgens worden op basis van het herwogen verzekerdenbestand de gemiddelde kosten per type kosten berekend. De verhouding van de gemiddelde kosten ten opzichte van de overeenkomende cijfers van het macro-prestatiebedrag (de begroting) geeft de ophoogfactoren. De kosten van iedere verzekerde worden met deze ophoogfactoren vermenigvuldigd.

De laatste stap in de bewerking van het gegevensbestand betreft de verwerking van de remgeldeffecten per zorgvorm welke het ministerie van VWS verwacht door de no-claimteruggaveregeling. Deze regeling is een teruggaaf achteraf van maximaal 255 euro als een premieplichtige verzekerde minder dan 255 euro zorgkosten maakt in het jaar waarvoor de normbedragen berekend worden. Het ministerie van VWS stelt de verwachte remgeldeffecten vast op basis van eerdere berekeningen van het CPB. Omdat de no-claimteruggaaf geen betrekking heeft op huisartsenzorg, verloskunde en kraamzorg, zijn de remgeldeffecten voor deze vormen van zorg per definitie 0 euro. De remgeldeffecten van de no-claimteruggaaf worden afgetrokken van de macro-kosten.

Op basis van het aldus bewerkte en gecorrigeerde WOVM/STAT-bestand wordt het risicovereveningsmodel voor de tweede maal geschat. Op basis van deze schattingen worden de definitieve normbedragen bepaald.³⁰

³⁰ In de Zorgverzekeringswet en in het Besluit Zorgverzekering worden de normbedragen gewichten genoemd.

5

De beleidsmatige context van de risicoverevening

5.1 Inleiding

Een aantal partijen speelt een rol in de totstandkoming (en de schatting) van het risicovereveningsmodel, zoals het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, het College voor Zorgverzekeringen en diverse onderzoeksbureaus. Deze partijen komen in diverse werkgroepen bijeen. Afhankelijk van het karakter van de werkgroepen worden technische of beleidsmatige adviezen en beslissingen genomen rondom de risicoverevening. Dit hoofdstuk beschrijft welke partijen een rol spelen en op welke wijze beleidsbeslissingen tot stand komen.

5.2 Overlegstructuren

5.2.1 De WOVM

In 1992 is besloten tot het invoeren van risicoverevening bij de ziekenfondsen vanaf 1 januari 1993. De Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM) werd in 1993 onder leiding van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur geïnstalleerd. De WOVM vormde een begeleidingscommissie voor onderzoek naar risicoverevening, met als doel het risicovereveningssysteem te onderhouden, te ontwikkelen en te verbeteren. De belangrijkste taken van de WOVM waren:

- het opzetten van een onderzoeksprogramma voor de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem;
- het begeleiden van het onderzoek;
- technische evaluatie van resultaten van onderzoek naar risicoverevening;
- het beschikbaar stellen van relevante gegevens voor onderzoek;
- de minister van VWS (voorheen WVC) adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het risicovereveningsmodel op basis van het uitgevoerde onderzoeksprogramma.

Het voorzitterschap en secretariaat werden binnen de WOVM bekleed door ambtenaren van het ministerie van VWS. Verder maakten leden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgverzekeraars en het College voor

zorgverzekeringen (het CVZ en voorheen de Ziekenfondsraad) deel uit van de WOVM. Vektis (een landelijk informatiecentrum voor zorgverzekeraars) en diverse onderzoeksbureaus namen deel aan de vergaderingen vanuit een adviserende rol.

In verband met de verbreding van de verzekerdenpopulatie waarop de risicoverevening betrekking heeft na de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is besloten de WOVM op te heffen en de overlegstructuur rond de risicoverevening te herzien. Omdat in de WOVM beleidsmatige en technische discussies door elkaar heen liepen, is besloten deze twee invalshoeken in twee verschillende overleggen te agenderen. De BOR (het Beleidsoverleg Risicoverevening) heeft betrekking op meer beleidsmatige aspecten en de WOR (Werkgroep Onderzoek Risicoverevening) is een technische werkgroep.

5.2.2 De BOR

Het doel van de BOR is afstemming tussen de betrokken partijen bij risicoverevening en het creëren van draagvlak voor de gekozen oplossingen. In de BOR wordt beleidsmatig, dus los van de techniek, door de verschillende partijen met elkaar van gedachten gewisseld over risicoverevening. De drie partijen ZN, het CVZ en VWS maken deel uit van de BOR. Ieder jaar komen de leden van de BOR vier keer bij elkaar en bespreken dan de raakvlakken van risicoverevening en andere beleidsdossiers. De onderwerpen die aan bod komen zijn het opstellen van het onderzoeksprogramma, de beleidsmatige beoordeling van de uitkomsten van onderzoeken, het advies aan de minister over verbeteringen en de evaluatie van verrichte werkzaamheden.

5.2.3 De WOR

De WOR is een technische werkgroep, die de minister van VWS adviseert over de opzet van onderzoek. Voorstellen tot verbetering van het risicovereveningsmodel of het oplossen van problemen vallen hier ook onder. De WOR bespreekt het jaarlijkse onderzoeksprogramma, brengt kennis van gegevens en van de omgeving in, begeleidt onderzoeken en beoordeelt onderzoeksresultaten. De leden van de WOR hebben zich als doel gesteld twaalf keer per jaar bij elkaar te komen. De WOR bestaat uit ambtenaren van het ministerie van VWS, die het voorzitterschap en het secretariaat voor hun rekening nemen, ZN, het CVZ, zorgverzekeraars, Vektis, de betrokken onderzoeksbureaus, en zorgverzekeraars.

5.2.4 Tripo, BOOR en BO

Naast de WOR en de BOR komen ambtenaren van het ministerie van VWS, het CVZ en ZN ook nog maandelijks samen voor het Tripartiete

Overleg (Tripo). Het Tripo adviseert de BOR over de uitvoeringstechnische haalbaarheid van aanpassingen van het model. In het Tripo worden tevens de uitvoeringsbeslissingen van het CVZ besproken. Daarnaast komen ambtenaren van het ministerie van VWS, het CVZ, ZN, en vertegenwoordigers van de onderzoeksbureaus regelmatig samen in de BOOR. Hierin vindt tussentijds overleg plaats over beleidsmatige en onderzoeksmatige aspecten. De BOOR adviseert de BOR over de uitvoeringstechnische haalbaarheid van aanpassingen aan het model.

Enmaal per jaar vindt het Bestuurlijk Overleg (BO) plaats. Tijdens dit overleg wordt het risicovereveningsmodel en de ex post compensaties van het volgende jaar officieel vastgesteld. In de BO bespreekt de minister van VWS zijn voornemens met vertegenwoordigers van (de koepel van) zorgverzekeraars.

5.3 Betrokken partijen

Twee van de betrokken partijen lichten wij nader uit omdat zij een belangrijke rol spelen in de risicoverevening: ZN en het CVZ.

5.3.1 ZN

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de brancheorganisatie van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. ZN heeft als belangrijkste doelstelling de belangenbehartiging van de leden en creëert de voorwaarden waarbinnen haar leden zo goed mogelijk het vak van zorgverzekeraar uit kunnen oefenen. ZN waakt bij het onderhoud en de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem over de belangen van de zorgverzekeraars. Binnen het overleg over het systeem zorgt ZN ervoor dat de wensen van zorgverzekeraars gehoord worden en dat de uitvoering van het risicovereveningssysteem voor de zorgverzekeraars op een rechtvaardige en realiseerbare wijze gebeurt. ZN informeert bijvoorbeeld de zorgverzekeraars over wijzigingen in de risicoverevening, en vertaalt en analyseert wetwijzigingen. Daarnaast adviseert ZN het ministerie van VWS over mogelijke knelpunten en verbeteringen in de risicoverevening.

5.3.2 Het CVZ

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) op het terrein van de sociale ziektekostenverzekeringen: de Zorgverzekeringswet (voorheen de Ziekenfondswet) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een ZBO is een organisatie die zelfstandig een bepaalde overheidstaak uitvoert. Het CVZ neemt een

onafhankelijke positie in tussen de beleidsbepalende partijen (politiek en ministeries) en de uitvoerende partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders). In de Zorgverzekeringswet zijn de verantwoordelijkheden en taken van het CVZ vastgelegd (hoofdstuk 6). Het CVZ is onder andere verantwoordelijk voor de uitvoering van de risicoverevening. Het CVZ stelt beleidsregels op waarin wordt aangegeven hoe de regels die betrekking hebben op de risicoverevening worden toegepast. Daarnaast berekent het CVZ de jaarlijkse vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars en zorgt het CVZ voor de financiering en bevoorschotting van de zorgverzekeraars. Het CVZ houdt voor de uitvoering van de risicoverevening een administratie met verzekerdenkenmerken bij.

5.4 Beleidscyclus

5.4.1 Inleiding

Deze paragraaf beschrijft de beleidscyclus rond de vaststelling van het risicovereveningsmodel voor het komende begrotingsjaar. Een risicovereveningsmodel voor het komende jaar wordt in de periode van oktober in het voorafgaande jaar tot en met september van het huidige jaar vastgesteld via de uitvoering van het onderzoeksprogramma. Het risicovereveningsmodel voor het jaar 2008 wordt dus van oktober 2006 tot en met september 2007 vastgesteld door de uitvoering van het onderzoeksprogramma 2007.

5.4.2 De vaststelling van het onderzoeksprogramma

De vaststelling van het onderzoeksprogramma geschiedt als volgt. Het ministerie van VWS inventariseert van juli tot en met begin september van het voorafgaande jaar welke onderzoeken opgenomen moeten worden in het onderzoeksprogramma. Deze inventarisatie gebeurt onder meer op basis van Kamervragen, WOR-adviezen, vragen van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, en openstaande vragen uit eerder onderzoek. Aan de hand van de inventarisatie legt VWS een concept-onderzoeksprogramma voor aan de WOR. In de WOR wordt het onderzoeksprogramma technisch beoordeeld en besproken. Na de WOR-bijeenkomst beoordeelt de BOR het onderzoeksprogramma. Daarna stelt VWS het onderzoeksprogramma vast. Nadat dit gebeurd is, start het onderzoeksprogramma voor het betreffende jaar in oktober van het voorafgaande jaar.

Het onderzoeksprogramma bestaat uit diverse deelonderzoeken die worden uitgevoerd door onderzoeksbureaus. Deze deelonderzoeken moeten leiden tot aanpassing of verbetering van de verevende werking

van het risicovereveningsmodel. De onderzoeken zijn onder te verdelen in de volgende drie categorieën:

- Deelonderzoeken voor wijziging in vereveningskenmerken. Dit is onderzoek ter verbetering van de voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel.
- Onderzoek herijking risicovereveningsmodel en analyse stabiliteit. Dit onderzoek maakt een eerste doorrekening van het risicovereveningsmodel over het komende jaar met de meest recente gegevens.
- De Overall Toets (de uiteindelijke modelschattingen). In de beginfase van de Overall Toets wordt aan de hand van verschillende modelscenario's een eerste toets gedaan van het risicovereveningsmodel. Op basis van de uitkomsten van deze toets worden vervolgens in de tussentoets laatste aanpassingen en verbeteringen doorgevoerd in het risicovereveningsmodel. Nadat deze veranderingen zijn getoetst, wordt de structuur van het risicovereveningsmodel voor het komende jaar definitief vastgesteld. In de eindfase van de Overall Toets worden ten slotte de definitieve normbedragen bepaald. Op basis van deze normbedragen worden de ex ante vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars via voorschotten uitgekeerd door het CVZ.

5.4.3 Uitvoering van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma wordt gecoördineerd door het ministerie van VWS. Dit betekent dat zij in oktober van het voorafgaande jaar beginnen met het aanbesteden van de deelonderzoeken, na de vaststelling van het onderzoeksprogramma. Tijdens de uitvoering van het onderzoek – van oktober in het voorafgaande jaar tot en met mei in het jaar van het onderzoeksprogramma – onderhoudt het ministerie van VWS de contacten met de onderzoeksbureaus, bewaakt het ministerie de voortgang, en rapporteert het ministerie de WOR en de BOR over de eerste resultaten.

De WOR begeleidt het onderzoek op het inhoudelijke vlak. Verder geeft de WOR adviezen en een technische beoordeling van de uitkomsten van het onderzoek. Wanneer sprake is van een complex deelonderzoek, kan de WOR een afzonderlijke begeleidingscommissie instellen om het onderzoek te beoordelen.

5.4.4 De uitvoering van de Overall Toets

Op basis van resultaten uit onderzoeken van het voorafgaande jaar stelt de WOR half juni een technisch advies op. Dit advies bevat de gewenste modelaanpassingen. Het technisch advies wordt voorgelegd aan de BOR. Eind juni bespreekt de BOR dit technisch advies en neemt het een besluit over aanpassingen van het risicovereveningsmodel die meegenomen worden in de aanstaande Overall Toets. Uitkomsten van onderzoek die niet

kunnen worden meegenomen in de Overall Toets worden doorgeschoven naar het concept-onderzoeksprogramma van het komende jaar. In juli start VWS de Overall Toets.

In juli tot en met september wordt de Overall Toets uitgevoerd. Ook de Overall Toets wordt gecoördineerd door het ministerie van VWS. Een deelgroep van de WOR, het Beraad Overall Toets (BOT), begeleidt het onderzoek inhoudelijk en rapporteert VWS over de voortgang van het onderzoek. Na de begin- en tussenfase van de Overall Toets, evalueert de WOR de uitkomsten van de Overall Toets en stelt de WOR in augustus het advies op met technische verbetermogelijkheden van het model. Op basis van dit advies bespreekt de BOR de vaststelling van het risicovereveningsmodel en de mate waarin ex post compensaties worden ingezet. De BOR kan ter aanvulling van het WOR-advies een (afwijkende) mening via een nota opstellen. Het WOR-advies en een eventuele nota van de BOR worden voorgelegd aan de minister. Het Bestuurlijk Overleg (BO) stelt het risicovereveningsmodel voor het komende jaar en ex post compensatie vast. In september kan begonnen worden met de eindfase van de Overall Toets. In de eindfase worden de normbedragen vastgesteld die de basis vormen voor de vereveningsbijdragen die aan de zorgverzekeraars worden uitgekeerd.

Als de eindfase van de Overall Toets door het onderzoeksbureau is afgerond, volgt de juridische afhechting van de vaststelling van de risicoverevening van het komende jaar. Dit betekent dat de Regeling Zorgverzekering en de Beleidsregels van het CVZ voor de vereveningsbijdrage van het komende jaar worden vastgesteld en de vereveningsbijdragen bekend worden gemaakt aan de zorgverzekeraars. Eind september worden de normbedragen opgenomen in een ministeriële Regeling en gepubliceerd in de Staatscourant. De Regeling en verdere relevante informatie wordt door VWS verzonden aan het CVZ. Dit vormt de input bij het vaststellen van de Beleidsregels door het CVZ. Als de Beleidsregels van het CVZ door de minister zijn goedgekeurd, berekent het CVZ de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar. De vereveningsbijdragen worden vóór 1 november in het betreffende jaar bekendgemaakt aan de zorgverzekeraars. Deze kunnen dan – mede op basis van de vereveningsbijdrage – de hoogte van hun nominale premie bepalen.

De laatste stap in de beleidscyclus is het uitbetalen en herrekenen van de vereveningsbijdragen van het komende jaar (zie hierover meer in hoofdstuk 6). Gedurende het jaar wordt in het Tripartiete Overleg door VWS, het CVZ en ZN afstemmingsoverleg gevoerd over de uitvoering van de verevening.

6

De uitvoering van de risicoverevening

6.1 Inleiding

De uitvoering van het risicovereveningssysteem en het beheer van het Zorgverzekeringsfonds is belegd bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Dit College bepaalt de hoogte van de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen. De wijze waarop het CVZ dit doet is het onderwerp van dit hoofdstuk.

6.2 De uitvoering van de risicoverevening door het CVZ

6.2.1 Tijdpad

Het CVZ stelt maximaal vijfmaal de vereveningsbijdrage vast op basis van informatie over verzekerdenaantallen en kosten. De eerste vaststelling berust op een raming van de kosten en de verzekerdenaantallen. Op basis van nieuwe informatie over kosten en verzekerdenaantallen wordt de hoogte van de vereveningsbijdrage vier keer bijgesteld. De laatste vaststelling is definitief. De vaststelling van de vereveningsbijdrage vindt plaats op vaste tijdstippen.

- 1 De ex ante vereveningsbijdrage op basis van de verzekerdenraming en de normbedragen. Voor het jaar 2007 worden de vereveningsbijdragen vóór 15 oktober 2006 vastgesteld. Deze vaststelling van de vereveningsbijdrage heeft de status van een beschikking: er vinden vervolgens vanaf 1 januari 2007 financiële overdrachten plaats volgens een vast betalingschema tussen het Zorgverzekeringsfonds en de zorgverzekeraars.
- 2 De herziening van de ex ante vereveningsbijdrage, gegeven gewijzigde verzekerdenaantallen wat betreft leeftijd en geslacht. Dit is de verzekerdenacalculatie, die zorgverzekeraars compenseert voor verschuivingen in aantallen verzekerden, en wordt ook wel de lenterheberekening genoemd. Het doel van deze lenterheberekening is het voorkomen dat zorgverzekeraars liquiditeitsproblemen krijgen door veranderingen in de verzekerdenaantallen. Deze herberekening heeft de status van een beschikking, en geschiedt vóór 1 april van het betreffende jaar. Op basis van de lenterheberekening krijgen

zorgverzekeraars voorschotten uitgekeerd. Het CVZ beoordeelt of de lenteherberekening noodzakelijk is of niet. Voor 2007 heeft het CVZ besloten dat de lenteherberekening niet hoeft plaats te vinden.

- 3 De herziening van de ex ante vereveningsbijdrage, gegeven veranderde verzekerdenaantallen voor alle vereveningskenmerken. Deze herziening is 'ter informatie' aan de zorgverzekeraars. Er vindt geen financiële overdracht plaats. Deze herziening vindt plaats in augustus/september van het betreffende jaar.
- 4 De voorlopige vaststelling van de ex post vereveningsbijdrage. Deze berust op een voorlopige vaststelling van de gerealiseerde kosten en de definitieve verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk. Een half jaar na het verstrijken van het betreffende jaar kan bij benadering de omvang van de gerealiseerde kosten vastgesteld worden. De voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage is gecorrigeerd voor de diverse ex post compensatiemechanismen. In de voorlopige vereveningsbijdrage wordt ook de volledige verzekerdenaantal (gebaseerd op alle verzekerdenkenmerken) verwerkt. De voorlopige afrekening over het jaar 2007 vindt plaats vóór 1 augustus 2008. De voorlopige vaststelling heeft de status van een beschikking.
- 5 De definitieve vaststelling van de ex post vereveningsbijdrage. Deze is gebaseerd op de definitieve omvang van de gerealiseerde kosten en op de HKV-opgave van zorgverzekeraars. De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage houdt rekening met alle ex post compensatiemechanismen. De definitieve afrekening over het jaar 2007 vindt plaats vóór 1 augustus 2009. Deze definitieve afrekening heeft opnieuw de status van een beschikking.

Het verschil tussen eerder toegekende bijdragen en de herziene bijdragen wordt, vermeerderd met rentekosten, of uitgekeerd of teruggevorderd door het CVZ. Ook heeft het CVZ de mogelijkheid om het verschil te verrekenen met de toekenning van de vereveningsbijdrage over een komend jaar.

Bij de bevoorschotting wordt de ex ante vereveningsbijdrage gebaseerd op normbedragen die ongecorrigeerd zijn voor HKV. Deze normbedragen sluiten aan bij de echte kosten. De uiteindelijke afrekening vindt echter plaats met normbedragen die voor HKV zijn gecorrigeerd. Zonder die correctie bestaat het risico dat verzekerden met FKG's of DKG's worden overgecompenseerd door de samenloop van FKG's, DKG's en HKV. Deze verzekerden hebben hoge verwachte en gerealiseerde kosten, die ook voor een deel in de HKV worden ingebracht. Voor deze verzekerden zou een zorgverzekeraar in dat geval een hoge normuitkering ontvangen en hoge

uitkering uit de HKV-pool. Het CVZ en de zorgverzekeraars weten ex ante niet precies welke verzekerden worden ingebracht in de HKV. Als het CVZ de voor HKV gecorrigeerde (lagere) normbedragen bij de bevoorschotting zou hanteren, zou een financieringsprobleem bij de zorgverzekeraars ontstaan. Zij moeten immers ook de zorgkosten boven de HKV-drempel financieren. Om de zorgverzekeraars ex ante te kunnen bevoorschotten, hanteert het CVZ daarom in eerste instantie normbedragen die niet voor HKV zijn gecorrigeerd.

6.2.2 Vaststelling ex ante en herziene ex ante vereveningsbijdrage

Het CVZ gaat als volgt te werk bij de vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage en de herziening van de ex ante vereveningsbijdrage (de verzekerdenaantalcalculatie):

- 1 Het CVZ berekent op basis van de normbedragen (ongecorrigeerd voor HKV), en het aantal verzekerden per vereveningskenmerk de kostenraming per zorgverzekeraar. Normbedragen hebben betrekking op 'variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp' en 'kosten van overige prestaties' (zie paragraaf 3.7). Alleen voor deze twee typen kosten vindt ex ante risicoverevening plaats. De bijdrage voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg wordt bepaald op basis van historische kosten.
- 2 Het CVZ berekent hoeveel inkomsten een zorgverzekeraar heeft op basis van de rekenpremie en het aantal verzekerden. Het ministerie van VWS stelt de rekenpremie vast.³¹ Deze is in het algemeen niet gelijk aan de premie die een zorgverzekeraar van zijn verzekerden vraagt.
- 3 Het verschil tussen (1) en (2) is de ex ante vereveningsbijdrage die aan een zorgverzekeraar wordt toegekend. Hierbij opgeteld wordt een normatieve vergoeding van de no-claimteruggave.³²

6.2.3 Vaststelling voorlopige en definitieve ex post vereveningsbijdrage

Na afloop van het jaar wordt op basis van de werkelijk gemaakte kosten de vereveningsbijdrage twee keer herberekend: een keer voorlopig en een keer definitief. Definitieve informatie over de gerealiseerde kosten wordt

31 De rekenpremie is de door VWS geraamde nominale premie die verzekeraars zouden dienen te heffen ter dekking van de zorgkosten die niet worden vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds. De nominale premie die verzekeraars totaal berekenen bevat naast een zorgcomponent ook een deel ter dekking van onder andere beheerskosten en bedrijfsvoering.

32 De vereveningsbijdrage kan (in theorie) negatief zijn. In dat geval moet een verzekeraar betalen aan CVZ in plaats van andersom. Als een verzekeraar een negatieve ex ante vereveningsbijdrage moet betalen, betekent dit dat diens verzekerden een relatief zeer gunstig risicoprofiel hebben, waardoor de gemiddelde verwachte kosten lager zijn dan de rekenpremie.

over het algemeen met een aanzienlijke vertraging bekend. Een belangrijke oorzaak daarvan is de wijze waarop DBC's verantwoord worden. De datum waarop de DBC geopend wordt, bepaalt het jaar waaraan de DBC wordt toegeschreven. De DBC's hebben echter een maximale doorlooptijd van een jaar. Verder moet eerst het boekingsjaar worden afgesloten, en de (geconsolideerde) jaarrekening met de accountantsverklaringen worden doorgestuurd naar de Nederlandse Zorgautoriteit en naar het CVZ. Op de gerealiseerde kosten worden macro-nacalculatie, HKV, generieke verevening en nacalculatie toegepast. Het CVZ gaat daarbij als volgt te werk:

- 1 Het CVZ past indien relevant eerst macro-nacalculatie toe op de berekende normbedragen.
- 2 Het CVZ combineert per zorgverzekeraar de gerealiseerde aantallen verzekerden met de normbedragen.
- 3 De kosten die ten laste komen voor HKV worden gepoold. De kosten van de HKV-pool bedragen een zeker percentage van het macro-prestatiebedrag (het totaal begrote bedrag aan zorgkosten).
- 4 Het percentage berekend in (3) wordt in mindering gebracht op het bedrag berekend in (2).
- 5 De bijdrage van de zorgverzekeraar uit de HKV-pool wordt opgeteld bij het bedrag berekend in (2).
- 6 Op het bedrag berekend in (5) wordt generieke verevening, nacalculatie en het vangnet toegepast.
- 7 Van het bedrag berekend in (6) worden de (herberekende) opbrengsten gebaseerd op de rekenpremie afgetrokken. Het bedrag dat overblijft, is de ex post vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar ontvangt.

Min of meer los van het risicovereveningsmodel vindt de normering van de no-claimteruggaveregeling plaats, waarbij ex post voor elke zorgverzekeraar de normbedragen worden gecombineerd met de aantallen verzekerden. Als het resultaat boven een bepaald bedrag uitkomt, dan kan de zorgverzekeraar het verschil tegemoet zien, terwijl hij in het tegenovergestelde geval moet betalen. Zoals eerder opgemerkt worden de vaste kosten van ziekenhuiszorg voor 100% nagecalculeerd.

6.3 Gegevens voor de uitvoering

Het CVZ beheert een administratie voor de berekening van de vereveningsbijdrage. Voorafgaande aan de bepaling van de ex ante en ex post bijdrage vraagt het CVZ een aantal gegevens op bij de zorgverzekeraars.

Dit zijn het vanwege privacyoverwegingen versleutelde burgerservice-nummer (voormalige sociaal-fiscaal nummer), geboortedatum, geslacht, medicijnvoorschriften voor FKG's, gegevens over DKG's, en de viercijferige postcode. De zorgverzekeraars dienen deze gegevens tijdig bij het CVZ aan te leveren. Van het UWV en de Belastingdienst ontvangt het CVZ gegevens om de aard van het inkomen te bepalen.

Naast deze administratie houdt het CVZ ook een administratie bij om te controleren of verzekerden niet bij meer zorgverzekeraars verzekerd zijn. In deze administratie is voor iedere verzekerde het versleuteld burgerservicenummer, de zorgverzekeraar en de ingangs- en einddatum van de verzekering opgenomen. Als een verzekerde staat ingeschreven bij verschillende zorgverzekeraars, dan verdeelt het CVZ de vereveningsbijdrage evenredig over de betrokken zorgverzekeraars. Het CVZ meldt de dubbele inschrijving aan de zorgverzekeraars, zodat de zorgverzekeraars onderling eventuele betaalde ziektekosten op elkaar kunnen verhalen.

6.4 Privacy

Om de vereveningsbijdrage voor een zorgverzekeraar te kunnen bepalen, is informatie over het aantal verzekerden en de verzekerdenkenmerken van individuele verzekerden nodig. Deze informatie is privacygevoelig.

6.4.1 De uitvoering van de risicoverevening

Op basis van artikel 35 van de Zorgverzekeringswet mag het CVZ bij de uitvoering van de risicoverevening gebruik maken van persoonsgegevens. Daarbij is VWS wel verplicht om in de Regeling zorgverzekering aan te geven om welke persoonsgegevens het gaat. Het betreft hier een tijdelijke situatie. Met gebruikmaking van Privacy Enhancing Technologies zal er voor gezorgd worden dat het CVZ de risicoverevening zonder persoonsgegevens kan uitvoeren. Oorspronkelijk stond de datum hiervoor gepland op 1 juli 2006. Die is verschoven naar 1 juli 2007. De Privacy Enhancing Technology die gebruikt zal worden is een zogenoemde pseudonimisatie. Hierbij krijgt elk individu op basis van zijn bsn-nummer een pseudo-identiteit toegekend. Via deze pseudo-identiteiten is het mogelijk om gegevens uit verschillende bronnen aan eenzelfde persoon te koppelen, zonder dat over de 'echte' identiteit van de betreffende persoon wordt beschikt. Door deze methode toe te passen wordt het CVZ in staat gesteld de risicoverevening zonder gebruik van persoonsgegevens uit te voeren. Om te voorkomen dat de gebruikte pseudo-identiteiten weer teruggekoppeld kunnen worden naar de oorspronkelijke personen, wordt een

speciale techniek ('dubbele versleuteling') gebruikt. Om dubbele versleuteling goed te kunnen uitvoeren is het noodzakelijk dat gewerkt wordt met een 'te vertrouwen derde partij' (trusted third party, afgekort als TTP).

6.4.2 Onderzoek naar de verbetering van het risicovereveningsmodel

Bij onderzoek naar de verbetering van het risicovereveningsmodel maken onderzoeksbureaus ook gebruik van individuele gegevens. Ook hier is het privacyvraagstuk aan de orde. Al sinds enige tijd wordt daarbij gebruik gemaakt van pseudo-identiteiten. De pseudo-identiteiten die met behulp van een TTP worden aangemaakt, zijn voor het CVZ en de onderzoeksbureaus niet gelijk. Dit zou immers de kans op het achterhalen van de werkelijke identiteit van de pseudo-identiteit doen toenemen. Met behulp van de TTP is het wel mogelijk dat versleutelde CVZ-gegevens een zodanige (derde) versleuteling ondergaan dat de onderzoeksbureaus deze voor hun onderzoek kunnen gebruiken.

7

Juridische aspecten

7.1 Inleiding

Het risicovereveningssysteem is juridisch vastgelegd. Het juridisch kader draagt bij aan de rechtszekerheid van de zorgverzekeraars. Een aantal artikelen van de Zorgverzekeringswet is gewijd aan het risicovereveningssysteem. Nadere uitwerking hiervan is gegeven in het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekeringen, waarvan de laatste regelmatig wijzigt. De Nederlandse wetgeving moet in overeenstemming zijn met Europese juridische verdragen. Ook de solvabiliteit van zorgverzekeraars (het vermogen dat zorgverzekeraars moeten aanhouden om aan hun betalingsverplichtingen te kunnen voldoen) wordt mede bepaald door Europese regels. De hoogte van de minimale solvabiliteits eis wordt in sterke mate bepaald door het risicovereveningssysteem. Verder is een klachten- en bezwaarprocedure ingericht voor het geval dat een zorgverzekeraar bezwaar maakt tegen de vaststelling van de vereveningsbijdrage door het CVZ.

7.2 Juridisch kader

7.2.1 Inleiding

De contouren van het risicovereveningssysteem zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (artikel 32 tot en met 36). Een nadere invulling is vastgelegd in het Besluit Zorgverzekering. De Regeling Zorgverzekeringen is een nog gedetailleerdere uitwerking van de Zorgverzekeringswet en het Besluit. De drie documenten kennen dezelfde opbouw. In deze paragraaf bespreken wij op hoofdlijnen het Besluit en de Regeling. Aansluitend behandelen wij de Beleidsregels van het CVZ.

7.2.2 Besluit Zorgverzekering

Hoofdstuk 1 van het Besluit bevat de definities. In hoofdstuk 2 zijn in de eerste paragraaf de zorg en diensten geregeld waarop een verzekerde aanspraak kan maken. De omschrijving van de zorg en diensten is functiegericht, wat inhoudt dat bij wettelijk voorschrift alleen de inhoud van de zorg beschreven wordt en wanneer er aanspraak bestaat (de indicatie-

gebieden). Wie de zorg verleent en waar die zorg verleend wordt, is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, die een zorgovereenkomst aangaat met een verzekerde. Op deze manier wordt directe overheidsregulering verminderd, en krijgen betrokken partijen meer keuzemogelijkheden en beslissingsruimte. In paragraaf 2 van hoofdstuk 2 worden regelingen rond het eigen risico gespecificeerd. Paragraaf 3 van hetzelfde hoofdstuk heeft betrekking op de no-claimteruggaveregeling. Daarin wordt geregeld welke zorg en diensten uitgezonderd zijn van de no-claimteruggaveregeling (verloskunde, kraamzorg en huisartsenzorg), en wanneer de no-claimteruggaaf wordt uitgekeerd. Hoofdstuk 3 van het Besluit bevat regelingen over de risicoverevening. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen komt aan de orde. Aan de vereveningskenmerken worden normbedragen toegekend voor de deelbedragen overige prestaties en variabele kosten van ziekenhuiszorg. Verder wordt de vereveningsbijdrage bepaald als de kostenraming per verzekeraar minus de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie minus de geraamde gemiddelde no-claimteruggave. Ook bevat dit hoofdstuk regelingen over de toepassing van de ex post compensaties. In hoofdstuk 4 zijn slotbepalingen opgenomen, waarin onder andere geregeld is voor wie de verplichting geldt om zich te (laten) verzekeren.

7.2.3 Regeling Zorgverzekeringen

De Regeling Zorgverzekeringen bevat gedetailleerdere regels voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. De Regeling wordt jaarlijks voor oktober vastgesteld. Een aantal maanden voorafgaand aan het jaar waarop de verevening betrekking heeft worden de 'spelregels' vastgelegd. Hoofdstuk 1 van de Regeling bevat definities. In hoofdstuk 2 wordt in detail invulling gegeven aan medicijnen, hulpmiddelen en diensten waarop de verzekerde aanspraak kan maken, en de hoogte van de declarabele bedragen. Hoofdstuk 3 legt vast wat de hoogte is van het totale macro-prestatiebedrag dat jaarlijks verdeeld wordt over zorgverzekeraars, en de hoogte van de onderscheiden macro-deelbedragen.

Het totale bedrag dat verevend wordt is afgeleid van de begroting van de zorguitgaven, en verschilt (vanzelfsprekend) van jaar op jaar. De jaarlijkse vaststelling van de normbedragen is noodzakelijk, omdat de verdeling van de kosten over verschillende groepen van verzekerden in de loop van de tijd kan veranderen; bijvoorbeeld door pakketwijzigingen, veranderingen in de bekostigingssystematiek van het zorgaanbod of veranderingen in behandelmethoden. Met deze veranderende kostenpatronen kan bij een jaarlijkse aanpassing rekening worden gehouden.

De Regeling bepaalt ook de vaststelling van het aantal en de aard van de klassen per vereveningskenmerk (bijvoorbeeld het aantal verschillende FKG's). Ook de exacte informatie over de omvang van de inzet van ex post compensatiemechanismen staat vermeld in de Regeling, zoals het percentage van het verschil tussen gerealiseerde kosten en de vereveningsbijdrage dat wordt nagecalculeerd. Tevens bepaalt de Regeling dat zorgverzekeraars persoonsgegevens verstrekken aan het CVZ over FKG's (medicijnvoorschriften), DKG's (DBC's) en overige persoonsgegevens (zoals de postcode voor het bepalen van het vereveningskenmerk regio). Een appendix van de Regeling bevat onder andere de normbedragen.

7.2.4 Beleidsregels van het CVZ

Van belang is dat zorgverzekeraars tijdig inzicht hebben in de bijdrage die zij mogen verwachten uit het Zorgverzekeringsfonds. Met het oog op de premievaststelling is daarom in de Zorgverzekeringswet bepaald dat de jaarlijkse ministeriële Regeling vóór 1 oktober aangeeft hoe hoog het macro-prestatiebedrag is (het bedrag dat ten behoeve van het daaropvolgende kalenderjaar in totaal wordt toegekend) en welke normbedragen hierbij worden gehanteerd. De wijze waarop deze middelen worden toegekend, is vastgelegd in de Beleidsregels van het CVZ.

De Beleidsregels bepalen onder andere de precieze wijze waarop de vereveningsbijdrage wordt berekend, gegeven het geraamde aantal verzekeren en de normbedragen. Ook bevatten de Beleidsregels bepalingen voor het vaststellen van de voorlopige vereveningsbijdrage en de definitieve vereveningsbijdrage. De Beleidsregels die de toedeling van deze middelen nader vastleggen zijn vervolgens vóór 15 oktober beschikbaar, en vóór 1 november wordt bekendgemaakt welke bijdrage elke zorgverzekeraar ontvangt voor het volgende kalenderjaar, gegeven de geraamde verzekerdenaantallen en de normbedragen per vereveningskenmerk. De Beleidsregels bevatten tevens een uitbetalingsschema en regelingen over rentepercentages die het CVZ en een zorgverzekeraar over en weer verschuldigd (kunnen) zijn. De Beleidsregels van het CVZ moeten worden goedgekeurd door de minister van VWS.

7.3 Bezwaar, beroep en klachten

Het CVZ bepaalt verscheidene malen de hoogte van de vereveningsbijdrage, op basis van aangepaste gegevens over verzekerdenaantallen en kosten. De rechtsbescherming tegen deze beschikkingen van het CVZ is

geregeld in de Zorgverzekeringswet (artikel 116). Als een zorgverzekeraar het niet eens is met het besluit van het CVZ over de uitvoering van de Regeling Zorgverzekeringen, kan hij bezwaar aantekenen bij het CVZ (conform de Algemene Wet Bestuursrecht afdeling 6:2, artikel 6:4). Als het CVZ het bezwaar afwijst, kan de zorgverzekeraar in beroep gaan bij de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Dit is de hoogste algemene bestuursrechter van Nederland.

De Algemene Wet Bestuursrecht regelt ook een klachtenprocedure. Als een zorgverzekeraar, verzekerde of een andere partij een klacht heeft over het overheidshandelen kan die worden ingediend bij de betreffende overheidsinstantie. Klachten betreffen het uitvoeren of toepassen van wetten, regels en bestuurlijke procedures of de gedragingen van de overheid of de overheidsinstantie, niet de inhoud van de wet zelf. Als de klager het niet eens is met de uitkomst, en er staat geen bezwaar of beroep open bij de overheidsinstantie, kan hij of zij een verzoekschrift indienen bij de Nationale ombudsman.

7.4 Notificatie Europese verdragen

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet onderkende de regering dat twee voorgenomen financiële maatregelen in Europeesrechtelijk opzicht mogelijk als verboden steunmaatregelen van de staat konden worden gezien. Dit betrof ten eerste het behoud van wettelijke reserves van ziekenfondsen bij de start van de Zorgverzekeringswet. Ziekenfondsen hadden reserves opgebouwd in het publieke stelsel en mochten deze meenemen in het nieuwe zorgstelsel, zodat zij beter konden concurreren met de van oorsprong particuliere zorgverzekeraars. De tweede maatregel betrof het functioneren van het risicovereveningssysteem voor alle verzekerden. Via het risicovereveningssysteem worden zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met een hoog risico op zorgkosten financieel gecompenseerd. Was er sprake van verkapte steun van de Nederlandse staat aan zorgverzekeraars? In november 2004 notificeerde de regering beide voorgenomen maatregelen bij de Europese Commissie op grond van artikel 88 van het EG-verdrag. De regering nam hierbij het standpunt in dat beide maatregelen niet onder het Europese verbodsregime van staatssteun vallen.

Op 3 mei 2005 deed Europese Commissie uitspraak. De Commissie gaf aan dat wat betreft het risicovereveningssysteem er sprake is van gerechtvaardigde staatssteun op grond van 86 lid 2 van het EG-verdrag. De Commissie

achte deze maatregel noodzakelijk en proportioneel voor het adequaat functioneren van het nieuwe, marktgerichte zorgverzekeringsstelsel. De Commissie achtte eveneens het behoud van de wettelijke reserves een aanvaardbare steunmaatregel op grond van artikel 87 lid 3, omdat de voormalig ziekenfondsen deze middelen nodig hebben om te voldoen aan de solvabiliteitsvereisten die gelden in de Zorgverzekeringswet. De volgende paragraaf gaat hierop in.

7.5 Solvabiliteit

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht aan bepaalde solvabiliteitsvereisten te voldoen en een financiële reserve aan te houden. Solvabiliteit is het vermogen van een zorgverzekeraar om zijn verzekeringsverplichtingen na te komen. Het is noodzakelijk dat de zorgverzekeraar een reserve aanhoudt waarop hij kan interen, zodat hij altijd de zorgkosten van verzekerden kan betalen, ook als die onverwacht hoog zijn. De Nederlandsche Bank houdt toezicht op de financiële positie van de zorgverzekeraars.

Vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zorgverzekeringswet zijn de eisen op het gebied van de minimaal vereiste solvabiliteit uit de Europese richtlijnen van toepassing. De Europese richtlijnen maken onderscheid tussen een nominale solvabiliteitsmarge (van 2 miljoen euro) en een variabele solvabiliteitsmarge. De hoogste van de twee is bepalend voor de daadwerkelijke eis. De variabele solvabiliteitsmarge is gerelateerd aan de omvang van de schade en de premies. In het geval van zorgverzekeraars is de omvang van de schade bepalend. De solvabiliteitsmarge komt neer op 26% van de gemiddeld geboekte bruto-schades in de afgelopen drie boekjaren en van de gemiddelde toevoeging aan de schadevoorziening in deze jaren tot 35 miljoen euro. Voor geboekte schade boven de 35 miljoen euro geldt een solvabiliteitsmarge van 23%. In het algemeen komt dit neer op een solvabiliteitsmarge van circa 24% van de gemiddeld geboekte schade in de afgelopen drie jaar.

De Nederlandse regering is van mening dat de verplichte solvabiliteitsmarge van zorgverzekeraars lager kan liggen dan de wettelijk verplichte marges die in eerste instantie door de Europese richtlijnen zijn vastgesteld. De richtlijnen bieden hier ook ruimte voor. Op grond van artikel 16bis, zesde lid, van de eerste richtlijn schadeverzekering, is een verlaging van de solvabiliteitsmarge met tweederde mogelijk als de zorgverzekering wordt beheerd als een levensverzekering.

Om hieraan te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de geheven premie volgens actuariële (verzekeringswiskundige) methoden wordt berekend. Deze eis is gerelateerd aan het idee dat de zorgverzekering als een levensverzekering moet kunnen worden beheerd en dat de kenmerkende schadeverzekeringstechnische risico's via de premieberekening al zijn verevend. Dit is in de Zorgverzekeringswet het geval, omdat de risicoverevening ervoor zorgt dat alle statistische risico's volgens econometrische methoden worden verevend.

Een levensverzekering heeft als eigenschap dat hij niet opzegbaar is door de zorgverzekeraar vanwege risico's verbonden aan bijvoorbeeld ouderdom. Om de zorgverzekering te kunnen beheren als een levensverzekering, moet daarom bovendien een actuariel berekende ouderdomsvoorziening worden gevormd. Ook aan deze eis wordt voldaan. Het risicovereveningssysteem corrigeert immers volledig voor leeftijd en geslacht, zodat een zorgverzekeraar geen voorziening hoeft te hebben voor vergrijzing. Gegeven de rekenpremie is de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraar vanuit het Zorgverzekeringsfonds voldoende om bij elke leeftijdssamenstelling de zorgkosten te vergoeden. Uit de nominale premie die zorgverzekeraars vragen, hoeft dus geen voorziening voor vergrijzingseffecten te worden gevormd.

Daarom is de Nederlandse regering van mening dat de zorgverzekering wordt beheerd als een levensverzekering en daarmee aan de voorwaarden voldoet om tot tweederde vermindering van de solvabiliteitseis te komen. De minimaal vereiste solvabiliteitsmarge bedraagt voor zorgverzekeraars dus ongeveer 8% van de gemiddelde geboekte schaden in de afgelopen drie jaar. Deze solvabiliteitseisen hebben alleen betrekking op de schade onder de zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering). Alleen voor de activiteiten voor die zorgverzekering geldt het risicovereveningssysteem, waardoor een zorgverzekeraar lagere risico's loopt. Voor aanvullende verzekeringen met de pure schaderisico's voor een zorgverzekeraar gelden daarom hogere eisen conform de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen.

8

Verdere ontwikkelingen

8.1 Inleiding

Het Nederlandse vereveningssysteem is goed, maar nog niet goed genoeg. Daarom wordt regelmatig onderzoek verricht om knelpunten te signaleren en om verbeteringen door te voeren. Een deel van het onderzoek is gericht op de verbetering van de vereveningskenmerken. Verder is het ministerie van VWS van plan de betekenis van ex post compensaties zo veel mogelijk te beperken. Een alternatieve compensatiemethode is hogericoverevening, waarbij zorgverzekeraars van tevoren een aantal verzekerden kunnen aanwijzen waarvan de zorgkosten ten dele of volledig vergoed worden. Onderzoek moet uitwijzen of deze compensatiemethode zinvol is en of op objectieve wijze kan worden bepaald welke verzekerden ten laste van hogericoverevening kunnen worden gebracht.

Daarnaast is het zorgstelsel aan veranderingen onderhevig. De overheid is voornemens delen van de AWBZ (de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Dit heeft consequenties voor de risicoverevening. Bij een overheveling moet risicoverevening worden toegepast op een nieuwe deelsector van de zorg (bijvoorbeeld de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg). Onderzoek moet uitwijzen in hoeverre en op welke wijze risicoverevening in de nieuwe deelsectoren mogelijk is.

8.2 Onderzoek naar vereveningskenmerken

8.2.1 Indicator voor sociaal-economische status

Er bestaat een wisselwerking tussen sociaal-economische status (SES; bepaald door inkomen, opleidingsniveau en beroep) en gezondheid. Mensen met een hogere SES hebben gemiddeld genomen een betere gezondheid dan mensen met een lagere SES. In het risicovereveningsmodel 2007 wordt indirect rekening gehouden met verschillen in SES door de vereveningskenmerken aard van het inkomen en regio. De resultaten voor 2006 en 2007 laten echter zien dat er grote resultaatverschillen bestaan tussen voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden. Daarom is het denkbaar dat het huidige risicovereve-

ningsmodel nog onvoldoende rekening houdt met de verschillen in SES tussen de voormalig particulier en voormalig ziekenfondsverzekerden.

In 2006 is voor het eerst onderzoek gedaan naar de mogelijke meerwaarde van een SES-indicator in de risicoverevening. Uit dit vooronderzoek kwam naar voren dat de gehanteerde SES-indicatoren uit het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS maar in beperkte mate de kloof tussen de ziekenfondsverzekerden en overige verzekerden kunnen overbruggen. Het is mogelijk om de SES-indicator verfijnder en uitgebreider te operationaliseren dan tot nu is geschied. Daarom is recent een uitgebreider vervolgonderzoek uitgevoerd naar de meerwaarde van een SES-indicator in het risicovereveningsmodel, waarbij gebruik is gemaakt van inkomensinformatie van de Belastingdienst (Van Vliet et al. 2007). De onderzoeksresultaten geven aan dat het mogelijk is om een gedetailleerde SES-indicator in het risicovereveningsmodel te operationaliseren. Voordat tot invoering wordt besloten, moet onder meer de stabiliteit van het alternatieve risicovereveningsmodel worden getoetst. Dit komt in een vervolgonderzoek in 2007 aan de orde.

8.2.2 Hulpmiddelenkostengroepen en fysiotherapie

Mensen met chronische aandoeningen hebben gemiddeld hoge zorgkosten. De vereveningskenmerken FKG en DKG sporen een deel van de chronische aandoeningen op. De kosten van zeldzame aandoeningen worden echter nauwelijks verevend omdat de groepen te klein zijn. Er zijn zo'n 8.000 verschillende chronische aandoeningen, waar naar schatting in Nederland één miljoen mensen aan lijden. In de Tweede Kamer werd in 2004 een motie ingediend om de zeldzame, kostbare aandoeningen mee te nemen in het risicovereveningsmodel (Motie Omtzigt/Bakker, 15 december 2004, Tweede Kamer 29763 nr. 52). De achterliggende gedachte is dat door de toevoeging van zeldzame aandoeningen aan de vereveningssystematiek wordt voorkomen dat zorgverzekeraars verzekerden met zeldzame aandoeningen als onaantrekkelijke klanten beschouwen. Deze problematiek wordt urgenter naarmate de ex post compensaties verder worden afgebouwd.

In 2005 en 2006 is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om FKG's of DKG's uit te breiden met een aantal zeldzame aandoeningen. Daaruit bleek dat zeldzame aandoeningen niet op te sporen zijn via DKG's. Dit vereveningskenmerk maakt gebruik maken van de ICD-codes van ontslagdiagnoses van ziekenhuizen en/of van DBC's. In beide gevallen is informatie over zeldzame aandoeningen vrijwel niet voorhanden. Dan rest de FKG-route. Voorwaarde voor het kunnen indelen van een

zeldzame aandoening in de FKG-systematiek is dat sprake moet zijn van een specifieke medicamenteuze behandeling, met extramuraal verstrekte medicijnen, omdat alleen dan de aandoening te traceren is via medicijngebruik. Voor weinig zeldzame aandoeningen bestaat echter specifiek geneesmiddelengebruik (slechts in circa 2% van de gevallen). Veelal is de behandeling van de patiënten gericht op bestrijding van de symptomen in plaats van bestrijding van de ziekte. Deze patiënten krijgen aspecifieke medicatie voorgeschreven, die voor een hele reeks van aandoeningen dezelfde is. Verder is de prevalentie van een aantal aandoeningen zo laag dat op basis daarvan geen goede schatting van gemiddelde vervolgcosten gemaakt kan worden. Zeldzame aandoeningen kunnen daarom niet goed worden opgespoord via FKG's.

Mensen met zeldzame, chronische aandoeningen hebben wel vaak kosten voor hulpmiddelen en fysiotherapie, wegens de hoge prevalentie van functionele beperkingen. Een alternatieve route is daarom het ontwikkelen van een vereveningskenmerk dat chronisch gebruik van hulpmiddelen en/of fysiotherapie opspoorde. Hulpmiddelen kunnen op basis van kostenhomogeniteit geclusterd worden in een aantal groepen (op dezelfde manier als DKG's). Uit eerste onderzoeken blijkt dat de toevoeging van hulpmiddelenkostengroepen aan het risicovereveningsmodel de kwaliteit van de voorspellingen van de zorgkosten substantieel verbetert. Een groep van ruim 6% van de verzekerden komt door hulpmiddelenkostengroepen in aanmerking voor een hogere normbijdrage. Hiermee wordt ongeveer 1 miljard euro aan voorspelbare tekorten weggenomen. Naar schatting wordt een derde tot de helft van de tekorten op verzekerden met zeldzame aandoeningen opgevangen.

Aan de hand van relevante verwijsdiagnoses zou ook het gebruik van fysiotherapie als vereveningskenmerk kunnen worden opgenomen. Uit eerste onderzoeken blijkt dat ook het gebruik van fysiotherapie een voorspellende waarde heeft voor toekomstige ziektekosten. De kwaliteit van de voorspellingen van het risicovereveningsmodel verbetert door de toevoeging van fysiotherapiegebruik, zij het in mindere mate dan hulpmiddelenkostengroepen. Een groep van 1,6% van de verzekerden komt in aanmerking voor een hogere normbijdrage. Hiermee wordt ongeveer 0,5 miljard euro aan voorspelbare tekorten weggenomen. De toevoeging van fysiotherapiegebruik compenseert echter nauwelijks voor de hogere zorgkosten van mensen met zeldzame aandoeningen.

De resultaten van deze eerste onderzoeken suggereren dus dat uitbreiding van het risicovereveningsmodel met een of meerdere vereveningskenmerken gebaseerd op het gebruik van hulpmiddelen of fysiotherapie zinvol zou kunnen zijn. In 2007 en 2008 vindt vervolgonderzoek plaats naar dit mogelijke nieuwe vereveningskenmerk.

8.3 Hogerisicoverevening

De betekenis van de ex post compensatiemechanismen wordt de komende jaren verminderd (details zijn te lezen in de brief aan de Tweede Kamer, Herziening zorgstelsel, nr.129). De regering is van plan generieke verevening in 2008 volledig af te schaffen, en de bandbreedteregeling in 2009. Nacalculatie wordt de komende jaren nog gehandhaafd, vanwege veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Naar verwachting wordt nacalculatie pas na 2010 afgebouwd. De afbouw van ex post compensaties betekent dat het financieel risico voor zorgverzekeraars toeneemt en dat zij bij eventuele onvolkomenheden in het risicovereveningsmodel meer prikkels krijgen tot risicoselectie.

Een alternatieve, ex ante methode om zorgverzekeraars te compenseren voor verzekerden met hoge kosten, is de hogerisicoverevening (HRV). Deze methode houdt in dat zorgverzekeraars bij het Zorgverzekeringsfonds een klein percentage van hun verzekerden voorafgaand aan de vereveningsperiode (van bijvoorbeeld elk jaar) kunnen aanmelden. Na afloop van de vereveningsperiode krijgen zorgverzekeraars de kosten van de aangemelde verzekerden volledig of gedeeltelijk vergoed. Vanwege het vooraf aanmelden van de verzekerden is HRV een ex ante verevening van risico's. Zorgverzekeraars melden uiteraard de 'brandende huizen' aan: verzekerden die naar verwachting hoge kosten maken waarvoor zorgverzekeraars onvoldoende worden gecompenseerd in het risicovereveningsmodel. Vooral zorgverzekeraars met veel chronisch zieken in hun portefeuille, kunnen baat hebben bij HRV als het huidige risicovereveningsmodel op dit punt tekortschiet.

Er zitten echter de nodige haken en ogen aan HRV. Gegeven het feit dat risicoprofielen van zorgverzekeraars sterk verschillen, is het lastig om een percentage van de in te brengen verzekerden objectief te bepalen, zodat dit voor alle partijen eerlijk is. In verder onderzoek zal dan ook worden gekeken naar een haalbare en praktisch uitvoerbare operationalisering van HRV.

8.4 Overheveling van sectoren uit de AWBZ

8.4.1 Inleiding

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verzekering voor bijzondere zorg, zoals langdurige verpleging, thuiszorg of psychiatrische behandeling. De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de private zorgverzekeringen vallen. De AWBZ is een volksverzekering: iedereen die in Nederland woont of werkt, is in principe verzekerd. De uitgaven in de AWBZ zijn de laatste jaren sterk toegenomen. Het kabinet heeft onder andere daarom maatregelen genomen om deze groei te beheersen. De AWBZ wordt daarbij teruggebracht tot de kern: alleen de onverzekerbare zorg (zoals langdurige opname in een instelling) en een aantal echte zorgfuncties die bij mensen thuis worden geboden, worden straks nog via de AWBZ vergoed. Per 1 januari 2007 is het deel huishoudelijke verzorging overgebracht naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) – bestaande uit de extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ – wordt per 1 januari 2008 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Overheveling van delen van de AWBZ naar andere compartimenten leidt – door de introductie van financiële prikkels in de uitvoering – naar verwachting tot een grotere doelmatigheid (Goudriaan, Bartelings en Thio 2005).

8.4.2 Geneeskundige GGZ

De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet heeft consequenties voor de risicoverevening. Sinds 2005 wordt onderzoek verricht naar mogelijkheden voor risicoverevening in de geneeskundige GGZ. De opbouw van een bestand met gegevens voor de GGZ heeft veel voeten in de aarde gehad. Zowel de registraties van de GGZ-instellingen als de verzekerdenbestanden bij de verzekeraars waren onvolledig en moesten worden aangevuld met gegevens uit externe bronnen. Het verkregen analysebestand is weliswaar geschikt voor schattingen van de normbedragen van een uitgangsmodel, maar nog niet voor het verkrijgen van exacte maatstaven voor de verevenende werking. Om de kwaliteit van de gegevens te verbeteren, is het project Verantwoording 2006/2007 gestart. Aan dit project nemen GGZ-instellingen verplicht deel op grond van een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit. De uitvoerders van het project voeren controles uit op de gegevens die instellingen aanleveren. Hierdoor moet de betrouwbaarheid van de informatie toenemen. Naast dit project moeten er meer verbeteringen van het uitgangsmodel plaatsvinden om de verevenende werking van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ verder te optimaliseren.

Daarom wordt in 2007 verder onderzoek verricht op basis van de gegevens die beschikbaar komen via het project Verantwoording 2006/2007.

De vraag is welke vereveningskenmerken gebruikt moeten worden in de GGZ? Uit een eerste onderzoek bleek dat het haalbaar is de vereveningskenmerken leeftijd, geslacht en regio te gebruiken voor risicoverevening van de geneeskundige GGZ, maar dat een beperking van het risicovereveningsmodel tot alleen deze kenmerken tot ontoereikende resultaten leidt. In een vervolgonderzoek is aard van het inkomen als vereveningskenmerk voor het risicovereveningsmodel bekeken. Sociaal-economische verschillen hangen samen met psychische morbiditeit. Aard van het inkomen blijkt geschikt als vereveningskenmerk en laat de voorspelkracht van het model toenemen. Gezien het chronische karakter van zorggebruik in de geestelijke gezondheidszorg lijkt het opportuun ziekte-indicatoren dan wel indicatoren van GGZ-zorggebruik uit het verleden aan het risicovereveningsmodel toe te voegen als vereveningskenmerk. In 2006 heeft een vervolgonderzoek plaatsgevonden waarbij zeven GGZ-specifieke FKG's als vereveningskenmerk zijn opgenomen. De voorspelkracht van het risicovereveningsmodel verbetert op verzekerdenniveau door deze toevoeging licht. De relatief geringe invloed van de GGZ-specifieke FKG's heeft onder meer te maken met het feit dat (1) de GGZ-specifieke geneesmiddelen overwegend worden voorgeschreven door de huisartsen, die als eerste lijn van de GGZ fungeren, (2) de grote heterogeniteit van de diagnosecategorieën en (3) de relatief beperkte standaardisering en protocollering in de GGZ. Om de voorspelkracht van het risicovereveningsmodel naar het niveau van de somatische zorg te tillen, is het nodig om het GGZ-gebruik in het recente verleden als indicator voor psychische aandoeningen in het model op te nemen. Dat houdt verband met het chronische karakter van veel psychische aandoeningen.

Een complicatie bij de schatting van het model voor de geneeskundige GGZ vormt de scheve verdeling van de schades over de verzekerden en de zorgverzekeraars. Slechts een klein deel van de verzekerden, 4%, maakt in een kalenderjaar gebruik van de geneeskundige GGZ, terwijl binnen die groep gebruikers slechts een klein deel verantwoordelijk is voor het leeuwendeel van de kosten. Door het grote aantal verzekerden zonder GGZ-kosten bestaat het risico dat deze verzekerden toch ten onrechte een negatief of positief normbedrag krijgen toegewezen. Positieve normbedragen voor deze groep verzekerden gaan ten koste van groepen verzekerden met (een grote kans op) GGZ-gebruik. Als het model voor sommige niet-gebruikers van de geneeskundige GGZ positieve normbedragen

voorspelt, is de kans groot dat het model voor andere niet-gebruikers juist negatieve normbedragen oplevert. De reikwijdte van het scheveschade-probleem beperkt zich niet tot de geneeskundige GGZ. Ook andere onderdelen van de AWBZ die mogelijk op termijn worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet zullen dit probleem kennen.

De oplossing voor het probleem van de scheve schades is tot nu toe vooral gezocht in het vinden van scheef verdeelde en GGZ-specifieke morbiditeitskenmerken. Een alternatieve oplossing is mogelijk te vinden in het gebruik van een schattingsmethode die speciaal geschikt is voor scheve schadeverdelingen. Het nadeel van deze schattingsmethoden is vaak dat de resultaten praktisch niet altijd even toepasbaar zijn, bijvoorbeeld doordat het risicovereveningsmodel niet lineair in de vereveningskenmerken is. Een alternatief is de inzet van HKV in de geneeskundige GGZ. De resultaten op dit punt zijn bemoedigend.

8.5 Afsluitende opmerkingen

Het zorgstelsel is voortdurend in beweging. Het verzekerde pakket wordt regelmatig aangepast. Nieuwe medische en technologische ontwikkelingen zorgen voor doorbraken bij de behandeling van aandoeningen. De bevolkingssamenstelling verandert en nieuwe ziekten ontstaan. De risicoverevening in de Zorgverzekeringswet kan zich niet aan deze ontwikkelingen onttrekken. Dit vraagt niet alleen om een frequente actualisatie van de normbedragen voor de verschillende vereveningskenmerken, maar ook om een verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel.

Nederland mag dan naar internationale maatstaven een geavanceerd risicovereveningssysteem hebben, het systeem is nog niet af en heeft op een aantal punten nog een verbeterpotentieel; bijvoorbeeld door de toevoeging van de sociaal-economische status en hulpmiddelenkostengroepen aan het risicovereveningsmodel. Daarnaast worden op dit moment nog omvangrijke ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningsmodel toegepast. De beleidsmatig gewenste afbouw van deze compensatiemechanismen betekent dat hogere eisen aan de kwaliteit van het risicovereveningsmodel moeten worden gesteld.

Literatuur

Algemeen

Douven, R., 2004, *Risk Adjustment in the Netherlands. An analysis of insurers' health care expenditures*, Den Haag, CPB.

Kraan, W.G.M. van der, 2006, *Vraag naar vraagsturing*, Rotterdam, Erasmus Universiteit.

Besluit Zorgverzekering, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005, Den Haag.

Newhouse, J.P., 1996, Reimbursing health plans and health providers: Selection versus efficiency in production, *Journal of Economic Literature* 34, nr. 3, pp. 1236-1263.

Prinsze, F.J., W.P.M.M. van de Ven, D. de Bruijn, F.T. Schut, 2005, *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering: Van groot belang voor chronisch zieken*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOR 066).

Prinsze, F.J., W.P.M.M. van de Ven, D. de Bruijn, F.T. Schut, 2005b, *Monitor risicoselectie*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Ven, W.P.M.M. van de, en R.C.J.A. van Vliet, 1993, *Normuitkeringen: De achilleshiel van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering*, Kluwer, Deventer (1993).

Ven, W.P.M.M. van de, R.P. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics 1A*, Amsterdam: North-Holland, pp. 755-845.

Vliet, R.C.J.A. van, 2006, Free choice of health plan combined with risk-adjusted capitation payments: are switchers and new enrollees good risks? *Health Economics*, 15, pp. 763-774.

Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, R. Goudriaan en S.H. Meulenbelt, 2006, *Overall Toets risicovereveningsmodel 2007*, Den Haag, APE bv (WOR 230a).

Werkgroep Onderzoek Risicoverevening, 2006, *Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening per 1 januari 2007*, Den Haag (WOR 231).

DKG

Barneveld, E.M. van, C.B. Goebertus, E. de Ruigh, B. Scharp en J.S. Visser, 2005, *Diagnose Kosten Groepen afleiden op basis van DBC-informatie: een vooronderzoek*, Utrecht, Prismant (WOR 056).

Fletterman, E., 2002, *"Klinisch inhoudelijke" beoordeling van de groepering van LMR diagnoses in Diagnosegroepen en Diagnose Kosten Groepen*, Utrecht, Prismant (DKG clas 16).

Goudriaan, R. en V.Thio, 2003, *Regiocriterium en de invoering van Diagnosekosten-groepen*, Den Haag, APE bv (BOT 2003-10).

Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, 1996, *Diagnose-informatie van ziekenhuisopnamen in het verleden als verdeelkenmerk voor normuitkeringen*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Lamers, L.M., en R.C.J.A. van Vliet, 2002, *De classificatie van diagnoses in het Amerikaanse Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (DKG 5)

Paas, G.R.A., 2002, *De onbetrouwbaarheid van de LMR: effect op de indeling in ziektegroepen en Diagnose Kosten Groepen*, Utrecht, Prismant (DKG 44).

Prinsze, F.J. en R.C.J.A. van Vliet, 2004, *Health-based Risk Adjustment: Improving the Pharmacy-based Cost Group Model by Adding Diagnostic Cost Groups*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Visser, J.S., B. Sharp, C. Goebertus, L.J.R. Vandermeulen, E.M. Barneveld, 2005, *DKG's en DBC's, de overgang van ICD naar DBC*. Utrecht, Prismant (WOR 098).

Vliet, R.C.J.A. van, 2002, *Vervolgonderzoek DKG's voor het ZFW-verdeelmodel, gebaseerd op informatie over 2000 / 1999*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 468).

Vliet, R.C.J.A. van, F.J. Prinsze, 2003, *Eindrapportage: Onderhoud FKG's en nader vervolgonderzoek naar DKG's in het ZFW-verdeelmodel 2004*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 612).

Vliet, R.C.J.A. van, 2004, *Onderzoekingen voor het ZFW-verdeelmodel 2005: bundel deelrapportages*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 693).

Vliet, R.C.J.A. van, 2005, *Operationalisering DKG-criterium voor verzekerden van 11 (privaatrechtelijke) particuliere verzekeraars op basis van 2001-data*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOR 036).

Vliet, R.C.J.A. van, 2005, *Risicovereveningsmodel 2006 met DKG's aangepast aan DBC's*, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (BOT 2006-02).

Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel, 2002, *Overzicht raakvlakken invoering DBC's met ZFW-verstrekkingenbudgettering*, Den Haag (WOVM 481)

Westerdijk, M. en M. Ludwig, 2003, *Product specification by finding homogeneous groups of care episodes in hospital data*, Utrecht, Prismant (WG DBC 45).

Ex post compensatiemechanismen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006, *Brief aan de Tweede Kamer: Afbouw ex-post compensatie in het risicovereveningssysteem*, Den Haag (Z/F-2743245).

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007, *Brief aan de Tweede Kamer: Herziening zorgstelsel*, Den Haag (29689 nr. 129).

Vliet, R.C.J.A. van, 1999, *Alternatieve vormgevingen van het ZFW-verdeelmodel*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 290).

FKG

Clark, D.O., M. von Korff, K. Saunders, W.M. Baluch en G.E. Simon, 1995, A chronic disease score with empirically derived weights, *Medical Care*, 33, pp. 783-795.

Epstein, A.M. en E.J. Cumella, 1988, Capitation payments: using predictors of medical utilization to adjust rates, *Health Care Financing Review*, 10, pp. 51-69.

Giacomini, M., H.S. Luft en J.C. Robinson, 1995, Risk adjusting community rated health plan premiums: A survey of risk assessment literature and policy applications, *Annual Review of Public Health*, 16, pp. 401-430.

Lamers, L.M., 2001, *Morbiditeitsindicatoren voor het ZFW-verdeelmodel. De toegevoegde waarde van diagnose informatie van ziekenhuisopname voor het FKG verdeelmodel, een eerste verkenning*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 420).

Mokveld, P.J., R. ben Yerrou en W.I.J. de Boer, 2006, *Aanvullende FKG's geestelijke gezondheidszorg en zeldzame aandoeningen bij particulier verzekerden 2003*, Zeist, Vektis BV (WOR 233)

Vliet, R.C.J.A. van, 1999, *Alternatieve vormgevingen van het ZFW-verdeelmodel*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 290).

Vliet, R.C.J.A. van en L.M. Lamers, 1999, *Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden: een eerste verkenning op WOVM-data*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 284).

Vliet, R.C.J.A. van, en Lamers, L.M., 2000, *Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 318).

Vliet, R.C.J.A. van, en Lamers, L.M., 2000, *Eindrapportage voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden: tweede fase*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 370).

Vliet, R.C.J.A. van, 2004, *Onderzoeken voor het ZFW-verdeelmodel 2005: bundel deelrapportages*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 693).

Gegevens waarop modelschattingen zijn gebaseerd

Eisinger, R.E., en W.I.J. de Boer, 2006, *Vektis-onderzoeksrapportages Risicoverevening 2007*, Zeist, Vektis (WOR 233).

Paas, G.R.A. en K.C.W. Veenhuizen, 2002, *Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de LMR*, Utrecht, Prismant (DKG 44).

Werkgroep Transparant Onderhandelen met Ziekenhuizen, 2001, *Rapportage Werkgroep Transparant Onderhandelen met Ziekenhuizen*, Zeist (WOVM 442).

Geneeskundige GGZ en romp AWBZ

Barneveld, E.M. van, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven, 1994, *Meerjarige schade en "klassieke AWBZ"-verstrekkingen*, Rotterdam, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Ettner, S.L., R.G. Frank, T. Mark en M.W. Smith, 2000, Risk adjustment of capitation payments to behavioral health care carve-outs: How well do existing methodologies account for psychiatric disability, *Health Care Management Science* 3, nr. 2, blz. 159-169.

Goudriaan, R., S.H. Meulenbelt, V.Thio en R.S. Halbersma, 2005, *Ontwikkeling van een risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Een eerste verkenning*, Den Haag, APE bv (WOR 126).

Goudriaan, R., N. de Groot, S.H. Meulenbelt, M.M. van Asselt en V.Thio, 2006, *Actualisatie en uitbreiding van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ*, Den Haag: APE bv (WOR 248).

Goudriaan, R., H. Bartelings en V.Thio, 2005 *Risicoverevening in de romp AWBZ*, Den Haag: APE bv.

Kapur, K., A.Young en D. Murata, 2000, Risk adjustment for high utilizers of public mental health care, *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3, nr. 3, blz. 129-137.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006, Brief aan de Tweede Kamer: Invoering DBC-declaratie en uitvoering GGZ onder de Zvw, Den Haag (Z/M-2687795).

Pol, F. van de, 2005, Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, pp. 1095-1107.

Schut, F.T., S.A. van der Geest en M. Varkevisser, 2005, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?*, Rotterdam: iBMG.

Thio, V., S.H. Meulenbelt en R. Goudriaan, 2006, *Aard van het inkomen en de geneeskundige GGZ*, Den Haag, APE bv (WOR 194).

Ven, W.P.M.M. van de, 2005, *Second opinion "Risicoverevening AWBZ"*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Historie van de risicoverevening

Douven, R., 2004, *Risk Adjustment in The Netherlands. An analysis of insurers' health care expenditures*, Den Haag, CPB.

Dunning, A.J., 2001, De basisverzekering: voor elk wat wils? *NRC Handelsblad*, 25 januari.

Gerritse, R. en J.D. Poelert, 1991, *Middelen op maat, naar een verdeelstelsel voor uitkeringen aan zorgverzekeraars*, Den Haag, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven.

Goudriaan, R., H. de Groot, M.G. Lijesen, A.P.G. de Moor en P.H.J. Vrancken, 1994, *Stelselwijziging in de zorg(en)*, Den Haag, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001, *Vraag aan bod, Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Den Haag (27855, nr. 1).

Toetsingscommissie budgettering, 1997, *Verantwoord verdelen binnen smalle marges*, Houten: Zorgverzekeraars Nederland.

Ven, W.P.M.M. van de en H.J.M.I. Kemna, 1988, *Ziekenfondsbudgettering: Een eerste verkenning*, Rotterdam, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

ZiekenfondsRaad, 1998, *Achtergrondnotitie ziekenfondsbudgettering*, Amstelveen.

Zorgverzekeraars Nederland, 1997, *Budgettering Bestudeerd, Achtergrondstudies inzake de werking van het budgetverdeelmiddel verstrekkingen ziekenfondsverzekering*, Houten: Zorgverzekeraars Nederland.

Historische kosten

Goudriaan, R., 1999, *Historische kosten als verdeelcriterium in de ZFW*, Den Haag, Aarts & De Jong / SEO (WOVM 305).

Goudriaan, R. en P.Vemer, 2002, *De betekenis van historische kosten voor de budgettering van overige verstrekkingen*, Den Haag, APE bv (WOVM 523).

Notificatie Europese verdragen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005, *Brief aan de Tweede Kamer: Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet)*, Den Haag (KST-86613).

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003, *Brief aan de Tweede Kamer: Standaardverzekering voor curatieve zorg*, Den Haag (PTZ-2439879).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006b, *Ziektekostenverzekeringen in Nederland, het nieuwe zorgstelsel 2006*, Den Haag.

Privacy

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005b, *Brief aan de Tweede Kamer: Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en gedragscode*, Den Haag (DWJZ/SWW-2620674).

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006, *Brief aan de Tweede Kamer: Invoering DBC-declaratie en uitvoering GGZ onder de Zvw*, Den Haag (Z/M-2687795).

Afspraken met minister van VWS in kader van Zorgverzekering, 7 juni 2005, website CBP, www.cbp.nl.

Stichting Informatievoorziening Zorg, 2006, *Het gebruik van pseudo-identiteiten binnen de risicovereveningssystematiek*, Houten.

Regio

Goudriaan, R., 2001, *Objectieve onderbouwing van een regiocriterium in het ZFW-verdeelmodel*, Den Haag, APE bv (WOVM 464).

Goudriaan, R. en V.Thio, 2002b, *Regio-indeling en kenmerken van het zorgaanbod*, Den Haag, APE bv (WOVM 524).

Goudriaan, R. en V.Thio, 2002c, *Stabiliteit van het APE-regiocriterium*, Den Haag, APE bv (WOVM 510).

Goudriaan, R. en V.Thio, 2003, *Regiocriterium en de invoering van Diagnosekosten-groepen*, Den Haag, APE bv (BOT 2003-10).

Goudriaan, R. en V.Thio, 2004, *Grotestedenproblematiek en het regiocriterium*, Den Haag, APE bv (WOVM 671).

Goudriaan, R., R.S. Halbersma en V.Thio, 2005b, *Verbreiding van het regiocriterium, een eerste verkenning*, Den Haag, APE bv (WOR 083).

Vliet, R.C.J.A. van, 1998, *Verbetering Verdeelmodel Ziekenfondswet 1998: verfijnen regiocriterium*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM/RR-40).

Werkgroep Onderzoek Risicoverevening, 2006, *Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening per 1 januari 2007*, Den Haag (WOR 231).

Sociaal Economische Status

Goudriaan, R., en V.Thio, 2005, *Aard van het inkomen als vereveningskenmerk: Een kwalitatieve analyse*, Den Haag, Ape bv (WOR 126).

Sadiraj, K. en I. Groot, 2006, *Sociaal-economische status in vereveningsmodel zorgverzekeraars: Wat zijn de mogelijkheden*, Amsterdam, SEO (WOR 179).

Thio, V., S.H. Meulenbelt en R. Goudriaan, 2006, *Aard van het inkomen en de geneeskundige GGZ*, Den Haag, APE bv (WOR 194)

Vliet, R.C.J.A. van, A. Notenboom en R. Goudriaan, 2007, *Meerwaarde van een SES-indicator in het risicovereveningsmodel*, Den Haag, APE bv (300).

Werkgroep Onderzoek Risicoverevening, 2006, *Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening per 1 januari 2007*, Den Haag (WOR 231).

Typen kosten

Barneveld, E.M. van, E. Fletteman, J.S. Visser en L.J.R. Vandermeulen, 2003, *Prestatiegerichte bekostiging ziekenhuizen*, Utrecht, Prismant (WG DBC 85).

Commissie Hendriks, 2003, *Rapportage voor de stuurgroepvergadering aan Stuurgroep DBC 2003*, Utrecht (WG DBC 71).

Haar, D.W.R.M. ter, R.E. Eisinger en A. de Boo, 2004, *Eigen betalingen. Een onderzoek naar de relatie tussen eigen risico en de zorgkosten van privaatrechtelijk verzekerden*, Zeist, Vektis (WOR 027).

Lomwel, A.G.C. van, en C. van Vliet, 2001, *Variabele kosten, ziekenhuiskenmerken en efficiency*, Utrecht, Prismant (WOVM 429).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000, *Knelpunten huidig splitsingsmodel en onderbouwing nieuw model*, Den Haag (WOVM 338).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001b, *Financieringsinhaal in raming macroverstrekkingsbudget bij ZVV*, Den Haag (WU-ZVV/FGK 09).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006, *Berekeningen Splitsingsmodel 2007*, Den Haag.

Vandermeulen, L.J.R., C. van Vliet en O.J. Ros, 1999, *Vaststelling vaste kosten Ziekenhuisverpleging in de ZFW-verstrekingenbudgettering*, Utrecht, NZi.

Vliet, R.C.J.A. van, 1998b, *Bepalen normbedragen en gewichten voor specialistische hulp: een eerste uitwerking*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM/RR 41).

Werkgroep Ontwikkeling Splitsingsmodel, 1996, *Eindrapportage*, Den Haag.

Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel Werkgroep DBC's, 2002, *Overzicht raakvlakken invoering DBC's met ZFW-verstrekingenbudgettering*, Den Haag (WG DBC 05).

Risicovereveningsmodel

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003, *Transparantie van het verdeelmodel*, Den Haag (WOVM 580).

Vliet, R.C.J.A. van, 1999, *Alternatieve vormgevingen van het ZFW-verdeelmodel*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 290).

Vliet, R.C.J.A. van, 2004, *Onderzoekingen voor het ZFW-verdeelmodel 2005: bundel deelrapportages*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOVM 693).

Vliet, R.C.J.A. van, 2006b, *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2007* (WOR 230b).

Zeldzame aandoeningen

Erken, O., Vliet, C. van, 2006, *Zeldzame aandoeningen*, eindrapportage (WOR 235/Zeld aand 28).

Motie Omtzigt/Bakker, 15 december 2004, kamerstuk 29763/52.

Vliet, R.C.J.A. van, 2006, *Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOR 247).

Vliet, R.C.J.A. van, 2007, *Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel. Tussenrapportage over hulpmiddelen en fysiotherapie*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (WOR 255).

Zorgverzekeringswet

De Nederlandsche Bank, 2004, De gevolgen van het nieuwe stelsel van gezondheidszorg. *DNB Kwartaalbericht*, September 2004, pp. 40-49.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005, *Memorie van Toelichting op de Zorgverzekering*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005a, *Regeling Zorgverzekering*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005b, *Besluit Zorgverzekering*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006b, *Ziektekostenverzekeringen in Nederland, het nieuwe zorgstelsel 2006*, Den Haag.

Begrippenlijst

Acceptatieplicht

De wettelijke plicht van alle zorgverzekeraars om iedere verzekerde tegen dezelfde voorwaarden te accepteren voor het basispakket, ongeacht persoonlijke kenmerken als geslacht, leeftijd of gezondheid.

AWBZ

Via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is men wettelijk verzekerd voor zorg en begeleiding bij **langdurige** ziekte, handicap of ouderdom. De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's waar iemand zich niet individueel voor kan verzekeren. De Zorgverzekeringswet (Zvw) voorziet in de zorgverzekeringen voor **kortdurende, op genezing gerichte** zorg.

BASIC

In het Basisverzekering Informatiesysteem (BASIC) worden gegevens opgeslagen van alle verzekerden op het gebied van de zorg.

Basispakket

De zorgverzekering dekt een basispakket met noodzakelijke zorg dat is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Het basispakket komt in grote lijnen overeen met de oude ziekenfondsverzekering voor invoering van de Zorgverzekeringswet. Het basispakket geeft recht op geneeskundige zorg, paramedische zorg, mondzorg tot 18 jaar, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg en vervoer in verband van het ontvangen van zorg. Geneeskundige zorg omvat onder andere de zorg die wordt verleend door een verloskundige, huisarts of specialist.

BOR

Het Beleidsoverleg Risicoverevening (BOR) is een van de twee overleggen rondom het onderzoek naar risicoverevening en heeft als doel het creëren van draagvlak voor het risicovereveningssysteem. Voor 2005 was er een begeleidingscommissie voor onderzoek naar risicoverevening, de WOVM. Omdat binnen de WOVM beleidsmatige en technische discussies door elkaar heenliepen, is besloten de structuur te herzien en twee aparte overleggen te construeren, de BOR en de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR). De BOR heeft betrekking op de beleidsmatige aspecten van risicoverevening, de WOR op de technische aspecten. ZN, het CVZ en VWS maken deel uit van de BOR.

Budget

Het budget voor een ziekenhuis is het totale beschikbare bedrag per jaar waarvoor een ziekenhuis zorg mag leveren (verrichtingen x prijs per verrichting = budget).

Budget voor een verzekeraar wordt de normatieve kosten genoemd; zie Kosten, normatieve.

Het CVZ

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is een zelfstandig bestuursorgaan op het gebied van de sociale ziektekostenverzekeringen. Het CVZ is onder andere belast met de uitvoering van de risicovereeniging.

DBC

De Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) zijn per 1 januari 2005 ingevoerd en beschrijven met vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) op welke wijze een patiënt het ziekenhuis binnenkomt en hoe de behandeling voor de patiënt luidt. DBC's laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. De prevalentie van de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) wordt bepaald aan de hand van deze DBC's.

DIS

Het DBC Informatiesysteem (DIS) bestaat uit een uitvoeringsorganisatie en een databank voor DBC- en wachtlijst informatie. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen leveren informatie over DBC's aan het DIS. Het DIS zorgt voor een veilige verwerking van de gegevens en zorgt ervoor dat alleen die gegevens waarover door geregistreerde partijen afspraken zijn gemaakt, worden vastgelegd en gebruikt.

DKG

Diagnosekostengroepen (DKG) is een vereveningskenmerk dat gebaseerd is op de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). DKG's zijn sinds 2004 opgenomen in het risicovereveningsmodel. DKG's zijn ontwikkeld om verzekerden te identificeren die binnen een ziekenhuis of door een specialist behandeld worden voor een chronische aandoening.

Doelmatigheid

Doelmatigheid is de verhouding tussen de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg enerzijds en de kosten ervan anderzijds. Doelmatiger zorg betekent meer en/of betere zorg voor hetzelfde geld of dezelfde zorg voor minder geld.

Equivalentiebeginsel

Als het equivalentiebeginsel door een zorgverzekeraar zou worden toegepast, stelt hij de hoogte van de premie afhankelijk van het gezondheidsrisico van de verzekerde. De premie wordt dan zo bepaald dat deze kostendekkend is en dat de verwachte schadelast en premieopbrengsten met elkaar in evenwicht zijn. Mensen met een hoog gezondheidsrisico betalen een hogere premie dan gezonde mensen.

Ex ante risicoverevening

Ex ante risicoverevening betekent dat de omvang van de vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar ontvangt voorafgaande aan het betreffende jaar bepaald wordt. Aan de hand van vereveningskenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde worden vooraf de zorgkosten voor de zorgverzekeraar geschat. De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen, berust op deze schatting van de zorgkosten.

Ex post risicoverevening

Ex post verevening is de compensatie die zorgverzekeraars na afloop van het jaar waarover is verevend, ontvangen voor het verschil tussen geraamde en gerealiseerde kosten. Ex post verevening wordt ingezet als de ex ante vereveningsbijdrage de verzekeraars niet volledig in een gelijke uitgangspositie brengt. De mate waarin ex post compensaties worden gebruikt, wordt voorafgaande aan het jaar bepaald.

Extramuraal

Extramuraal is alle zorg die niet van klinische aard is, waarbij de patiënt niet is opgenomen. Het betreft bijvoorbeeld zorg aangeboden door huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en kraamcentra.

FIS

In het Farmacie Informatiesysteem (FIS) worden alle farmaceutische declaraties van verzekerden verzameld. Het FIS wordt beheerd door Vektis. Van ieder door huisartsen en zorginstellingen afgegeven geneesmiddelenrecept is de leeftijd, geslacht, postcode en type verzekering van de ontvanger opgenomen. Aan de hand van de gegevens in het FIS wordt de prevalentie van het vereveningskenmerk FKG bepaald.

FKG

Het vereveningskenmerk Farmaceutische Kosten Groepen (FKG) is een kenmerk dat gebaseerd is op chronische aandoeningen in het recente verleden van de verzekerde. Verzekerden worden ingedeeld in FKG's aan de hand van extramuraal geneesmiddelengebruik van verzekerden in het jaar voorafgaande aan het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de farmaceutische declaraties die zijn verzameld in het FIS.

Generieke verevening

Generieke verevening is een ex post compensatiemechanisme. Bij generieke verevening vindt een onderlinge verrekening van het verschil tussen gerealiseerde kosten en de ex ante vereveningsbijdrage tussen de zorgverzekeraars plaats. Van een aantal verzekeraars wordt winst afgeroomd, waarmee de tekorten van andere verzekeraars worden gecompenseerd.

Gewichten

Of normbedragen; zie Normbedragen.

HKV

Hogekostenverevening (HKV) is een ex post compensatiemechanisme dat tegemoet komt aan kostenverschillen tussen verzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van hoge schadegevallen. Bij HKV worden kosten van een verzekerde boven een vastgestelde drempel voor een bepaald percentage verevend.

Inkomensafhankelijke bijdrage

De inkomensafhankelijke bijdrage is een bijdrage die door de Belastingdienst wordt geïnd (tot een bepaalde bovengrens van het inkomen). Werkgevers vergoeden deze inkomensafhankelijke bijdrage aan hun werknemers. De inkomensafhankelijke bijdragen worden door de Belastingdienst afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Ze vormen daarmee de belangrijkste financieringsbron voor de vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars.

Intramuraal

Intramuraal is zorg die wordt verleend aan mensen die langer dan 24 uur in een instelling verblijven, zoals in een ziekenhuis.

Kosten, normatieve ~ of geraamde ~

Het aandeel van het macro-prestatiebedrag dat aan een specifieke zorgverzekeraar wordt toegerekend. De vereveningsbijdrage en de inning van de nominale premie tellen op tot de normatieve of geraamde kosten. Ten tijde van de Ziekenfondswet werden de normatieve kosten het budget of normuitkering genoemd.

Kosten, variabele ~ van ziekenhuiszorg

Onder de variabele kosten van ziekenhuiszorg vallen bijvoorbeeld kosten van specialisten in loondienst of vrijgevestigde specialisten, en eerstelijnsvoorzieningen. Het verschil tussen vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt anno 2007 gemaakt aan de hand van een indelingstabel en daarbij horende tarieven.

Kosten, vaste ~ van ziekenhuiszorg

Onder de vaste kosten van ziekenhuiszorg vallen bijvoorbeeld afschrijvingen van gebouwen en apparatuur en rente op leningen. Vaste kosten worden per verzekerde verevend op basis van verzekeraarsspecifieke historische kosten. Het verschil tussen vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg wordt anno 2007 gemaakt aan de hand van een indelingstabel en daarbij horende tarieven.

Kosten van overige prestaties

Kosten worden als overige prestaties aangemerkt als deze niet gelden als kosten van verblijf en kosten van geneeskundige zorg van medisch specialisten. In de praktijk valt onder kosten van overige prestaties de extramurale curatieve zorg, zoals tandartsen en huisartsen.

LMR

De Landelijke Medische Registratie (LMR) is een registratie waaraan alle academische en algemene ziekenhuizen deelnemen. De LMR wordt beheerd door Prismant. In de LMR wordt van iedere opname een aantal gegevens vastgelegd, zoals leeftijd, ziekenhuis en ontslagdiagnose.

Macro-prestatiebedrag

Het totaal aan begrote zorgkosten voor de Zorgverzekeringswet.

Middelen, beschikbare ~

Het bedrag dat in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend. Samen met de totale nominale rekenpremies tellen de beschikbare middelen op tot het macro-prestatiebedrag.

Ministeriële regeling

Een ministeriële regeling vloeit voort uit de regelgevende bevoegdheid van een minister. Deze bevoegdheid is door de wetgever verleend. De inhoud van de regeling is een nadere invulling van de wet waarop de regeling is gebaseerd.

Mortaliteit

Mortaliteit is de relatieve sterfte van een bepaalde groep individuen, meestal aangegeven in procenten of promillages. De gestandaardiseerde mortaliteitsratio, de verhouding tussen het werkelijke aantal sterftegevallen in een postcodegebied ten opzichte van het verwachte aantal sterftegevallen op basis van leeftijd en geslacht, wordt gebruikt bij de bepaling van de regioclusters.

Nacalculatie

Nacalculatie is een ex post compensatie mechanisme. Nacalculatie is de verevening tussen zorgverzekeraars en het Zorgverzekeringsfonds van het verschil tussen gerealiseerde kosten en de ex ante vereveningsbijdrage.

No-claimteruggaveregeling

De no-claimteruggaveregeling is op 1 januari 2005 ingevoerd en houdt in dat een verzekerde vanaf achttien jaar maximaal 255 euro terug kan krijgen als deze geen zorgkosten heeft gemaakt. Bij minder dan 255 euro zorgkosten, krijgt de verzekerde het overgebleven deel van het no-claimbedrag na afloop van het verzekeringsjaar terug. Bezoeken aan de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg tellen niet mee als zorgkosten voor de bepaling van de hoogte van de teruggave.

Nominale premie

De nominale premie is het bedrag dat iedere verzekerde periodiek aan de zorgverzekeraar voor zijn verzekering betaalt. De nominale premie is niet afhankelijk van bijvoorbeeld leeftijd of gezondheid en wordt door de verzekeraar zelf ieder jaar vastgesteld. Voor de zorgverzekering betaalt iedereen die ouder is dan 18 jaar een nominale premie.

Normbedragen

De normbedragen zijn gebaseerd op het risicovereveningsmodel dat voorafgaand aan het jaar waarover de vereveningsbijdrage wordt uitgekeerd wordt geschat. De bijdrage die de verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt, is rechtstreeks afgeleid van de normbedragen. Per klasse van een vereveningskenmerk (dus bijvoorbeeld 'regio 1') wordt een normbedrag vastgesteld.

NPCF

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is een samenwerkingsverband van patiënten- en consumentenorganisaties en fungeert als platform voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling op het gebied van de zorg en belangenbehartiging op inhoudelijke thema's.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland, zowel van zorgaanbieders als van verzekeraars, en zowel op curatieve markten als op markten voor langdurige zorg. Het doel daarbij is het waarborgen van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg voor iedereen.

OAD

De omgevingsadressendichtheid (OAD) van een postcodegebied is het gemiddeld aantal adressen per km² binnen een cirkel met een straal van één km. De OAD is een van de kenmerken waarop het regiocluster wordt ingedeeld (na vertaling van de OAD in vijf klassen van stedelijkheid).

Premiedifferentiatie

Als een zorgverzekeraar premiedifferentiatie toepast, maakt hij onderscheid tussen verzekerden op basis van het risicoprofiel als hij de hoogte van de nominale premie bepaalt. In de Zorgverzekeringswet is dit niet toegestaan.

Regiocluster

Regioclusters delen alle postcodes in Nederland op in tien clusters. De indeling komt tot stand door op postcodeniveau te kijken in hoeverre een aantal sociaal-economische en demografische kenmerken, zoals het percentage alleenstaanden en het gemiddeld inkomen, samenhangen met het verschil tussen de verwachte en de gerealiseerde zorgkosten. Bij het hybride regiocluster worden voor ex-ziekenfonds-verzekerden en ex-overige verzekerden afzonderlijke normbedragen per regiocluster geschat.

Rekenpremie

Ieder jaar berekent het ministerie van VWS een rekenpremie. Volgens het ministerie kunnen verzekeraars de basisverzekering aanbieden tegen dit bedrag. Het is de geraamde nominale premie die verzekeraars zouden dienen te heffen ter dekking van de zorgkosten die niet worden vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars kunnen kiezen of ze onder die prijs gaan of juist meer geld vragen omdat ze extra service leveren.

Risicoselectie

Het selecteren van verzekerden op grond van mogelijke risicofactoren, zoals leeftijd en gezondheid. Dit is in de Zorgverzekeringswet niet toegestaan. Door de acceptatieplicht is iedere zorgverzekeraar wettelijk verplicht iedere verzekerde te accepteren voor de basisverzekering, mits de verzekerde woont in het werkgebied van de zorgverzekeraar. Premiedifferentiatie is eveneens niet toegestaan.

Risicoverevening

De gelijke verdeling van financiële risico's over alle zorgverzekeraars. Door risicoverevening worden zorgverzekeraars met een onevenredig aantal ouderen of mensen met een hoog gezondheidsrisico financieel gecompenseerd. Alle zorgverzekeraars krijgen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een financiële bijdrage, die afhankelijk is van de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van de verzekeraar. Risicoverevening brengt de verzekeraars in een gelijke uitgangspositie, ondanks de samenstelling van hun portefeuille.

Risicovereveningsmodel

Het (risico)vereveningsmodel, ook wel verdeelmodel genoemd, is het econometrische model dat de ex ante vereveningsbijdrage bepaalt. Het model schat aan de hand van de vereveningskenmerken leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, FKG, DKG en regio de zorgkosten voor iedere verzekerde in het komende jaar. Aan de hand hiervan worden de bijdragen die iedere zorgverzekeraar ex ante voor zijn verzekerdenpopulatie ontvangt bepaald.

SES

Het vereveningskenmerk SES is een indicator voor sociaal-economische status (afgekort SES). Uit onderzoek is gebleken dat er een duidelijke relatie bestaat tussen gezondheid en SES-indicatoren als opleiding, inkomen en beroep. Onderzocht wordt of de SES kan worden geoperationaliseerd op basis van inkomensinformatie van de Belastingdienst.

Solvabiliteit

Solvabiliteit geeft aan in hoeverre een onderneming de financiële verplichtingen aan verschaffers van vreemd vermogen kan nakomen met behulp van haar beschikbare activa. Voor zorgverzekeraars is solvabiliteit het vermogen om verzekeringsverplichtingen na te komen.

STAT

Het Statistiek Informatiesysteem (STAT) levert detailinformatie over de zorgverzekeringen en bevat verzekerden-, schade- en inkomstengegevens met betrekking tot de voormalig particuliere verzekerdenpopulatie. STAT wordt beheerd door Vektis en wordt gebruikt om informatie over zorgkosten en vereveningskenmerken van de (voormalig) particulier verzekerden te verkrijgen.

Tripo

Een aantal keer per jaar komen leden van het ministerie van VWS, ZN en het CVZ samen voor het Tripartiete Overleg (Tripo). In het Tripo worden uitvoeringstechnische aspecten van het risicovereveningssysteem besproken.

Vangnet

Het vangnet is een extra correctie die na de overige ex post compensatie mechanismen kan worden toegepast. Als het uiteindelijke resultaat (na toepassing van de overige ex post compensaties) per verzekerde buiten een bepaalde bandbreedte valt, dan wordt het verschil met het Zorgverzekeringsfonds verrekend. Buiten de bandbreedte wordt 90% van de kosten nagecalculeerd.

Vereveningsbijdrage

Financiële bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de vereveningsbijdrage is afhankelijk van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van de verzekeraar. De vereveningsbijdrage is de geraamde kosten minus de rekenpremie.

Vereveningskenmerken

Kenmerken van verzekerden (zoals geslacht, leeftijd, regio) op basis waarvan de zorgkosten geschat worden. Aan elke waarde van een vereveningskenmerk wordt een normbedrag gekoppeld (een 'prijskaartje').

VWS, ministerie van ~

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor een rechtvaardige en optimale uitvoering van het risicovereveningssysteem. VWS heeft zichzelf als doel gesteld vraaggerichte zorg te realiseren, waarbij belangen van patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewaarborgd blijven. VWS heeft verder als taken het creëren van draagvlak voor het risicovereveningssysteem en het verder ontwikkelen van het systeem.

WOR

De Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) is een van de twee overleggen rondom het onderzoek naar risicoverevening en heeft als doel het voorbereiden van het jaarlijkse advies aan de minister van VWS over de toepassing van de risicoverevening in het komende jaar. Vóór 2005 was er een begeleidingscommissie voor onderzoek naar risicoverevening, de WOVM. Omdat het binnen de WOVM moeilijk bleek beleidsmatige en technische discussies te scheiden, is besloten de structuur te herzien en twee aparte overleggen te construeren, de WOR en het Beleidsoverleg Risicoverevening (BOR). De BOR heeft betrekking op de beleidsmatige aspecten van risicoverevening, de WOR op de technische aspecten. VWS, ZN, het CVZ, zorgverzekeraars, Vektis en onderzoekbureaus maken deel uit van de WOR.

WOVM

De Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM) werd in 1993 geïnstalleerd en vormde een begeleidingscommissie voor onderzoek naar risicoverevening, met als doel het systeem te onderhouden, ontwikkelen en verfijnen. Vanaf 2005 is de WOVM opgesplitst in twee afzonderlijke overleggen, de BOR voor beleidsmatige aspecten en de WOR voor technische aspecten.

ZN

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de brancheorganisatie van zorgverzekeraars. ZN heeft als belangrijkste doelstelling de belangenbehartiging van de leden en creëert de voorwaarden waarbinnen haar leden zo optimaal mogelijk het vak van zorgverzekeraar uit kunnen oefenen. ZN waakt bij het onderhoud en de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem over de belangen van de zorgverzekeraars.

Zorg, curatieve ~

Curatieve zorg is geneeskundige zorg, vaak kortdurend, die gericht is op herstel of genezing. De Zorgverzekeringswet zorgt ervoor dat iedere Nederlander voor deze zorg verzekerd is.

Zorgaanbieder

Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld huis- en tandartsen, specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, fysiotherapeuten, verloskundigen en overig medisch personeel dat beroepshalve (para)medische handelingen verricht. Daarnaast worden instellingen als ziekenhuizen en apotheken ook tot de aanbieders van zorg gerekend.

Zorgstelsel

Het zorgstelsel is het geheel van de georganiseerde gezondheidszorg en de wijze waarop deze wordt gefinancierd, inclusief de wetten en regels waarmee de overheid de gezondheidszorg beïnvloedt.

Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is de uitvoerder van de zorgverzekering.

Zorgverzekeringsfonds

Uit het Zorgverzekeringsfonds worden de bijdragen voor de risicoverevening aan de zorgverzekeraars betaald. Uit dit fonds worden ook de premies voor kinderen onder de 18 betaald. Het fonds wordt beheerd door het CVZ.

ZVV

Het Zelfstandig Vaststellen van Variabele kosten ziekenhuisverpleging (ZVV) houdt in dat er bij de scheiding tussen vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging, wordt uitgegaan van een verhouding tussen vaste en variabele budgetcomponenten. Voor ieder type instelling wordt een indelingstabel gehanteerd waarmee voor elke budgetcomponent is gedefinieerd in hoeverre deze als vast dan wel als variabel kan worden aangemerkt. De indelingstabel wordt toegepast op de meest recente budgetgegevens, waarna per instelling het budget in een variabel en een vast deel gesplitst kan worden. Op de variabele kosten ziekenhuisverpleging wordt risicoverevening toegepast, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden buiten de risicoverevening gehouden.

Uitgave:
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11
Telefax (070) 340 78 34

Internetadres:
www.minvws.nl

Augustus 2007



© Aarts De Jong Wilms Goudriaan
Public Economics bv (APE)

Voor u ligt een beschrijving van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Deze publicatie is een gezamenlijke productie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Zorgverzekeringen en onderzoeksbureau Ape uit Den Haag. De aanleiding hiervoor is dat het ministerie van VWS veel vragen krijgt over het doel, de opzet en de vormgeving van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Het betreft onder meer vragen van Nederlandse en buitenlandse zorgverzekeraars, politici, consumenten- en patiëntenverenigingen, andere ministeries, buitenlandse overheden en de Europese Commissie. Het ministerie heeft daarnaast de Tweede Kamer toegezegd om in 2008 het stelsel van risicoverevening te laten evalueren door internationale deskundigen. Voor die evaluatie is het van belang om te beschikken over een heldere en volledige beschrijving van het doel, de vormgeving en de werking van de risicovereveningssystematiek. Deze publicatie hoopt dit doel te verwezenlijken.