



**Beschrijving
van het
risicovereveningssysteem
van de
Zorgverzekeringswet**

Risicoverevening in vogelvlucht

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.

2 Het doel van risicoverevening

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.

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.

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.

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**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.

3 De financiële structuur van de risicoverevening

3.1 Nominale premie

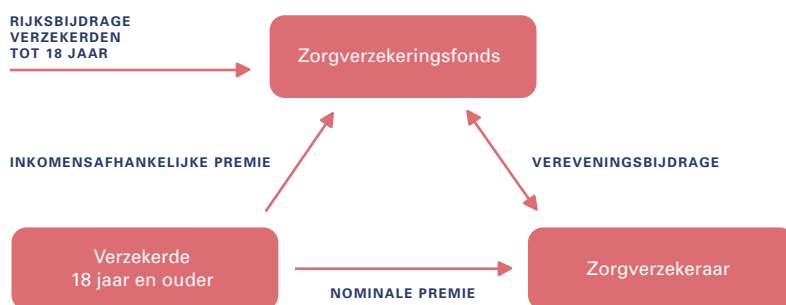
Elke zorgverzekeraar in Nederland heeft in principe twee bronnen van inkomsten voor de basisverzekering: de eerste bron is de heffing van de nominale premie en de tweede bron is de jaarlijkse vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. De nominale premie is de premie die verzekerden van 18 jaar 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 premiëstelling is een belangrijk middel waarmee zorgverzekeraars kunnen concurreren om de gunst van de verzekerden.

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 risicoverevening. Uit het Zorgverzekeringsfonds wordt vervolgens een bijdrage aan de zorgverzekeraars betaald, de vereveningsbijdrage (zie figuur 1.1).

Figuur 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.

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.

4 Ex ante en ex post verevening

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 verzekerdenniveau. 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 verzekerdenniveau door de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld.

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.

5 Risicoprofiel

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.

5.2 Leeftijd en geslacht

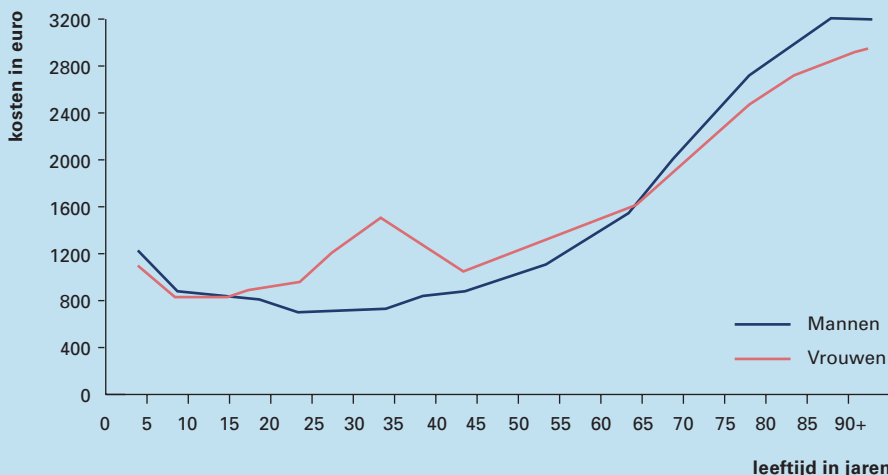
Ten eerste worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor leeftijd en geslacht van verzekerden. Oudere mensen hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan jongere mensen. Het effect van leeftijd is mede afhankelijk van het geslacht. Vrouwen tussen de 20 en 35 jaar hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan mannen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

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



Bron: APE

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.

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 risicovereveningssystematiek ondervinden zorgverzekeraars geen financieel nadeel als zij relatief veel chronisch zieken in hun verzekerdenportefeuille hebben.

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 vervolggkosten 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.

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, huisartsenhulp,

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 zorgverzekeraars specifieke historische kosten en verzekerdenaantallen. Per verzekerde krijgt een zorgverzekeraar een vast bedrag uitgekeerd.

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 doelmatigheidsprikkel, 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 compensatiemechanismen 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 controverseel. 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.

8 De uitvoering van de risicoverevening

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.

8.2 Privacy

Voor de uitvoering van de risicoverevening moet het CVZ een administratie bijhouden met privacy gevoelige informatie. Het CVZ zet 'privacy enhancing technologies' in om ervoor te zorgen dat ze de risicoverevening 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.

9 Afsluitende opmerkingen

Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar ongunstig risicoprofiel. Risicoverevening 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 risicoverevening is risicoselectie geen financieel lonende strategie, tenzij het risicovereveningsmodel tekortschiet.

Een aantal andere landen, waaronder België, Duitsland, Verenigde Staten (Medicare programma), Ierland, Tsjechië, Zwitserland en Israël hanteren ook een ex ante risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars. Nederland loopt echter voorop met de ontwikkeling van het huidige risicovereveningsmodel. Dat komt vooral doordat in het Nederlandse risicovereveningsmodel 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 risicoverevening 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.

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 samenvatting van een beschrijving van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Er is ook een uitgebreide publicatie beschikbaar die in detail ingaat op alle facetten rond de risicoverevening. 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 risicovereveningssysteem. Deze publicatie hoopt dit doel te verwezenlijken.