



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Doelen van de risicoverevening	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Wegnemen van prikkels voor risicoselectie	4
2.3	Gelijk speelveld	4
2.4	Bevorderen van doelmatigheid	4
3.	Ex ante en ex post verevening	6
3.1	Inleiding	6
3.2	Ex ante verevening	6
3.3	Vereveningskenmerken	6
3.4	Compensatie via de risicovereveningsmodellen	9
3.5	Ex post verevening	10
4.	De financiële structuur van de risicoverevening	11
4.1	Inleiding	11
4.2	Nominale premie	11
4.3	Bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds	11
4.4	Voorbeeld van de bijdrage Zvw voor twee verzekerden	12
5.	Proces	15
6.	Afsluitende opmerkingen	16

1. Inleiding

Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks een financiële bijdrage uit een fonds, waarvan de hoogte afhangt van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar. Deze financiële bijdrage komt voort uit de risicoverevening. Waarom wordt in het Nederlandse zorgstelsel risicoverevening toegepast? Hoe wordt de hoogte van de financiële bijdrage vastgesteld? Waarvoor worden zorgverzekeraars gecompenseerd, en waarvoor niet? Deze en andere vragen over de risicoverevening komen in deze brochure aan bod. De brochure beoogt de basiskennis te leveren die nodig is voor een beter begrip van risicoverevening.

2. Doelen van de risicoverevening

2.1 Inleiding

Wanneer zorgverzekeraars aan verzekerden premies in rekening kunnen brengen die afhankelijk zijn van het risico dat die verzekerden voor de zorgverzekeraar vormt, zou de algemene toegankelijkheid van de zorg in gevaar kunnen komen. Dan zouden (chronisch) zieke mensen zeer hoge premies moeten betalen of onverzekerbaar worden. Om dit te voorkomen kent het Nederlandse stelsel een acceptatieplicht: een zorgverzekeraar mag niemand weigeren voor de basisverzekering. Daarnaast is er een verbod op premiedifferentiatie¹: de premie die een zorgverzekeraar voor de basisverzekering vraagt, is voor iedereen gelijk². Zonder aanvullende maatregelen geeft dit een prikkel tot *risicoselectie*, wat betekent dat zorgverzekeraars gezonde mensen met lage zorgkosten proberen te selecteren en/of mensen proberen te weren die (chronisch) ziek zijn en hoge zorgkosten hebben.

Risicoverevening houdt in dat de zorgverzekeraar een bijdrage krijgt die is afgestemd op het risicoprofiel van zijn verzekerden. Daarmee wordt voorkomen dat een zorgverzekeraar zich richt op het aantrekken van jonge, gezonde mensen en/of het weren van ongezonde mensen. Daarnaast wordt een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars gecreëerd, en wordt een doelmatige uitvoering van de zorg bevorderd. Hierna worden deze doelen nader omschreven.

¹ Dit geldt voor de basisverzekering. De dekking van de basisverzekering bevat medisch noodzakelijke zorg en is bij iedere zorgverzekeraar hetzelfde. Naast de basisverzekering kunnen verzekerden zich aanvullend verzekeren; bij de aanvullende verzekering geldt de acceptatieplicht of verbod op premiedifferentiatie niet. De risicoverevening heeft alleen betrekking op de basisverzekering.

² Een verzekeraar mag alleen onderscheid maken naar de provincie waarin de verzekerde woont.

2.2 Wegnemen van prikkels voor risicoselectie

Als een zorgverzekeraar relatief veel verzekerden in de portefeuille heeft met een ongunstig risicoprofiel, krijgt deze zorgverzekeraar een hogere bijdrage uit het fonds dan een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met een gunstig risicoprofiel. Een voorbeeld van verzekerden met een ongunstig risicoprofiel zijn ouderen, omdat zij gemiddeld genomen hogere zorgkosten hebben dan jongere verzekerden. Voor oudere verzekerden krijgt een zorgverzekeraar daarom een hogere bijdrage dan voor jongere verzekerden. Ook krijgt een zorgverzekeraar een hogere bijdrage voor chronisch zieken dan voor gezonde mensen. Bij een goed functionerend risicovereveningssysteem heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het weren van mensen met hoge zorgkosten of het aantrekken van mensen met lage zorgkosten en is de financiële prikkel voor risicoselectie weg³. De zorgverzekeraar wordt immers voor de gemiddeld hogere zorgkosten van ouderen en chronisch zieken financieel gecompenseerd. De risicoverevening is daarmee noodzakelijk voor het waarborgen van een goede toegankelijkheid van de verzekering voor alle verzekerden.

2.3 Gelijk speelveld

Zonder risicoverevening bevindt een zorgverzekeraar met relatief veel (chronisch) zieke verzekerden zich in een slechtere uitgangspositie dan een concurrent met verzekerden met een overwegend gunstig profiel. De zorgverzekeraar met een verzekerdenpopulatie met een ongunstig risicoprofiel is gedwongen om een hogere premie te vragen dan de concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. De risicoverevening brengt zorgverzekeraars in een gelijke uitgangspositie, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles. De risicoverevening waarborgt daarmee het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars, waardoor een effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk is.

2.4 Bevorderen van doelmatigheid

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 zorgverzekeraars prikkels om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan en om in hun dienstverlening aan te sluiten bij de behoeften van hun verzekerden.

³ Risicoselectie is niet verboden bij de Nederlandse wet maar is onwenselijk omdat het de solidariteit in en algemene toegankelijkheid van het zorgstelsel onder druk zet.

Doordat door risicoverevening de karakteristieken van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld jong/oud, ziek/gezond) niet langer bepalend zijn voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar, neemt voor de zorgverzekeraar het belang toe van andere manieren waarmee hij zich kan onderscheiden van concurrenten, zoals de doelmatigheid van de zorginkoop en uitvoering van de verzekering. Hiermee ontstaat een extra prikkel voor zorgverzekeraars om zich te richten op het betaalbaar houden van de zorg, om zo via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verkrijgen.

Zorgverzekeraars die minder doelmatig opereren – dus voor een hogere prijs zorg inkopen dan de gemiddelde zorgverzekeraar – komen niet uit. 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 hun verzekerden overstappen naar andere, goedkopere zorgverzekeraars.

Omgekeerd houden zorgverzekeraars die doelmatiger zorg inkopen dan de gemiddelde zorgverzekeraar geld over en kunnen hun nominale premie verlagen of hun reserves vergroten. Deze zorgverzekeraars kunnen een premie rekenen die lager is dan de gemiddelde premie en daardoor extra verzekerden aantrekken. Dit leidt na verloop van tijd tot lagere zorgkosten. Bij een goed functionerend risicovereveningssysteem krijgen doelmatig opererende zorgverzekeraars een betere marktpositie dan ondoelmatige zorgverzekeraars, ongeacht de samenstelling van de verzekerdenportefeuille.

3. Ex ante en ex post verevening

3.1 Inleiding

Hoe komt de financiële bijdrage die de zorgverzekeraar vanuit de risicoverevening ontvangt, tot stand? Met welke kenmerken van verzekerden wordt daarbij rekening gehouden? Deze vragen worden in deze paragraaf beantwoord.

3.2 Ex ante verevening

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de bijdrage die de zorgverzekeraar vanuit de risicoverevening ontvangt voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de bijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Bij ex ante verevening loopt de zorgverzekeraar financieel risico. De zorgverzekeraar moet immers met de bijdrage en de inkomsten uit de 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, want het verschil tussen de ex ante bijdrage plus de inkomsten uit de premies enerzijds en werkelijke kosten anderzijds mag hij houden.

3.3 Vereveningskenmerken

Zorgverzekeraars worden gecompenseerd op basis van leeftijd, geslacht en gezondheidsverschillen in de verzekerdenportefeuille⁴. Wat betreft gezondheid gaat het om chronische aandoeningen, maar ook om verzekerdenkenmerken die een duidelijke samenhang hebben met gezondheid, zoals sociaaleconomische status. De kenmerken van verzekerden op basis waarvan de zorgverzekeraar gecompenseerd wordt, worden vereveningskenmerken genoemd. Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden ten dele andere vereveningskenmerken gehanteerd dan voor de somatische zorg. Hieronder volgt een korte beschrijving van de vereveningskenmerken die in de risicovereveningsmodellen 2016 zijn opgenomen.

Leeftijd en geslacht

Naarmate mensen ouder worden stijgen hun zorgkosten en hier houdt dit vereveningskenmerk rekening mee. 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.

⁴ Besluit Zorgverzekeringen, Staatsblad 2005, 389, p. 23

Farmaciekostengroepen

Dit vereveningskenmerk berust op het gebruik van geneesmiddelen in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Het idee achter de farmaciekostengroepen (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 voorafgaand kalenderjaar meer dan een bepaalde hoeveelheid (goed voor circa een half jaar gebruik) van nader omschreven medicijnen zijn voorgeschreven. Voor de GGZ gelden andere FKG's dan voor de somatische zorg.

Diagnosekostengroepen

Diagnosekostengroepen (DKG's) zijn gebaseerd op diagnose-informatie uit het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Alleen diagnosen voor chronische aandoeningen waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar relatief hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen. DKG's bestaan uit groepen van aandoeningen die kostenhomogeen geclusterd zijn. Voor de GGZ gelden andere DKG's dan voor de somatische zorg.

Hulpmiddelenkostengroepen

Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) zijn gebaseerd op het gebruik van een aantal nader omschreven hulpmiddelen in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar, die duiden op chronische aandoeningen. Dit vereveningskenmerk geldt alleen voor de somatische zorg.

Sociaaleconomische status

In het vereveningskenmerk sociaaleconomische status (SES) worden verzekerden ingedeeld in klassen op basis van inkomen en leeftijd. Het vereveningskenmerk gaat uit van het totale inkomen per adres. Verzekerden met een lage sociaaleconomische status hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan verzekerden met een hoge sociaaleconomische status.

Aard van het inkomen

Verzekerden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering zijn ongezonder en hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan andere verzekerden. Naast bijstandgerechtigden en arbeidsongeschikten onderscheidt het vereveningskenmerk Aard van het inkomen studenten, zelfstandigen, hoger opgeleiden en verzekerden met een baan in loondienst. Deze verzekerden hebben gemiddeld lagere zorgkosten.

Alleenstaand

Alleenstaanden hebben gemiddeld hogere GGZ-kosten dan andere verzekerden; voor de somatische zorg is dit verband minder sterk. Het kenmerk alleenstaand is daarom alleen opgenomen in het risicovereveningsmodel voor de GGZ.

Meerjarige hoge kosten

Verzekerden met jarenlang hoge zorgkosten hebben een grote kans om in een volgend jaar opnieuw hoge zorgkosten te maken. Het kenmerk meerjarige hoge kosten (MHK) is gebaseerd op de zorgkosten van de afgelopen drie jaar. Verzekerden met een (zeer) hoge kostenhistorie worden in verschillende klassen ingedeeld. Er is een MHK voor de somatische zorg en voor de GGZ.

Gebruikers fysiotherapie

Verzekerden die in het voorgaande jaar fysiotherapie krijgen vanwege een chronische aandoening hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan andere verzekerden. Het kenmerk gebruikers fysiotherapie maakt daarom onderscheid naar verzekerden die fysiotherapie krijgen vanwege een chronische aandoening van andere verzekerden. Dit kenmerk geldt alleen voor de somatische zorg.

Generieke somatische morbiditeit

Dit kenmerk onderscheidt gezonde verzekerden van ongezonde verzekerden. Een verzekerde is ongezond als hij of zij een aandoening heeft die geïdentificeerd wordt door een van de volgende kenmerken: farmaciekostengroep, diagnosekostengroep, meerjarige hoge kosten, en hulpmiddelenkostengroep. Dit kenmerk is opgenomen omdat er anders overcompensatie van gezonde verzekerden en ondercompensatie van ongezonde verzekerden optreedt. Dit kenmerk geldt alleen voor de somatische zorg.

Gebruikers wijkverpleging en gebruikers geriatrische revalidatiezorg

Vanaf 2013 zijn de kosten van de geriatrische revalidatiezorg onderdeel van de Zorgverzekeringswet; vanaf 2015 geldt dit ook voor de wijkverpleging. Zorgverzekeraars worden via de kenmerken gebruikers wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg gecompenseerd voor gebruikers van deze zorgvormen in het voorgaande jaar. Onderzoek moet uitwijzen of er specifieke aandoeningen zijn of kenmerken met een objectiever karakter die samenhangen met deze zorgvormen. Deze kenmerken hebben daarom een tijdelijk karakter en gelden alleen voor de somatische zorg.

Gebruikers intramurale GGZ

Vanaf 2015 zijn de kosten voor de langdurige GGZ onderdeel van de Zorgverzekeringswet. De langdurige GGZ betreft het tweede en derde jaar intramurale zorg in een GGZ-instelling – het eerste jaar intramuraal verblijf werd al gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. Door middel van het kenmerk gebruikers intramurale GGZ worden gebruikers van intramurale GGZ in het voorgaande jaar geïdentificeerd, zodat zorgverzekeraars voor de kosten van deze verzekerden worden gecompenseerd.

Regio

Het vereveningskenmerk regio is geen geografische regio, maar een clustering van postcodes. De regio houdt rekening met zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen. Er gelden aparte indelingen naar regio voor de somatische zorg en de GGZ.

3.4 Compensatie via de risicovereveningsmodellen

De samenhang tussen de vereveningskenmerken en de zorgkosten berust op een empirische onderbouwing op verzekerdeniveau. Via een statistisch model - het risicovereveningsmodel - worden op basis van de vereveningskenmerken de verwachte zorgkosten berekend. Het komt erop neer dat in het risicovereveningsmodel aan elke waarde van een vereveningskenmerk een 'prijskaartje' hangt, dat het normbedrag wordt genoemd. De normbedragen zijn gebaseerd op de verwachte gemiddelde kosten van het betreffende vereveningskenmerk. Zorgverzekeraars worden bijvoorbeeld gecompenseerd voor verzekerden met epilepsie op basis van de gemiddelde kosten die deze verzekerden maken. Statistisch is aangetoond dat verzekerden die geneesmiddelen voor epilepsie gebruiken in een bepaald jaar het jaar erna gemiddeld 830 euro hogere zorgkosten hebben dan andere verzekerden. Zie paragraaf 4.4 voor voorbeelden van vereveningskenmerken en bijbehorende normbedragen van twee verzekerden.

Op basis van het risicovereveningsmodel worden de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde zo goed mogelijk ingeschat. De risicoverevening beoogt zodoende te compenseren voor kosten die samenhangen met gezondheidsverschillen tussen verzekerden, en niet voor kosten die samenhangen met bijvoorbeeld verschillen in consumptiegeneigdheid en/of aanbod, inefficiëntie bij de zorgaanbieder of zorgverzekeraar, of toevalsfactoren, zoals ongelukken. Omdat de compensatie via de risicoverevening gebaseerd is op gemiddelde kosten, is deze daarmee adequaat in de zin dat er geen over- of ondercompensatie plaatsvindt. Daarnaast zet het de zorgverzekeraar aan tot doelmatigheid. Als een zorgverzekeraar efficiënte ketenzorg weet te organiseren voor bijvoorbeeld diabetici, of tegen een scherpe prijs in kan kopen of door middel van het investeren in preventie kan voorkomen dat diabetici hogere kosten gaan maken, zullen zijn kosten op deze groep op den duur lager zijn en kan hij doelmatigheidswinst boeken. Andersom geldt dat verzekeraars die minder doelmatig werken dan gemiddeld er geld op toe zullen moeten leggen en de premie verhogen of interen op hun reserves. Wanneer alle zorgverzekeraars gezamenlijk de kosten bij diabetici weten te drukken, leidt dat uiteindelijk later tot een lager normbedrag. Zo worden doelmatigheidsontwikkelingen meegenomen in het model.

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 daarvan zo actueel mogelijk. Een belangrijk deel van de gegevens die nodig zijn voor de schatting van het risicovereveningsmodel worden op verzekerdeniveau door de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld. Daarnaast worden gegevens gebruikt die afkomstig zijn van de Belastingdienst, het UWV en DUO. Informatie die tot personen herleidbaar is wordt versleuteld zodat de privacy geborgd wordt. De schatting van het risicovereveningsmodel gebeurt op basis van gegevens van nagenoeg alle Nederlanders. Voor het schatten van het model wordt gebruik gemaakt van historische kosten, die representatief worden gemaakt voor het jaar waarop het model betrekking heeft. De definitieve bijdrage van een zorgverzekeraar is gebaseerd op het werkelijke aantal verzekerden die hij in het betreffende jaar in de portefeuille heeft. De definitieve bijdrage wordt dus na het overstapseizoen vastgesteld.

3.5 Ex post verevening

Na afloop van het jaar worden zorgverzekeraars voor een beperkt deel gecompenseerd voor het verschil tussen de gerealiseerde en de geraamde 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. Daarnaast geldt dat zorgverzekeraars beperkte beïnvloedingsmogelijkheden hebben bij bepaalde zorgkosten. De mate waarin de ex post compensaties worden ingezet, wordt voorafgaande aan het betreffende kalenderjaar vastgesteld.

Het grootste deel van de Zorgverzekeringswet wordt in 2016 risicodragend uitgevoerd door de zorgverzekeraars. Dat betekent dat er geen ex post compensaties worden ingezet; zorgverzekeraars dragen het risico. Dit geldt voor de intramurale en extramurale medisch-specialistische zorg (ca 83% van de totale kosten). Voor de geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleging geldt in 2016 een bandbreedteregeling. Dit is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen worden begre⁵nd.

Om de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars te versterken, is in het Regeerakkoord "Bruggen slaan" opgenomen dat zorgverzekeraars per 2017 volledig risicodragend worden voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat de regering beoogt per 2017 alle ex post compensaties af te schaffen. Dit moet bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorguitgaven.

⁵ De bandbreedteregeling gaat uit van het resultaat, dat gedefinieerd wordt als het verschil tussen de geschatte kosten op basis van de risicoverevening en zijn werkelijke schadelast in euro's per verzekerde. Als het gemiddelde resultaat per verzekerde van een verzekeraar buiten een bandbreedte valt, wordt het bedrag dat buiten de bandbreedte valt voor een bepaald percentage nagecalculeerd.

4. De financiële structuur van de risicoverevening

4.1 Inleiding

Uit welk fonds wordt de bijdrage vanuit de risicoverevening betaald en hoe wordt dit fonds gevoed? Hoe verhoudt de bijdrage vanuit de risicoverevening zich tot de inkomsten vanuit de premie? In deze paragraaf wordt ingegaan op de financiële structuur van de risicoverevening.

4.2 Nominale premie

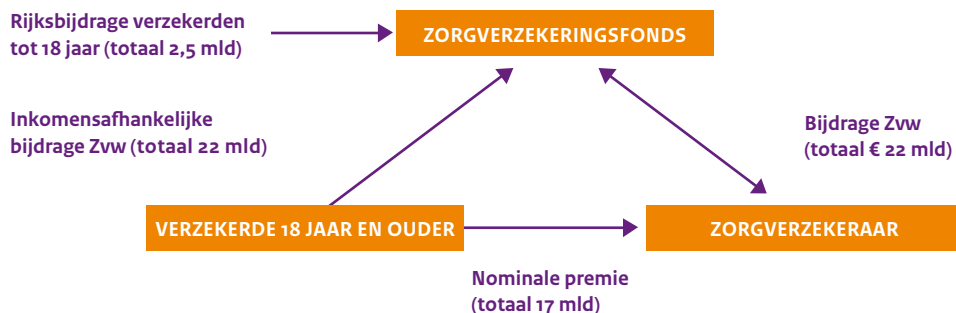
Elke zorgverzekeraar in Nederland heeft in principe twee bronnen van inkomsten voor de basisverzekering: de eerste bron is de heffing van de nominale premie en de tweede bron is de jaarlijkse bijdrage vanuit de risicoverevening uit het Zorgverzekeringsfonds. De nominale premie is de premie die verzekerden van 18 jaar en ouder aan hun zorgverzekeraar moeten betalen voor de basisverzekering. De zorgverzekeraar stelt zelf de hoogte van de nominale premie vast. Hij mag deze echter niet differentiëren naar verzekerdenkenmerken. Een lage premiestelling is een belangrijk middel waarmee zorgverzekeraars kunnen concurreren om de gunst van de verzekerden. De totale inkomsten van zorgverzekeraars op basis van de premie is ca € 17 miljard (cijfers 2016).

4.3 Bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds

De tweede bron van inkomsten betreft de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed met inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdrage voor personen tot 18 jaar⁶. Voor de laatste groep mogen zorgverzekeraars geen nominale premie vragen. De inkomensafhankelijke bijdrage Zvw wordt via de Belastingdienst in het Zorgverzekeringsfonds gestort. Voor werknemers in loondienst en uitkeringsgerechtigden betaalt de werkgever respectievelijk de uitkeringsinstantie de werkgeversheffing Zvw. Zelfstandigen betalen de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw zelf, via een aanslag. Ook de rijksbijdrage, betaald uit belastingen, wordt in het Zorgverzekeringsfonds gestort. Dit fonds wordt beheerd door het Zorginstituut Nederland, een zelfstandig bestuursorgaan dat onder meer is belast met de uitvoering van de risicoverevening. Uit het Zorgverzekeringsfonds wordt vervolgens de bijdrage aan de zorgverzekeraars betaald, de bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw) zie figuur 1. De totale bijdrage die zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen is ca € 22 miljard (cijfers 2016).

⁶ Tijdelijk geldt ook een rijksbijdrage voor 18-plussers in verband met overhevelingen uit de Wlz.

Figuur 1: De financiering van de Zorgverzekeringswet



4.4 Voorbeeld van de bijdrage Zvw voor twee verzekerden

Hoe worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel? Onderstaande tabellen tonen de financiële compensaties voor twee fictieve verzekerden. De eerste verzekerde is een student van 19 jaar, die in Rotterdam woont. Naast zijn studie werkt hij in een pizzeria; zijn inkomen en daarmee sociaaleconomische status is laag. Hij is gezond, zowel lichamelijk als psychisch; geen van de morbiditeitskenmerken is op hem van toepassing. Zijn totale jaarlijkse zorgkosten worden geschat op € 477. De gemiddelde kosten die voor rekening komen van het verplicht eigen risico bij verzekerden met zijn risicoprofiel zijn € 121⁷. De jaarlijkse premie die hij aan zijn zorgverzekeraar betaalt is € 1.288. De bijdrage Zvw die de zorgverzekeraar voor deze verzekerde krijgt is negatief: - € 932. Als een zorgverzekeraar alleen maar verzekerden met dit risicoprofiel in de portefeuille zou hebben, dan zou hij aan het Zorgverzekeringsfonds moeten betalen.

De tweede fictieve verzekerde is een vrouw van 91 jaar. Zij heeft, sinds zij tien jaar geleden weduwe werd, altijd op zichzelf gewoond in Naarden-Bussum. Omdat zij aan Parkinson lijdt, is zij in een verpleeghuis terecht gekomen. Naast Parkinson heeft zij hypertensie en diabetes, waarvoor ze een insuline-infuus pomp gebruikt. Vanwege haar aandoening is ze vorig jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis. Ook de jaren daarvoor heeft ze vanwege Parkinson hoge zorgkosten gemaakt. Na haar ontslag uit het ziekenhuis heeft ze een tijd thuis gewoond, waar ze wijkverpleging kreeg. Totdat het niet meer ging. De oude dame heeft geen psychische aandoeningen. De geschatte zorgkosten van deze oude dame bedragen € 28.908. Verzekerden met haar risicoprofiel betalen gemiddeld € 355 verplicht eigen risico. Ze betaalt een jaarlijkse premie van € 1.288 aan haar zorgverzekeraar. De bijdrage Zvw die de zorgverzekeraar voor deze verzekerde krijgt is € 27.265.

Deze voorbeelden laten zien dat een zorgverzekeraar een veel hogere financiële bijdrage ontvangt voor een verzekerde met een ongunstig risicoprofiel dan voor een verzekerde met een gunstig risicoprofiel.

⁷ Het verplicht eigen risico bedraagt in 2016 € 385.

Verzekerde 1:
Jonge, gezonde student uit Rotterdam

Verevenings- kenmerk		Somatisch	Wijk- verpleging	Geneesk. GGZ	Langd. GGZ	Totaal
Geslacht/leeftijd	Man, 19 jaar	1388	149	357	18	
Aard van het inkomen	Student	-234	16	-87	0	
Sociaaleconomische status	Laag	28	3	-18	-3	
Regio	Buitenwijk Rotterdam	66	-1	53	0	
Alleenstaand	Geen			-14	0	
Diagnosekostengroep somatisch/GGZ	Geen	-270	-10	-72	-1	
Farmaciekostengroep somatisch/GGZ	Geen	-243	-13	-32	0	
Hulpmiddelen kostengroepen	Geen	-16	-4			
Meerjarig hoge kosten somatisch/GGZ	Geen	-251	-14	-82	-1	
Gebruikersgroep fysiotherapie	Geen	-11	1			
Gebruikersgroep wijkverpleging	Geen	-29	-138			
Gebruikersgroep geriatrische revalidatiezorg	Geen	1	-3			
Generieke somatische morbiditeit	Geen	-55	8			
Gebruikersgroep intramurale GGZ	Geen				-12	
Verwachte totale zorgkosten		375	-4	105	1	477
Gemiddelde betaling op basis van verplicht eigen risico						121
Premie						1288
Totale bijdrage Zvw						-932

Verzekerde 2:

Oude dame met Parkinson, diabetes en hypertensie uit Naarden-Bussum

Verevenings- kenmerk		Somatisch	Wijk- verpleging	Geneesk. GGZ	Langd. GGZ	Totaal
Geslacht/leeftijd	Vrouw, 91 jaar	3261	1993	213	14	
Aard van het inkomen	65+	0	0	0	0	
Sociaaleconomische status	Institutioneel huishouden, instromend	2851	-1596	491	0	
Regio	Naarden- Bussum	-50	2	-9	0	
Alleenstaand	Nee			-14	0	
Diagnosekostengroep somatisch/GGZ	Nr 3	1146	-37	-72	-1	
Farmaciekostengroep somatisch/GGZ	Parkinson, diabetes, hypertensie	2543	570	-32	0	
Hulpmiddelen kostengroepen	Insuline- infuuspomp	1019	-84			
Meerjarig hoge kosten somatisch/GGZ	3x top 10%	3479	157	-82	-1	
Gebruikersgroep fysiotherapie	Wel	536	-66			
Gebruikersgroep wijkverpleging	top 0,5%	1338	11226			
Gebruikersgroep geriatrische revalidatiezorg	Geen	1	-3			
Generieke somatische morbiditeit	wel, 65+	111	15			
Gebruikersgroep intramurale GGZ	Geen				-12	
Verwachte totale zorgkosten		16235	12177	495	1	28908
Gemiddelde betaling op basis van verplicht eigen risico						355
Premie						1288
Totale bijdrage Zvw						27265

5. Proces

Welke waarborgen zitten in het proces van de totstandkoming van het vereveningsmodel ingebouwd om ervoor te zorgen dat het bedrag goed wordt verdeeld? Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt elk jaar aan het verbeteren van het risicovereveningsmodel. Uitgangspunt vormt het model van het jaar ervoor. VWS laat ieder jaar een aantal (ongeveer 15-20) externe onderzoeken uitvoeren, waarin wordt onderzocht of bestaande kenmerken kunnen worden verbeterd of nieuwe kenmerken kunnen worden toegevoegd om de werkelijke kosten zo goed mogelijk te benaderen. In de onderzoeken wordt bij voorkeur zowel econometrisch als zorginhoudelijk getoetst of bepaalde kenmerken voorspellende waarde hebben. Het onderzoeksprogramma wordt voorafgaand aan het onderzoeksjaar afgestemd met zorgverzekeraars, het Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en onderzoekers. Elk onderzoek wordt begeleid door een begeleidingscommissie, die in ieder geval bestaat uit vertegenwoordigers van VWS, het Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en individuele verzekeraars. In principe mag elke zorgverzekeraar bij elke begeleidingscommissie aansluiten. VWS nodigt hen uit en zij bepalen zelf aan welk onderzoek en welke overleggen zij willen deelnemen. Zorgverzekeraars kunnen een tegengesteld belang hebben; een modelaanpassing kan bij de ene zorgverzekeraar tot een voordeel leiden, terwijl het voor een andere verzekeraar een verlies betekent. Door verschillende zorgverzekeraars te betrekken, wordt gewaarborgd dat alleen modelaanpassingen doorgevoerd worden die objectief tot een verbetering van het risicovereveningsmodel leiden en niet modelaanpassingen die een specifieke zorgverzekeraar bevoordelen.

Elk onderzoek wordt na afronding gepresenteerd in de werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR), waarin VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en onderzoekers zijn vertegenwoordigd. Onderzoekers worden daar kritisch bevraagd om de juistheid van hun analyses te controleren. De agenda en stukken van de WOR zijn in het kader van de transparantie openbaar en worden standaard ook verstuurd naar andere geïnteresseerden organisaties en personen, zoals wetenschappers en de toezichthouder NZa. Dit wordt besproken in de WOR en op basis daarvan geeft de WOR de minister van VWS een advies over modelaanpassingen.

Voorgenomen modelaanpassingen worden gecommuniceerd aan de Tweede Kamer en – indien de Tweede Kamer dat wenst – met hen besproken in een Algemeen Overleg of er worden schriftelijke vragen over beantwoord. Dit draagt bij aan de transparantie. Het nieuwe model met de aangepaste en nieuwe vereveningskenmerken worden uiterlijk 1 oktober voorafgaand aan het jaar waarop het model betrekking heeft bekend gemaakt door middel van publicatie in de Staatscourant.

6. Afsluitende opmerkingen

Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar ongunstig risicoprofiel. Bij een goed functionerend risicovereveningssysteem krijgen doelmatig opererende zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met slechte gezondheidsrisico's een betere marktpositie dan ondoelmatig opererende zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met goede gezondheidsrisico's. Risicoverevening wordt daarom de achilleshiel van de Zorgverzekeringswet genoemd. Als de risicoverevening niet goed functioneert, is risicoselectie een financieel lonende strategie. Daarvan kunnen vooral kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken waarvoor de zorgverzekeraar niet adequaat wordt gecompenseerd, de dupe worden. Als de risicoverevening goed functioneert, kunnen de vruchten geplukt worden van de marktwerking: een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet, waarbij de algemene toegankelijkheid tot de zorgverzekering en de zorg gewaarborgd is.



Dit is een uitgave van
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
www.rijksoverheid.nl

maart 2016