

**INHOUD:**

**Premies zorgverzekering in 2008 niet meer aftrekbaar**

Omdat de ontwikkeling van een vervangende regeling voor chronisch zieken en gehandicapten veel tijd kost, wordt de aftrek van ziektekosten pas in 2009 afgeschaft. Vanaf 2008 verandert er al wel wat: de standaardpremie en de inkomensafhankelijke premie voor de zorgverzekering zijn niet meer aftrekbaar. Daar staat tegenover dat de grens waarboven aftrek mogelijk is, wordt verlaagd van 11,5% naar 1,65% van het inkomen. De premies voor aanvullende verzekeringen blijven wel aftrekbaar.

Per 1 januari 2009 wordt de gehele buitengewone lastenregeling geschrapt. Er wordt dan van uit gegaan dat iedereen tenminste recht heeft op het basispakket aan zorg.

**Het risicovereveningssysteem**

Zoals u wellicht weet worden de ziektekosten vanuit de basisverzekering verevend, ter informatie (beknopt) hoe e.e.a. eruit ziet.

**1. Inleiding**

Wat houdt risicoverevening in? Waarom wordt in het Nederlandse zorgstelsel risicoverevening toegepast?

**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 beknibbelen 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.

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 equivalentieprincipe). 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 op. 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 samenstelling 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.

Als de risicoverevening goed functioneert, heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het werven 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 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.

### **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**

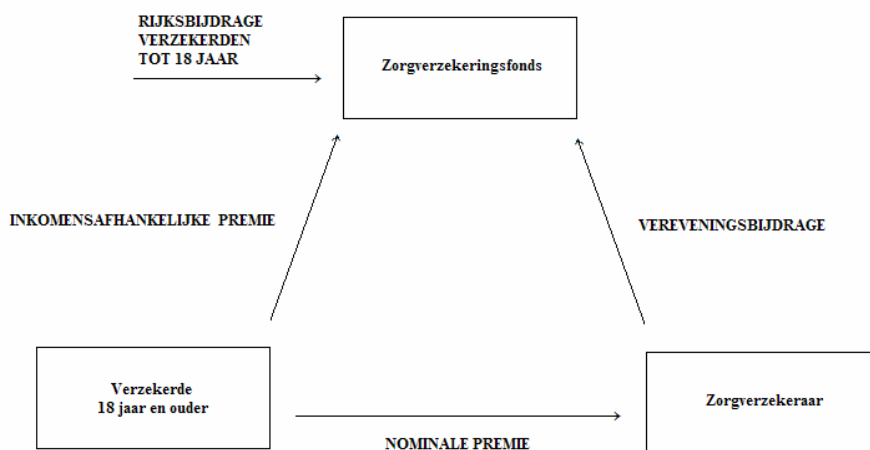
<b>Verzekerde 1</b>	
Vrouw, 67 jaar	970
Lijdend aan schildklieraandoening	174
Geen ontslagdiagnose ziekenhuis	-97
Ex ziekenfonds, platteland	-31
Aard van inkomen: AOW	0
<b>Per saldo</b>	<b>1.016</b>

**VEREVENINGSBIJDRAGE**

<b>Verzekerde 2</b>	
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
<b>Per saldo</b>	<b>199</b>

### 3 De financiële structuur van de risicoverevening

**Figuur 1.1 De financiering van de Zorgverzekeringswet**



### 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.

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.

## **5 Risicoprofiel en vereveningskenmerken:**

### 5.1. Leeftijd en geslacht

Oudere mensen hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan jongere mensen.

### 5.2. Aard van het inkomen

Verzekerden met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan verzekerden met een baan in loondienst.

### 5.3. Regio

De regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van de sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken van een postcodegebied.

### 5.4. Farmaciekostengroepen

Mensen met een ernstige chronische aandoening zoals diabetes, reuma of epilepsie hebben over de jaren heen een terugkerend hoog kostenpatroon.

### 5.5. Diagnosekostengroepen

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.

## **6 Typen kosten**

(1) vaste kosten van ziekenhuiszorg, (2) variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp, en (3) kosten van de overige prestaties, zoals farmaceutische zorg, huisartsenhulp.

## **7 Ex post compensatiemechanismen**

Wanneer het risicovereveningsmodel ex ante tekortschiet, kunnen ex post compensatiemechanismen worden ingezet.

### *1 Verzekerdennacalculatie*

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

### *2 Macro-nacalculatie*

Als de macro-kosten hoger uitvallen, is er sprake van een hogere vereveningsbijdrage, als de macro-kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag.

### *3 Hogekostenverevening*

Per verzekerde worden in 2007 kosten boven de schadedrempel van 12.500 euro voor 90% verevend met het Zorgverzekeringsfonds.

(SUC)SEZ nieuwsbrief 3 januari 2008

#### *4 Generieke verevening*

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).

#### *5 Nacalculatie*

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).

#### *6 Vangnet of bandbreedteregeling*

Het doel van vangnetten

is het begrenzen van de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen.

### **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.

#### 8.2 Privacy

Het CVZ zet "privacy enhancing technologies" in om ervoor te zorgen dat ze de risicoverevening zonder persoonsgegevens kan uitvoeren.

### **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.

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.

*Bronvermelding: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport  
"beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet"*

*Heeft u hierover nog vragen of wilt u een afspraak dan kunt u ons bereiken op telefoonnummer 0182-304555 (SEZ B.V.) of 0182-304488 (SucSez B.V.)*

(SUC)SEZ nieuwsbrief 3 januari 2008