

Rendement zorg- verzekeraars onder druk

Vooruitzichten 2010

Zorgverzekeraars worden in toenemende mate risicodragend. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het vergroten van het B-segment van de DBC's, veranderingen in het systeem van risicoverevening en het invoeren van functionele bekostiging voor chronische aandoeningen. Hierdoor staan de rendementen structureel onder druk. Daar komt bij dat de meeste zorgverzekeraars vorig jaar de boeken met een negatief resultaat hebben gesloten door tegenvallende beleggingsresultaten als gevolg van de recessie. Het risicovereveningssysteem wordt in 2010 wederom aangepast. De risicodragendheid van verzekeraars wordt vergroot. Maar ook over het verslagjaar 2010 worden zorgverzekeraars voor een substantieel deel achteraf gecompenseerd door een (ex post) bijstelling van de vereveningsbijdrage.

Het huishoudboekje van zorgverzekeraars verandert voortdurend. In deze publicatierreeks zal nader in worden gegaan op de geldstromen van en naar zorgverzekeraars. Zo komen de inkomstenbronnen en de posten ter dekking van de zorguitgaven aan de orde. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat zorgverzekeraars op termijn voor hun eigen verzekerden de uitvoering van de AWBZ ter hand nemen. We nemen dan afscheid van de huidige zorgkantoren.

Vanaf 1 januari 2006 geldt in Nederland de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wet verplicht alle Nederlanders zich te verzekeren tegen alle noodzakelijke zorg zoals ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en medicijnen. De inhoud van het basispakket is door de overheid wettelijk vastgesteld en is voor iedereen hetzelfde. De zorgverzekeraars voeren deze wet uit. Uit voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat op 1 mei 2008 er in Nederland 171.000 onverzekerden waren.

Zorgkosten stijgen structureel

In 2009 bedragen de zorgkosten circa € 58 miljard. In het kader van de Zvw wordt ruim € 31 miljard uitgegeven, de AWBZ kost ruim € 21 miljard. De uitgaven voor gezondheidszorg veranderen geleidelijk, onder andere door de bevolkingssamenstelling. Het aantal inwoners stijgt gestaag en de levensverwachting gaat omhoog. Ouderen krijgen bovendien vaker te maken met chronische ziekten, waardoor de vraag naar geneeskundige zorg blijft toenemen. Zorgverzekeraars Nederland raamt de uitgaven van de zorgverzekeraars aan curatieve zorg in 2010 op € 33,6 miljard. Dit is een stijging van 2,6% ten opzichte van 2009¹. Het ministerie van VWS raamt de uitgaven in het kader van de AWBZ op € 23,3 miljard.

Steeds meer Nederlanders verzekeren zich bij steeds grotere zorgverzekeraars. Tabel 1 laat dat zien.

Tabel 1 Aantal zorgverzekeraars (risicodragers) naar aantal verzekerden

Aantal verzekerden	2006	2007	2008
> 1.000.000	5	5	5
500.000 – 1.000.000	5	3	5
400.000 – 500.000	3	4	2
300.000 – 400.000	4	5	4
200.000 – 300.000	1	0	2
100.000 – 200.000	6	7	6
50.000 – 100.000	5	5	5
< 50.000	4	3	3
Totaal	33	32	32

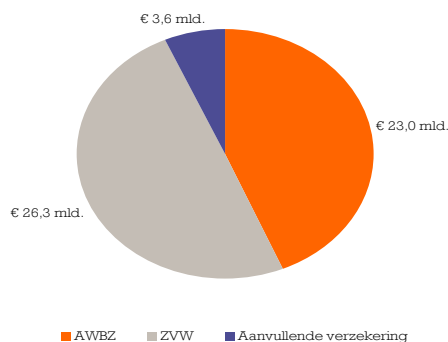
Bron: Vektis

¹ Dit betreft de brutoschadelast voor zorgverzekeraars, inclusief de eigen betalingen als gevolg van het verplichte eigen risico van verzekerden, exclusief vrijwillig eigen risico.

De Zvw kenmerkt zich door een privaatrechtelijke uitvoering onder publieke randvoorwaarden. Zij bevat een wettelijk kader dat diversiteit in product- en dienstenaanbod mogelijk maakt. Publieke randvoorwaarden als de verzekeringsplicht voor inwoners, de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie op basis van gezondheidskenmerken, maken daarnaast een systeem van risico-verevening vooral voor kleine zorgverzekeraars wenselijk.

De laatste groep heeft door de smallere verzekerdenbasis met een minder voorspelbare schadelastontwikkeling te maken. Naarmate de marktwerking dieper in de gezondheidszorg wortelt, treedt de overheid steeds verder terug.

Figuur 1 Nettolasten zorgverzekeraars 2008



Bron: Vektis

Diverse inkomstenbronnen

Een zorgverzekeraar heeft verschillende inkomstenbronnen. Op een aantal bronnen heeft hij rechtstreeks invloed. Zo bepaalt hij zelf de hoogte van het nominale deel van de Zvw-premie. Vijftig procent van de totale ziektekosten moet door de nominale premie worden opgebracht. Dat kan de verzekeraar deels ook realiseren door de premie-inkomsten te beleggen.

Daarnaast is het zorgverzekeringsfonds een belangrijke inkomstenbron van de zorgverzekeraar. Hij heeft op basis van de risicoverevening recht op uitkeringen uit dit fonds. Via de risicoverevening wordt op macroniveau namelijk vijftig procent van de totale ziektekosten betaald. Wijkt de verdeling nominale – inkomensafhankelijke premie af van de gewenste 50-50 verdeling dan wordt dat via allerlei complexe mechanismen achteraf hersteld. Dit is één van de basisprincipes van de privaatrechtelijke uitvoering van de Zvw.

Ook als uitvoeringsorgaan AWBZ heeft de zorgverzekeraar op basis van indicatiestelling voor de AWBZ-verzekerde verplichtingen. Deze functie hebben zorgverzekeraars per regio aan een verzekeraar met de meeste verzekerden in die regio gemandateerd. Deze zorgverzekeraar treedt op als zorgkantoor en ontvangt uitkeringen uit het Algemeen Fonds Bijzondere Zorgkosten (AFBZ).

Op grond van de AWBZ en de Zvw draagt iedere werkende of niet werkende Nederlander verplichte premies af. Voor een modaal inkomen komt dat neer op:

Tabel 2 Verplichte premie- en belastingafdracht

Bedrag p.j.	Voor
€ 3.838	Premie Volksverzekering AWBZ
€ 1.200	Nominale premie Zvw
€ 2.200	Inkomensafhankelijke premie Zvw
€ 1.000	Gemiddelde afdracht belasting bijtelling basiszorgverzekering
€ 8.238	Totaal

Bron: Staatscourant 25-06-2009

Om te voorkomen dat verzekerden een te groot deel van hun inkomen kwijt zijn aan ziektekostenpremie, is de zorgtoeslag ingevoerd. Voor 2010 staat hiervoor € 4 mld. begroot. Een verzekerde of een gezin hoeft niet meer dan een bepaald percentage van het inkomen te besteden aan ziektekostenpremie. Het systeem van de zorgtoeslag is zodanig in elkaar gezet dat iedere verzekerde merkt dat hij voor ziektekosten moet betalen. De bedoeling van de Zvw is ook het gevoel uit te bannen dat zorg gratis is. Indien een verzekerde zijn nominale premie niet betaald, dan mag de zorgverzekeraar eisen dat de zorgtoeslag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar wordt overgemaakt.

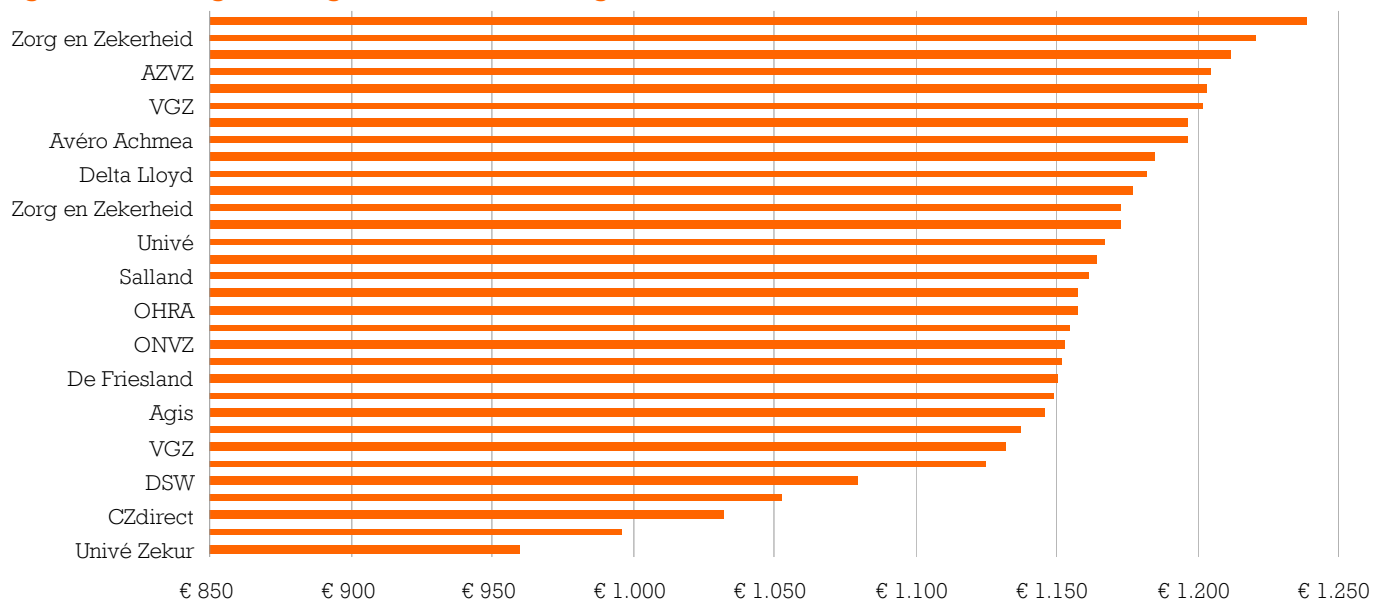
1 De nominale premie

Iedere verzekeringsplichtige moet zelf rechtstreeks een deel van de ziektekostenpremie aan de zorgverzekeraar betalen. In de volksmond is dit de nominale premie. De hoogte van de nominale premie wordt elk jaar opnieuw vastgesteld. De zorgverzekeraars bepalen zelf de hoogte van de premie. Per aangeboden type verzekeringspolis mag de nominale premie verschillen. Deze premie is voor alle houders van eenzelfde type polis gelijk, ongeacht zijn leeftijd (boven de 18 jaar) en het gezondheidsrisico. Wie jonger is dan 18 jaar, betaalt geen nominale premie. Voor hen stort de overheid een rijksbijdrage in het zorgverzekeringsfonds. Voor deze verzekerden ontvangen verzekeraars een uitkering uit het zorgverzekeringsfonds.

Per 1 januari 2008 geldt voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Doel van het eigen risico is dat patiënten goed afwegen of het gebruik van medische voorzieningen nodig is. Hierdoor dalen de kosten van de gezondheidszorg en daarmee de hoogte van de nominale Zvw-premie. Het verplicht eigen risico stijgt voor 2010 van €155 naar €165.

Vrijwillig koos ongeveer 5% van de verzekerden per 2009 voor een aanvullend eigen risico. Sommige zorgverzekeraars hadden toen bepaald dat verzekerden hun verplichte, eigen risico niet kwijt zouden zijn bij een bezoek aan een

Figuur 2 Premiegrondslagen basisverzekering 2009



Bron: www.verzekeringssite.nl

zogenaamd 'voorkeursziekenhuis'. Een ziekenhuis waar een zorgverzekeraar verzekerden bij de behandeling voor bepaalde aandoeningen nadrukkelijk naar verwijst. In de loop van 2009 hebben enkele van hen dit weer laten vallen omdat verzekerden dit 'sturen' bij het kiezen van een zorgaanbieder niet altijd kunnen waarderen.

Opbouw basispremie

Verzekeraars ontvangen uit het zorgverzekeringfonds een bijdrage ter gedeeltelijke dekking van de zorgkosten die zij moeten betalen. Verder ontvangen ze eigen betalingen van verzekerden. Het bedrag dat een verzekeraar uit het zorgverzekeringfonds ontvangt is zodanig dat hij – rekeninghoudend met zijn verzekerdenpopulatie en een gemiddeld kostenpatroon – per premiebetalende verzekerde een gelijk bedrag op zijn zorgkosten tekort komt. Dit bedrag is de zogenoemde nominale rekenpremie. Verzekeraars dienen echter ook hun beheerskosten en exploitatiesaldi te dekken. Dit kunnen zij alleen door een opslag te leggen op de rekenpremie; de opslagpremie. In die opslag kunnen verzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risico-opslagen verwerken. Voor 2010 is de rekenpremie vastgesteld op € 983 per jaar. De gemiddelde basispremie wordt voor 2010 op € 1.085 geraamd ten opzichte van € 1.064 in 2009 (tabel 3). Dit is exclusief collectiviteitskorting en eigen risico. Vanwege indexatie stijgt het verplichte eigen risico van € 155 in 2009 naar € 165 in 2010. Het gemiddelde bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen zal daardoor met ruim € 5 stijgen. Afhankelijk van het inkomen en de gezinssituatie kan de verzekeringsplichtige bovendien in aanmerking komen voor een

fiscale compensatie voor de nominale premie: de zorgtoeslag.

De belangrijkste oorzaak van de stijging van de premies is dat de zorguitgaven sneller groeien dan het aantal premiebetalers en het premieplichtig inkomen.

Tabel 3 Premieoverzicht Zvw (op jaarbasis)

	2008	2009	2010
Standaardpremie	1.200	1.209	1.235
-/- Eigen risico (gemiddeld)*	103	106	111
Nominale premie excl. korting collectieve polissen (gemiddeld)	1.097	1.103	1.123
-/- Premiekorting in collectieve polissen	44	39	38
Nominale premie totaal (gemiddeld)*	1.053	1.064	1.085
-/- Nominale opslagpremie (gemiddeld)*	83	117	103
Nominale rekenpremie	970	947	983
<i>Nominale premie totaal 18-</i>	0	0	0
<i>Verplicht eigen risico</i>	150	155	165
<i>Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (in %)</i>	7,20	6,90	7,05
<i>Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (in %)</i>	5,10	4,80	4,95

Bron: Rijksbegroting 2010, *raming

Basispremies kostendekkend?

In de afgelopen twee jaar vertoonde de gemiddelde marge op de basisverzekering een lichte stijging. In 2009 lijkt er

weer een verslechtering op te treden. Zo voorspelt BS Health Consultancy (BHC) dat de lage nominale premie, de verdere collectivisering van het verzekerdenbestand en de stijgende collectiviteitskorting tot een negatief technisch resultaat op de basisverzekering van circa € 320 miljoen zullen leiden. Dit bureau verwacht bovendien dat het verlies voor de zorgverzekeraars verder zal oplopen door tegenvallende beleggingsopbrengsten.

Of de premie daadwerkelijk kostendekkend is, is nog maar de vraag. Het is nog te vroeg om te bepalen of verzekeraars daadwerkelijk voor 2009 een negatief technisch resultaat realiseren.

De combinatie van operationele verliezen en geleidelijk toenemende risico's bij zorgverzekeraars heeft tot hogere kapitaal-eisen geleid. De Nederlandse Bank (DNB) eist van zorgverzekeraars dat zij in 2010 meer eigen vermogen gaan aanhouden: de solvabiliteits-eis gaat van 8 naar 9%. Concreet betekent dit dat wanneer zorgverzekeraars deze eis naar hun premies toe vertalen er ongeveer € 25 extra premie per verzekerde zou worden berekend. Dat de premie minder hard stijgt is mede het gevolg van het feit een deel van de nieuwe premies al was vastgesteld ten tijde van de aankondiging. Bovendien voldoen alle zorgverzekeraars al aan de hogere vermogens-eis.

Verzekeraars bieden onder verschillende labels verschillende basispolissen aan, waarbij de premie is gekoppeld aan diverse polisvormen. Zo kan één verzekeraar zowel tot de duurder, als tot de goedkopere aanbieders behoren. Afgezien van kortingen en variaties in eigen risico bedraagt het verschil tussen de hoogste en de laagste basispremie per basispolis in 2010 bijna € 300.

Collectiviteitskortingen lopen op

De hoogte van de nominale premie stellen zorgverzekeraars vast afhankelijk van de verzekeringsvorm. Er worden zowel naturaverzekeringen, restitutieverzekeringen, als combinaties van beide soorten aangeboden. In de meeste gevallen is een naturaverzekering iets goedkoper. Ook de keuze voor een eigen risico kan de premiehoogte beïnvloeden. Naast het verplichte eigen risico van € 165 kan de verzekerde tegen een korting op de premie kiezen voor een vrijwillig eigen risico tussen de € 100 en € 500. Vanaf 2009 mag een zorgverzekeraar trouwe klanten belonen met een korting op de nominale premie. Hoeveel die korting bedraagt, bepaalt hij zelf. De administratiekosten van de zorgverzekeraars voor de invoering van het verplicht eigen risico in het jaar 2008 zijn hoger uitgekomen dan geschat. De kosten verschillen per verzekeraar en hangen af van de gekozen aanpak en het gebruikte administratiesysteem.

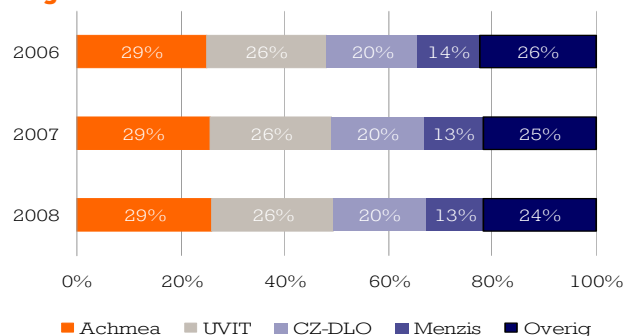
Ten slotte kan het zijn dat een werkgever of een organisatie een collectief contract met een zorgverzekeraar afsluit en de verzekerde zich daarbij aansluit. De premie van een collec-

tief contract mag maximaal 10% lager zijn dan die van eenzelfde individuele zorgverzekering. In 2008 was 59% van de verzekerden collectief verzekerd. In 2009 is dat opgelopen naar bijna 60,4%. De gemiddelde collectiviteitskorting is gestegen van 6,9% in 2008 naar 7,1% in 2009. Werkgeverscollectiviteiten blijven ook in 2009 de belangrijkste collectiviteiten, maar het aantal verzekerden dat via zogenaamde 'gelegenhedscollectiviteiten' op basis van lidmaatschap is verzekerd, neemt toe. De loyaliteit van werkgevers trachten verzekeraars te behouden en te vergroten door het bieden van bedrijfsgezondheidspakketten. Deze pakketten combineren zorg met andere diensten en producten met als doel het verminderen van verzuim en het verhogen van de productiviteit. Momenteel is voor circa 10% van de beroepsbevolking een dergelijk pakket afgesloten. Daarnaast geven enkele zorgverzekeraars een aanvullende korting als verzekerden de premie aan het begin van het jaar betalen.

Stabiele marktverhoudingen

De introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft het overstapgedrag van verzekerden eenmalig beïnvloed. Nadat 19% van de verzekerden in dat jaar van zorgverzekeraar wisselde, is de mobiliteit sterk teruggelopen tot 3,5% in 2009. Uit onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat voor 2010 een vergelijkbaar aantal verzekerden van plan is over te stappen. Consumenten vinden het vaak nog te veel moeite en zien te weinig verschillen in premie en dekking. Voor mensen die wél een overstap overwegen, is besparen veruit de belangrijkste reden. 65-plussers wisselen bijna niet. Ondanks het beperkte aantal overstappers is er wel sprake van premieconcurrentie. Dit heeft tot nog toe echter nauwelijks tot gewijzigde marktverhoudingen geleid (figuur 3).

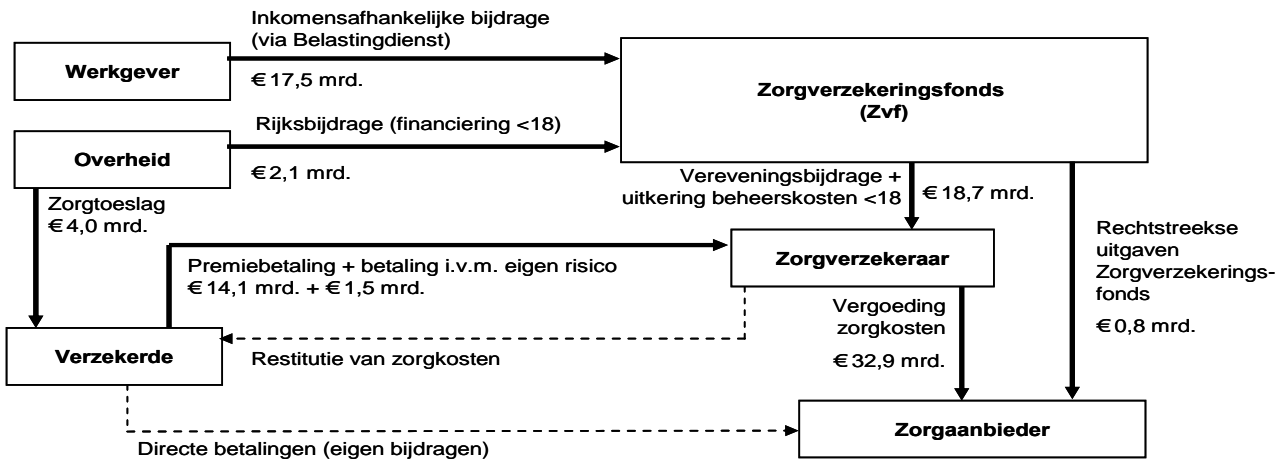
Figuur 3 Ontwikkeling marktaandelen 4 grootste zorgverzekeraars



Bron: NZa

De verzekerde kiest normaal gesproken tussen slechts een beperkt aantal vergelijkbare polissen. Het maximale prijsverschil van zo'n 25% tussen de hoogste en de laagste basispremie is door de vele kortingen en verschillende polisvormen voor de individuele verzekerde in de praktijk dan ook veel kleiner. Bovendien blijkt uit mobiliteitsonderzoek dat de

Figuur 4 Fondsenstromen Zvw 2010



Bron: ING Economisch Bureau

prijselasticiteit van zorgverzekeringen beperkt is en staan niet elk jaar nieuwe prijsvechters op die kunnen concurreren met de bestaande partijen, labels of polisvormen. Evenals vorig jaar constateert ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat in 2009 de dynamiek van de eerste jaren van het nieuwe stelsel ontbreekt. De indicatoren die de mate van concurrentie weergeven veranderen nauwelijks. De marktconcentratie blijft onverminderd hoog en toetreders hebben zich niet gemeld. De producthomogeniteit blijft eveneens hoog, mede door het uitblijven van selectieve contractering op bredere schaal (zoals bij de ZEKUR-polis van Univé). De spreiding in premies is per saldo ongeveer gelijk. De verzekerdmobilititeit is evenals in 2008 beperkt. Ten slotte constateert de NZa dat de lage prijsgevoeligheid van verzekerden ten opzichte van 2008 niet toegenomen.

Aantal wanbetalers stijgt

Wanbetalers vormen een probleem voor zorgverzekeraars. Zij beperken de inkomsten en verhogen de kosten, ook voor verzekerden die wel (op tijd) betalen. Eind 2008 hadden zorgverzekeraars te maken met 280.000 verzekerden die hun nominale premie niet betaalden. Dit is een stijging van 16% ten opzichte van 2007. Eind 2006 lag het aantal wanbetalers nog op 190.000 personen. Een wetsvoorstel voor het structureel oplossen van dit probleem is in voorbereiding. Het wetsvoorstel beperkt het debiteurenrisico voor zorgverzekeraars tot zes maanden premieachterstand. Als de zorgverzekeraar een dossier opbouwt dat minimaal een overzicht van aanmaningen en een aanbod voor betalingsregeling bevat, dan wel wijst op de mogelijkheden van schuldhulpverlening, kan de wanbetaler overdragen worden aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Zolang de premieachterstand niet is weggewerkt, neemt het CVZ het debiteurenrisico over.

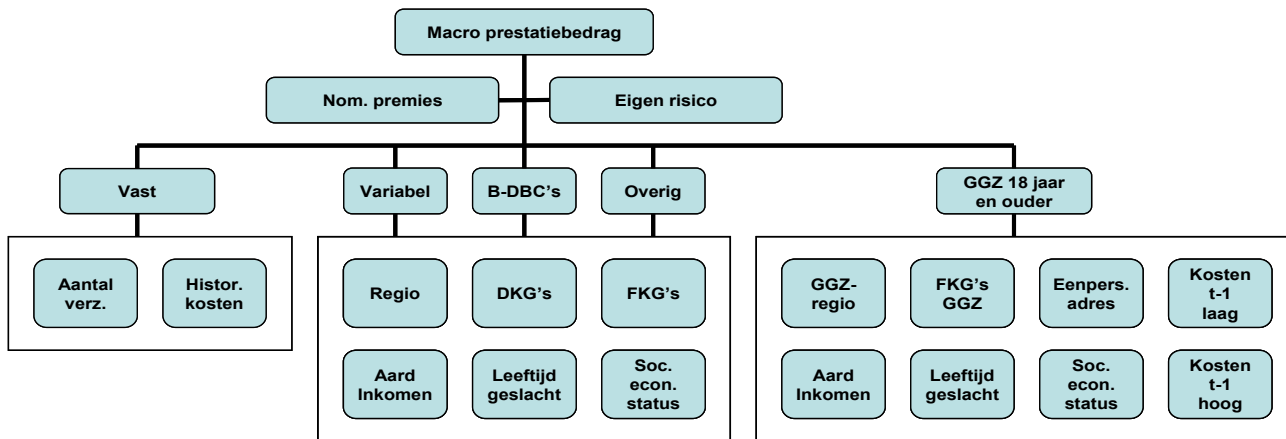
Steeds meer mogelijkheden om verzekerden te sturen

Geleidelijk aan krijgen zorgverzekeraars de beschikking over instrumenten om zich ten aanzien van verzekerden te onderscheiden ten opzichte van de concurrentie. In het nieuwe zorgstelsel kunnen verzekeraars selectief zorg inkoop bij ziekenhuizen en hun verzekerden naar de geselecteerde ziekenhuizen sturen. Per 1 januari 2009 mogen verzekeraars het eigen risico als sturingsinstrument gebruiken. Bijvoorbeeld via voorkeursaanbieders: verzekeraars kunnen ervoor kiezen geen eigen risico te berekenen voor zorg die verzekerden afnemen bij gecontracteerde aanbieders. Een beperkt aantal zorgverzekeraars gebruikt tot nu toe het eigen risico in 2009 om verzekerden te stimuleren van voorkeursaanbieders gebruik te maken. Meestal geldt dit voor een beperkt aantal behandelingen. Tot nu toe heeft verzekerdensturing via selectieve zorginkoop slechts beperkt succes. Verzekerden bekijken een bonusregeling vaak nog met argwaan. Zij laten bij de keuze voor een zorgaanbieder het advies van een arts prevaleren boven de financiële vergoeding.

2 De inkomensafhankelijke premie

Naast het nominale deel betaalt iedere verzekerde naar draagkracht een deel van zijn inkomen voor ziektekosten. Als de verzekerde een werkgever heeft of een uitkering geniet, dan zijn de werkgever en de uitkeringsinstantie wettelijk verplicht de inkomensafhankelijke premie te compenseren. De hoogte van het inkomensafhankelijke deel van de premie wordt elk jaar opnieuw vastgesteld. De premiegrondslag is op dit moment gemaximeerd tot de eerste twee belasting-schijven. Voor 2010 is de inkomensafhankelijke bijdrage van 6,9% verhoogd naar 7,05%. Voor 2010 bedraagt dit bedrag maximaal € 2.308,- per werknemer. Via de belastingdienst wordt de inkomensafhankelijke premie geïnd. Vervolgens worden deze bedragen gestort in het zorgverzekeringsfonds. Vanuit dit fonds vindt de risicoverevening plaats. Voor zelfstandige ondernemers en andere mensen zonder

Figuur 5 Ex-ante verrekening ZVW 2010



Bron: ING Economisch Bureau

werkgever geldt een verlaagde inkomensafhankelijke bijdrage van 4,95%.

De vereveningsbijdrage

Bij de invoering van de Zvw is gekozen voor een financiële compensatie van voorspelbare verliezen in de vorm van een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Hiervoor is het risicovereveningsmodel ontwikkeld.

Het zorgverzekeringsfonds wordt gevoed door een rijksbijdrage en door inkomensafhankelijke premies die werkgevers, uitkeringsinstanties en zelfstandigen afdragen aan de Belastingdienst (figuur 4). Zorgverzekeraars ontvangen naast nominale premies van verzekerden, uitkeringen uit dit fonds. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt zo vastgesteld dat deze naar verwachting 50% van de macropremielast dekt. Uitgangspunt voor de bekostiging is dat het nominale (inclusief rijksbijdrage en eigen risico) en inkomensafhankelijke deel beide de helft van de premielast dragen.

De vereveningsbijdrage bestaat uit een (ex ante) bedrag dat op basis van individuele gezondheidskenmerken van verzekerden is vastgesteld. De voorspelbare kostenverschillen die uit verschillen in gezondheid van verzekerden voortvloeien, worden hierdoor zoveel mogelijk weggenomen. Het ex ante systeem wint van jaar op jaar aan voorspelkracht, doordat zowel het model als de daarmee verwerkte gegevens kwalitatief verbeteren.

Het risicovereveningssysteem is gebaseerd op de verzekerdenkenmerken en historische kosten. 2009 was het eerste jaar dat gewerkt kan worden met gegevens uit het nieuwe stelsel met één basisverzekering met dezelfde zorgaanspraken voor alle verzekerden. Naarmate het ex ante vereveningsmodel aan kwaliteit wint, wordt de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. Deze risicodragendheid wordt bepaald door de inzet van ex post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem. Ook over het verslagjaar

2010 worden zorgverzekeraars voor een substantieel deel achteraf gecompenseerd door een (ex post) bijstelling van de vereveningsbijdrage.

2.1 Ex ante risicoverevening

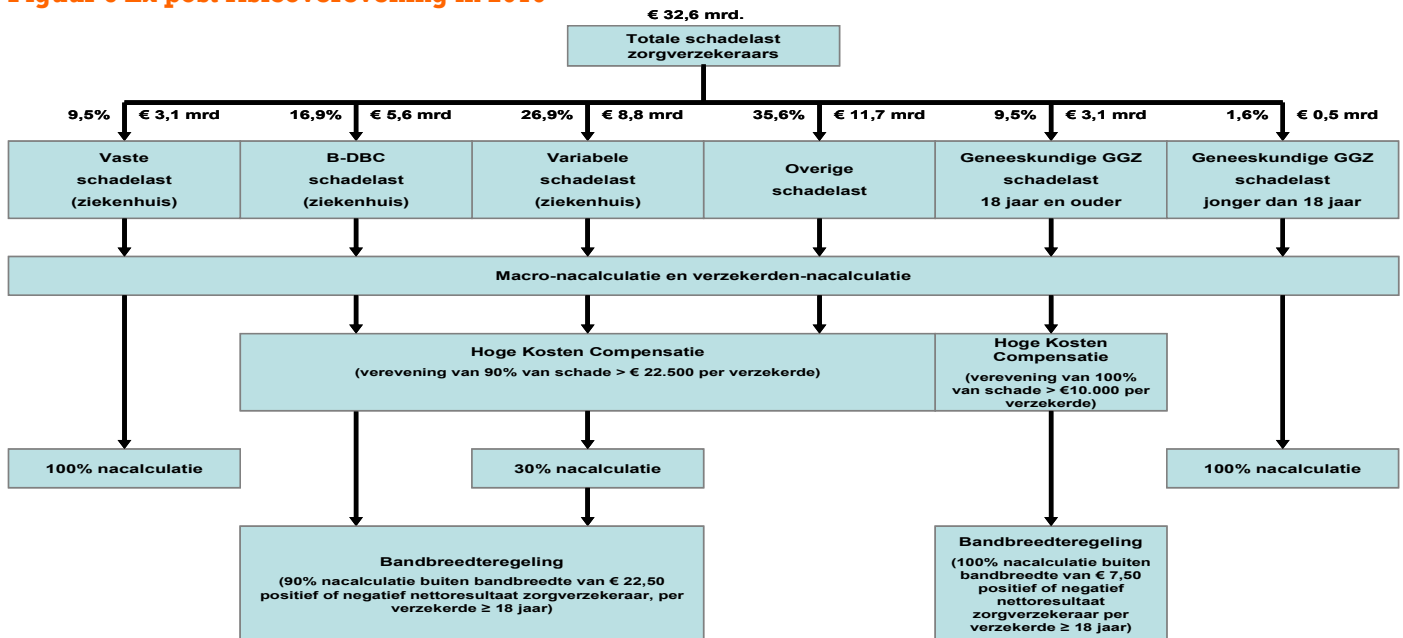
De overheid begroot elk jaar het 'macro prestatiebedrag' voor de verwachte uitgaven krachtens de Zvw. Dit bedrag wordt per verzekerde gekoppeld aan gezondheidskenmerken, waarbij een financieel gewicht wordt toegekend aan ieder kenmerk. Het CVZ berekent voor elke zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage die gewogen is aan de hand van de gezondheidskenmerken van zijn verzekerden. Figuur 5 geeft een schematische weergave van het ex ante vereveningsproces in 2010.

Als zorgkostenvoorspellende kenmerken worden gebruikt: combinaties van leeftijd en geslacht, de farmaceutische kostengroepen (FKG: gezondheidsvariabelen gebaseerd op medicijngebruik), de diagnostische kostengroepen (DKG: gezondheidsvariabelen gebaseerd op zorggebruik in ziekenhuizen), de aard van het inkomen, de regio waarin de verzekerde woonachtig is en de sociaal-economische status. Het naar gezondheidskenmerken gewogen bedrag wordt per verzekerde in vijf uitgavencategorieën gesplitst, te weten:

1. *Kosten van B-DBC's* (Hierna: B-DBC schadelast).
2. *Vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp* (Hierna: vaste schadelast).
3. *Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp* (Hierna: variabele schadelast).
4. *Kosten van overige prestaties zoals huisarts, medicijnen en paramedische hulp* (Hierna: overige schadelast).
5. *Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)* (Hierna: geneeskundige GGZ schadelast).

De verwachte vaste kosten van ziekenhuisverpleging bestaan in de ex ante verevening enerzijds uit een vast bedrag per verzekerde en anderzijds uit een bedrag voor overige vaste

Figuur 6 Ex post risicoverevening in 2010



Bron: ING Economisch Bureau

kosten, dat afhankelijk is van historische kosten. Bij de toewijzing van de ex ante vereveningsbijdrage houdt men rekening met de te verwachten inkomsten van de nominale premie per verzekeraar op basis van de rekenpremie, de te verwachten ontwikkeling van zorguitgaven en de hoogte van het verplichte eigen risico van € 165.

2.2 Ex post risicoverevening

Het tweede onderdeel van het risicovereveningssysteem is de ex post verevening. Na afloop van elk jaar, wordt voor de vijf uitgavencategorieën voor elke verzekeraar de werkelijke schadelast per verzekerde vastgesteld. De uitgavencategorie geneeskundige GGZ schadelast wordt gesplitst in schadelast voor cliënten jonger dan 18 jaar en cliënten van 18 jaar en ouder. Vervolgens vindt per uitgavencategorie de ex post compensatie plaats via grofweg twee mechanismen: de hoge-kostencompensatie en de nacalculatie. Figuur 6 geeft een schematische weergave van het ex post vereveningsproces in 2010.

De macro-nacalculatie en de verzekerdenacalculatie vinden als eerste plaats. Hierbij worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor afwijkingen ten opzichte van de begrote landelijke groei van de zorgkosten. Vervolgens wordt de ex ante vereveningsbijdrage herberekend voor veranderingen in de verzekerdenpopulatie per verzekeraar gedurende het jaar.

De hoge-kostencompensatie bestaat uit een verdeling onder alle zorgverzekeraars van – een deel van – de schadelast die veroorzaakt wordt door zeer 'dure' verzekerden. Voor zover het schadebedrag van een individuele verzekerde hoger is

dan een drempelwaarde, wordt een percentage van het bedrag boven deze drempelwaarde verevend over alle zorgverzekeraars. Op de kosten van overige prestaties, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van b-DBC's wordt de hoge-kostencompensatie toegepast, waarbij verzekeraars de kosten boven een drempelbedrag van € 22.500 per individuele verzekerde ten laste van een (fictieve) pool kunnen worden gebracht. Boven de drempelwaarde worden de kosten voor 90% verevend over alle zorgverzekeraars. Ook voor de kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (circa 9,5% van de totale schadelast) geldt een hoge-kostencompensatie. De drempelwaarde bedraagt € 10.000 per verzekerde en het vereveningspercentage 100%.

Nacalculatie is geen vorm van verrekening tussen verzekeraars, maar een directe verrekening met het Zorgverzekeringsfonds. Het verschil tussen de daadwerkelijke kosten en de ex ante vereveningsbijdrage wordt (gedeeltelijk) vergoed uit of (gedeeltelijk) betaald aan het zorgverzekeringsfonds.

In 2010 zullen de vaste schadelast (circa 9,5% van de totale schadelast) en de geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar (circa 1,6%) voor 100% worden nagecalculeerd, waardoor zorgverzekeraars geen risico lopen over deze deelbedragen. Negatieve resultaten worden volledig gecompenseerd en positieve resultaten moeten volledig worden afgedragen. In 2010 worden verder twee bandbreedteregelingen toegepast. De eerste geldt voor zowel het deelbedrag "variabele kosten van ziekenhuisverpleging" als het deelbedrag "kosten van b-DBC's" en wordt in 2010

Tabel 4 Samenvattend overzicht afbouw ex post compensatiemechanismen

	2008	2009	2010
Ziekenhuis vast			
GGZ jonger dan 18 jaar			
Nacalculatie	100%	100%	100%
Ziekenhuis variabel			
Nacalculatie	50%	40%	30%
Kosten B-DBC's			
Nacalculatie	-	15%	-
Hogekostencompensatie			
	<i>Variabel + B-DBC's + Overig</i>	<i>Variabel + B-DBC's + Overig</i>	<i>Variabel + B-DBC's + Overig + GGZ (18+)</i>
- Drempelwaarde	€ 20.000 per verzekerde	€ 20.000 per verzekerde	€ 22.500 per verzekerde
- Nacalculatie	90%	90%	90%
			<i>GGZ (18 jaar en ouder):</i> € 10.000 per verzekerde 100%
Bandbreedteregeling			
	<i>Variabel</i>	<i>Variabel + B-DBC's</i>	<i>Variabel + B-DBC's + GGZ</i>
- Bandbreedte	€ 40	€ 45	€ 45; GGZ (18+): € 15
- Nacalculatie	90%	90%	90%; GGZ (18+): 100%

Bron: VWS, CVZ, Vektis

gelijkgehouden op een bandbreedte van € 45. Dit wil zeggen dat indien een verzekeraar na toepassing van alle compensatiemechanismen meer dan € 22,50 hogere variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van b-dbc's per verzekerde heeft dan het landelijk gemiddelde, het meerdere voor 90% wordt nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij € 22,50 lagere kosten.

De tweede bandbreedteregeling geldt voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Daarvoor geldt een bandbreedte van € 15 en een nacalculatiepercentage van 100%.

De vereveningsbijdrage 2010 per verzekeraar wordt vervolgens bepaald door de normatieve kosten te verminderen met de eigen inkomsten van een verzekeraar uit de nominale rekenpremie en het bedrag van het verplichte eigen risico. Dit betekent dat de kosten onder de € 165 niet meer ten laste van de verzekeraars komen². Om hiervoor te corrigeren wordt gebruik gemaakt van een model.

2.3 Toekomst van de ex post verevening

Per 2010 wordt een risicovereveningsmodel voor de GGZ ingevoerd dat naast vergelijkbare verdeelkenmerken als leeftijd, geslacht, aard van het inkomen (AVI) en sociaal economische status (SES) ook specifieke kenmerken als GGZ-regiocriterium, FKG 'psychische aandoeningen' en of verzekerde al dan niet op een eenpersoonsadres woonachtig kent. Het risicovereveningsmodel 2010 voor de curatieve GGZ

² exclusief huisarts, verloskunde, kraamzorg en de tot en met 21 jaar uitgebreide jeugdandheekunde, maar inclusief kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

heeft echter uitsluitend betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Om de eenvoudige reden dat de kwaliteit van de gegevens voor de jeugd-GGZ op dit moment onvoldoende is om risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars te laten plaatsvinden.

De afbouw van de ex post verevening is echter duidelijk ingezet (tabel 4). Ten opzichte van 2008 vallen vooral de volgende aanpassingen op:

1. De nacalculatie is per 2010 verder verlaagd. De 100%-nacalculatie van kosten van geneeskundige GGZ voor personen van 18 jaar en ouder wordt vervangen door een hogekostencompensatie en een bandbreedteregeling. Verder wordt de nacalculatie van kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp van 40% naar 30% teruggeschroefd en de nacalculatie van B-DBC-kosten afgeschaft.
2. Inzet richting ggz is het afschaffen van de nacalculatie zodra voldoende cijfermateriaal beschikbaar is. Het beleid voor 2010 is in oktober 2009 gecommuniceerd.

Een volgende stap in de afbouw van het ex post risico vereveningssysteem is het toevoegen van een verdeelcriterium op basis van hulpmiddelengebruik. Daartoe wordt de vastlegging van declaraties hulpmiddelen geüniformeerd. Men heeft reeds onderzoek naar de toegevoegde waarde van een dergelijk verdeelkenmerk gedaan. De onderzoekers concluderen dat een uitbreiding met de geselecteerde hulpmiddelencategorieën als afzonderlijke Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) aan het ex ante vereveningsmodel leidt tot een verbetering van de verevenende werking. Voor een zinvolle toepassing van HKG's als vereveningscriterium in het ex ante risicovereveningsmodel is het hulpmiddelengebruik momen-

teel echter nog onvoldoende meetbaar vanwege (grote) verschillen tussen verzekeraars in zowel registratie als inkoopwijze. Daarom wordt de registratie van het hulpmiddelengebruik nauwgezet gevolgd.

2.4 Prikkel zorgverzekeraars

Het vergroten van de financiële prikkel voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen vormt een belangrijk onderdeel van het kabinetsbeleid. Per saldo lopen de zorgverzekeraars in 2010 een groter financieel risico dan voorheen. Over 38% van de zorgkosten wordt het financieel risico via nacalculatie verkleind of geheel opgeheven. Voor de overige zorg worden de hoogste kostenposten verdeeld over alle zorgverzekeraars en – behalve voor de overige prestaties – resultaten voor een deel afgeroomd.

De zorgverzekeraars ontvangen daarnaast per maand een voorschot uit het zorgverzekeringsfonds. Deze uitkering is gebaseerd op historische 'gemiddelde' samenstelling van de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar aangepast met gegevens als gemiddelde jaarlijkse mutaties etc. Het CVZ verzorgt per verzekeraar de berekening hiervan. Als de verzekerdenpopulatie zich ontwikkelt zoals het CVZ heeft voorspeld, dan is de kans groot dat de zorgverzekeraar geen financiële risico's loopt als gevolg van de wijziging van zijn verzekerdenpopulatie.

Wijkt de verzekerdenpopulatie fors af van het gehanteerde gemiddelde, dan kan de zorgverzekeraar vragen om aanpassing van het voorschot. Gedurende de aanvraag en ingeval CVZ het verzoek afwijst loopt de verzekeraar een financieringsrisico wat consequenties kan hebben voor zijn werk-kapitaalbehoefte.

Alhoewel verzekeraars dus een sterk ingeperkt financieel risico lopen en niet weten of zij een gemiddelde verzekerdenpopulatie hebben, ontplooiën alle zorgverzekeraars initiatieven die gericht zijn op uitgavenbeperking, preventie en kwaliteitsverhoging door zich via de zorginkoop actief te bemoeien met de zorgverlening. Een voorbeeld is het financieel stimuleren van zorgvernieuwing. Dit gebeurt onder meer door het bevorderen van best practices en initiatieven voor meer vraagsturing en samenhang in het zorgaanbod.

Verder hebben verschillende zorgverzekeraars onder het 'preferentiebeleid' al succesvol kostenbesparingen op bepaalde medicijngroepen afgedwongen door alleen een geneesmiddel van de fabrikant met de laagste prijs voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

Een goede ex ante risicoverevening compenseert voorspelbare verliezen in voldoende mate en maakt risicoselectie onrendabel. Door de toevoeging van steeds meer aanvullende verklarende factoren kan een steeds groter gedeelte van de zorgkosten per verzekerde voorspeld worden. Voorwaarde is natuurlijk een betrouwbare statistische database

van zorguitgaven naar kenmerken van verzekerden. De ex post compensatie voor niet-voorspelbare verliezen kan dan worden teruggeschroefd om zo meer ondernemersrisico in de uitvoering van de basisverzekering toe te laten.

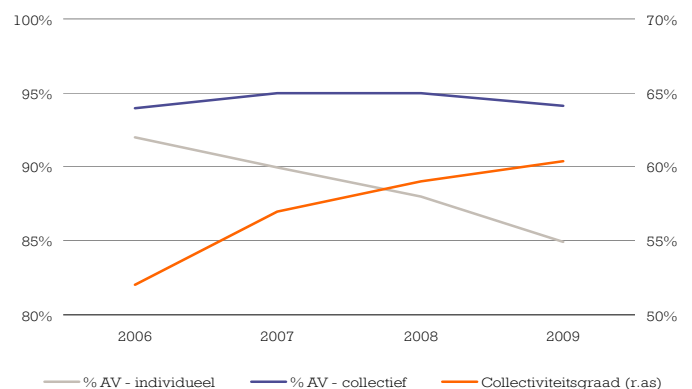
De overheid wil het ex post mechanisme afbouwen om, in lijn met de toenemende risicodragendheid van zorginstellingen, het financiële risico voor verzekeraars te vergroten. Op dit moment bestaan nog weinig financiële prikkels voor verzekeraars om zich actief met de zorg te bemoeien. Zorgverzekeraars kunnen de gewenste regierol nog succesvoller vervullen als zij de effecten van zorggericht beleid meer in hun eigen resultaten vertaald zien. Het beleid van de overheid zou er dan ook op gericht moeten zijn de prikkel voor zorgverzekeraars te versterken.

3 De aanvullende premie

Steeds meer verzekerden kiezen ervoor geen aanvullende verzekering af te sluiten. Van de individueel verzekerden heeft dit jaar voor het eerst meer dan 15% geen aanvullende verzekering (figuur 7). Van de collectief verzekerden heeft 94% in 2009 één of meerdere aanvullende verzekeringen. Iets meer dan helft van de verzekerden heeft zich bij een collectief aangesloten. Onduidelijk is of de verzekerden die een aanvullende verzekering afnemen in 2009 voor een verzekering met een andere dekking hebben gekozen.

Aanvullende ziektekostenverzekeringen geven sinds 2006 dekking voor maximaal 9% van het totale zorgaanbod. Dit is een smalle basis. Bovendien gaat het grotendeels om relatief beperkte uitgaven. De concurrentie op de markt voor aanvullende zorgverzekeringen neemt toe.

Figuur 7 Aanvullende en collectieve verzekering in procenten verzekerden



Bron: Vektis

Naast de traditionele 'ontdubbeling' worden meer onderdelen in de aanvullende verzekering niet-zorg gerelateerd. Zo wordt de reisverzekering en de 'terugkeer naar werk' in de aanvullende verzekering geïntegreerd. Er ontstaan steeds

meer hybride pakketten. De premieopbrengsten van aanvullende verzekeringen nemen hierdoor af. Sinds de invoering van de Zvw compenseren de geïnde premies voor aanvullende verzekeringen niet meer de verliezen op de hoofdverzekering.

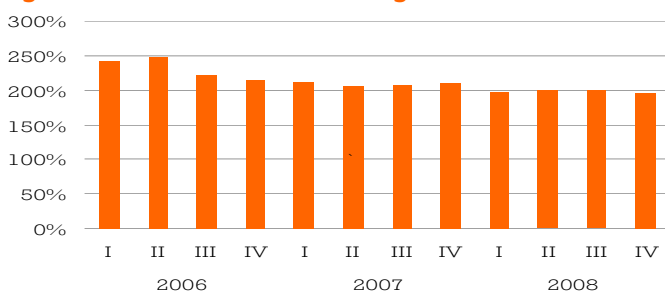
4 Beleggingsresultaten

Zorgverzekeraars ontvangen en betalen maandelijks grote geldsommen. Zij ontvangen premies van verzekerden en normuitkeringen uit het Zorgverzekeringsfonds en betalen declaraties van verzekerden en/of zorgaanbieders. De inkomende en uitgaande geldstromen sluiten niet perfect op elkaar aan. Als een zorgverzekeraar middelen niet nodig heeft als werkkapitaal, zal hij deze beleggen. Verder moet een zorgverzekeraar middelen voor langere termijn aanhouden in de vorm van voorzieningen of reserves om aan zijn toekomstige verplichtingen te kunnen voldoen. Ook deze middelen zal een zorgverzekeraar renderend willen inzetten om een gunstig resultaat te behalen.

De DNB stelt vanuit zijn toezichtfunctie eisen aan de rechtsvorm en bedrijfsvoering van (zorg)verzekeraars. Zo moeten zij voldoen aan normen voor het niveau van solvabiliteit en technische voorzieningen. Voor ziektekostenverzekeraars geldt dat normaal gesproken circa 24% van de schade als solvabiliteitsmarge moet worden aangehouden. Indien aan een aantal eisen wordt voldaan, bedraagt dit slechts 8%. Beleggingen van technische voorzieningen moeten aan de eisen met betrekking tot risicobeheersing en aan gedragsregels voor beleggen voldoen. DNB heeft bekend gemaakt dat de solvabiliteitseis voor eigen vermogen van 8% naar 9% gaat.

DNB volgt de ontwikkeling van de solvabiliteit van zorgverzekeraars op kwartaalbasis. Indien deze meer dan 125% bedraagt, is sprake van een hoger dan vereiste solvabiliteit. De totale solvabiliteit van de sector is voldoende, maar vertoont een dalende trend: van 242% begin 2006 tot 196% in het 4^{de} kwartaal van 2008 (figuur 8).

Figuur 8 Solvabiliteitsratio zorgverzekeraars



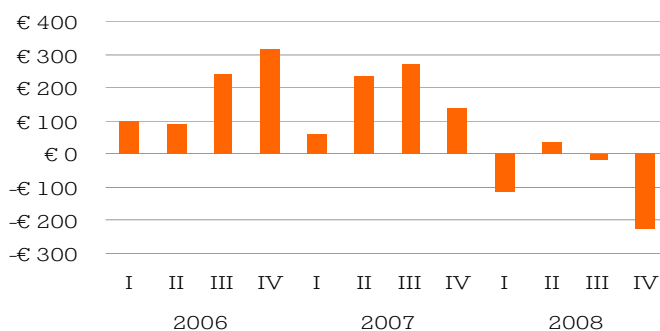
Bron: DNB

Daarnaast voert de Autoriteit Financiële Markten (AFM) toezicht uit op het beleggingsgedrag van financiële instellingen,

waarvan de beleggingstransacties in effecten op jaarbasis meer dan twintig miljoen euro bedragen. Zorgverzekeraars vallen ook onder dit gedragstoezicht. Zij moeten zich daarvoor houden aan gedragsregels rond het voorkomen van belangenverstremming, het omgaan met koersgevoelige informatie, privé effectentransacties en het tegengaan van koersmanipulatie. De gedragsregels zijn uitgewerkt in concrete eisen ten aanzien van de organisatiestructuur, de administratieve organisatie en interne controle.

Overall hebben zorgverzekeraars in 2008 meer dan € 300 miljoen verlies geleden op beleggingen. DNB waarschuwt dan ook voor opwaartse druk op de premies. Tegelijkertijd stelt zij vast dat de huidige schokken in de waarde van activa in vergelijking met de premie-inkomsten relatief beperkt zijn. De balansomvang van zorgverzekeraars is beperkt in relatie tot de premie-inkomsten, omdat de polisduur in de Zvw is vastgesteld op één jaar. Bij andere schadeverzekeraars is de verhouding tussen balanstotaal en premies drie keer zo hoog en bij levensverzekeraars zelfs dertien keer zo hoog. Daardoor hebben beleggingsverliezen bij deze laatste groepen een veel grotere impact op de exploitatie.

Figuur 9 Beleggingsresultaten zorgverzekeraars



Bron: DNB

5 Afrondend

Het nominale deel van de Zvw-premie brengt sinds de invoering van de Zvw meer dan de helft van de schade op. Het meerdere wordt in latere jaren via het inkomensafhankelijke deel van de premie gecompenseerd. Via risicoverevening en nacalculatie wordt risicoselectie op basis van gezondheidskenmerken voorkomen. Geleidelijk aan gaan zorgverzekeraars meer risico lopen op de uitvoering van de Zvw.

Door de afbouw van de nacalculatie en het anders toedelen van ziekenhuiskosten over de verschillende deelbedragen stijgen de totale risicodragende kosten van zorgverzekeraars met ongeveer 12% van 2009 op 2010. De verzekeraars lopen in 2009 over ruim 60% van de ziekenhuiskosten risico. In 2010 stijgt dit naar 80%. Zo wordt over ongeveer 30% van de totale zorgkosten het financieel risico verkleind of geheel opgeheven.

Voor verzekeraars met een 'gemiddelde' verzekerdenpopulatie is het daadwerkelijke financiële risico van de uitvoering van de basisverzekering echter beperkt. Alhoewel zorgverzekeraars een beperkte financiële prikkel hebben om initiatieven te ontplooiën die gericht zijn op vermindering van de zorguitgaven, ontplooiën zij toch allerlei initiatieven via de zorginkoop. Zorgverzekeraars pakken deze prikkel op om financiële risico's te limiteren en zich op zorggebied te onderscheiden.

Om verzekeraars de gewenste regierol succesvol te laten vervullen, is verdergaande risicodragendheid een vereiste. Als zorgverzekeraars de effecten van zorggericht beleid meer terugzien in hun resultaten, zullen zij zich nog actiever gaan bezighouden met zorginkoop. Dit leidt niet allen tot een betere beheersing van de zorgkwaliteit en -kosten, maar ook tot een betere prijs-kwaliteitverhouding binnen het zorgaanbod en een meer vraaggerichte verzekering.

Maatregelen die zorgverzekeraars kunnen helpen bij het beter vervullen van hun rol zijn het op korte termijn realiseren van een substantiële beperking van de ex post compensatie, bijvoorbeeld door het drempelbedrag van de HKV te verhogen van € 20.000 naar € 100.000, al dan niet in combinatie met het vervangen van de HKV door een Hoge-Risico-Verevening. Daarbij komen alleen specifieke dbc's voor verevening in aanmerking. Alle overige dbc's zijn dan voor eigen risico van de betreffende zorgverzekeraar.

Ook ten aanzien van aanvullende ziektekostenverzekeringen verandert de markt. De basis voor een aanvullende ziektekostenverzekering is smal en wordt smaller. De premieopbrengsten nemen af. Steeds meer Nederlanders hebben geen aanvullende ziektekostenverzekering.

Tot slot zijn de beleggingsopbrengsten een onzekere bron van inkomsten gebleken. Vooral in economisch goede tijden bieden zij compensatie voor eventuele verliezen. Wanneer het beursklimaat verslechtert, kunnen de resultaten echter snel teruglopen.

Overzicht zorgverzekeraars op 1 januari 2009

Groep	Risicodragernaam
Achmea	Agis Zorgverzekeringen N.V. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. FBTO Zorgverzekeringen N.V. Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V. Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.
AZVZ	OWM AZVZ U.A.
CZ Delta	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
Lloyd	
OHRA	OHRA Ziektekostenverzekering N.V. OHRA Zorgverzekeringen N.V. OWM CZ Groep Zorgverzekeraar UA
De Friesland	De Friesland Zorgverzekeraar
DSW	Zorgverzekeraar DSW UA
Fortis	Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V.
Menzis	Anderzorg Zorgverzekeraar Menzis Zorg en Inkomen OWM AZIVO Algemeen Ziekenfonds de Volharding UA
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar
PNO	PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij
Salland	OWM Salland Zorgverzekeringen UA
Stad Holland	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar UA
Univé-VGZ-IZA-Trias	IZA Zorgverzekeraar N.V. IZZ Zorgverzekeraar N.V. Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda N.V. N.V. Univé Zorg N.V. Zorgverzekeraar UMC Trias Zorgverzekeraar N.V. VGZ Zorgverzekeraar N.V.
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA

Bron: UZOVI-register Vektis

Meer weten?
Kijk op ING.nl
Of bel met

Erwin Snijders,
sectormanager
020 65 23 761

Machel Nuyten,
sectoreconoom
020 57 61 280

Edse Dantuma,
sectoreconoom
020 56 39 778

Disclaimer

De informatie in dit rapport geeft de persoonlijke mening weer van de analist(en) en geen enkel deel van de beloning van de analist(en) was, is, of zal direct of indirect gerelateerd zijn aan het opnemen van specifieke aanbevelingen of meningen in dit rapport. De analisten die aan deze publicatie hebben bijgedragen voldoen allen aan de vereisten zoals gesteld door hun nationale toezichhouders aan de uitoefening van hun vak. Deze publicatie is opgesteld namens ING Bank N.V., gevestigd te Amsterdam en slechts bedoeld ter informatie van haar cliënten. ING Bank N.V. is onderdeel van ING Groep N.V. Deze publicatie is geen beleggingsaanbeveling noch een aanbieding of uitnodiging tot koop of verkoop van enig financieel instrument. ING Bank N.V. betreft haar informatie van betrouwbaar geachte bronnen en heeft alle mogelijk zorg betracht om er voor te zorgen dat ten tijde van de publicatie de informatie waarop zij haar visie in dit rapport heeft gebaseerd niet onjuist of misleidend is. ING Bank N.V. geeft geen garantie dat de door haar gebruikte informatie accuraat of compleet is. De informatie in dit rapport kan gewijzigd worden zonder enige vorm van aankondiging. ING Bank N.V. noch één of meer van haar directeuren of werknemers aanvaardt enige aansprakelijkheid voor enig direct of indirect verlies of schade voortkomend uit het gebruik van (de inhoud van) deze publicatie alsmede voor druk- en zetfouten in deze publicatie. Auteursrecht en rechten ter bescherming van gegevensbestanden zijn van toepassing op deze publicatie. Overneming van gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron wordt vermeld. In Nederland is ING Bank N.V. geregistreerd bij en staat onder toezicht van De Nederlandsche Bank en de Autoriteit Financiële Markten.

De tekst is afgesloten op 27 november 2009.

