



# Potentiële gamechanger zorgverzekeringsmarkt

**Naast de nominale, risico-onafhankelijke premies van hun verzekerden, ontvangen zorgverzekeraars jaarlijks een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.**

**Deze zogenaamde 'vereveningsbijdrage' is afhankelijk van de risicokenmerken van de verzekerden. Zo ontvangen verzekeraars een hogere bijdrage voor ouderen en chronisch zieken dan voor jonge, gezonde verzekerden. Hoewel het huidige (2023) Nederlandse risicovereveningssysteem tot de beste ter wereld behoort, is het nog niet perfect.**

**Zoals we hebben laten zien in een eerder artikel in De Actuaris, zijn chronisch zieken gemiddeld genomen voorspelbaar verliesgevend voor verzekeraars (Van Kleef et al., 2021).**

Gezonde verzekerden zijn gemiddeld genomen voorspelbaar winstgevend. Deze voorspelbare winsten en verliezen hebben nadelige gevolgen voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. In de eerste plaats, hebben verzekeraars een prikkel om aan risicoselectie te doen, bijvoorbeeld via de marketing en vormgeving van zorgpolissen. In de tweede plaats, kan sprake zijn van een ongelijk speelveld, bijvoorbeeld wanneer bepaalde verzekeraars een oververtegenwoordiging hebben van chronisch zieken en daardoor een hogere premie moeten vragen. Zoals besproken in ons eerdere artikel, is het cruciaal dat de risicoverevening verder wordt verbeterd om deze nadelige effecten tegen te gaan (Van Kleef et al., 2021). In dit vervolgartikel komen we met goed nieuws: per 2024 vindt een cruciale wijziging plaats in het risicovereveningssysteem die ervoor zorgt dat de voorspelbare winsten/verliezen op gezonde/ongezonde verzekerden substantieel afnemen. Hieronder leggen we uit wat de modelwijziging inhoudt en hoe deze wijziging een gamechanger kan zijn voor het zorgstelsel. Maar eerst geven we een korte beschrijving van de risicoverevening.

## WAT HOUDT DE RISICOVEREVENING IN?

Concreet houdt de risicoverevening in dat verzekeraars voor elke verzekerde in hun portefeuille een bijdrage ontvangen (of afdragen<sup>1</sup>) op basis van een set van 'vereveningscriteria'. Sinds de invoering van de risicoverevening in 1993 (in de toenmalige Ziekenfondswet) is deze set sterk uitgebreid. Het vereveningsmodel<sup>2</sup> voor 2024 bevat de volgende vereveningscriteria: leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regiokenmerken, sociaaleconomische status, aantal personen per adres, indicatoren voor zwangerschap en bevalling, farmaciekostengroepen (FKG), diagnosekostengroepen (DKG), hulpmiddelenkostengroepen (HKG), fysiotherapiekostengroepen (FDG), historische somatische morbiditeit (HSM), meerjarig hoge/lage kosten (MHK) en meerjarige kosten voor verpleging en verzorging (MVV). Met name de zeven laatstgenoemde vereveningscriteria zijn belangrijk voor de compensatie van voorspelbare, gezondheidsgerelateerde kosten-verschillen tussen verzekerden; dit betreft in feite 'gezondheids-indicatoren' gebaseerd op informatie uit een voorgaande periode over medicijngebruik, ziekenhuisdiagnosen, hulpmiddelengebruik, fysiotherapiediagnosen respectievelijk zorgkosten.

Op basis van de bovengenoemde vereveningscriteria onderscheidt het vereveningsmodel van 2024 in totaal 231 risicoklassen. Aan elk van deze risicoklassen is een 'normbedrag' gekoppeld dat staat voor de verwachte meer/minderkosten van mensen in die klasse rekening houdend met alle andere risicoklassen in het model. De normbedragen zijn bepaald door middel van een lineaire regressie met kosten in t-3 (2021) als te verklaren variabele en vereveningscriteria/risicoklassen op basis van jaar t-8 tot en met t-3 als verklarende variabelen.<sup>3</sup> Een overzicht van alle risicoklassen en bijbehorende normbedragen is te vinden in de 'Regeling Risicoverevening 2024' (Staatscourant 26480). Op basis van deze regeling kan per verzekerde de vereveningsbijdrage worden bepaald als de som van de normbedragen over alle risicoklassen waarbij die verzekerde is ingedeeld minus de 'rekenpremie' zoals vastgesteld door de overheid. De som van de vereveningsbijdragen over alle verzekerden die bij een bepaalde verzekeraar zijn aangesloten vormt de totale vereveningsbijdrage voor die verzekeraar.

## WAT HOUDT DE WIJZIGING PER 2024 IN?

Net als eerdere jaren zijn per 2024 diverse vereveningscriteria geüpdatet. De wijziging waar wij op doelen in dit artikel grijpt echter niet in op de *vereveningscriteria* maar op de *normbedragen* van het vereveningsmodel: bij het schatten van de normbedragen voor 2024 is voor het eerst de 'restrictie' toegepast dat de *onder/overcompensatie voor een specifieke definitie van (on)gezond op nul uitkomt*. Deze methode wordt ook wel 'constrained regression' genoemd en hebben wij eerder dit jaar onderzocht voor het ministerie van Volksgezondheid

Welzijn en Sport (Van Kleef et al., 2023). In dat onderzoek zijn verschillende definities bekeken van (on)gezond. Uiteindelijk is besloten om de bovengenoemde restrictie te baseren op de volgende definitie van (on)gezond: *welgeen extramurale farmaciekosten boven het derde kwartiel in jaar t-1, t-2 en/of t-3*.<sup>4</sup>

## TOT WELKE EFFECTEN LEIDT DE MODELWIJZIGING?

In Van Kleef et al. (2023) hebben wij de effecten van de bovengenoemde modelwijziging in kaart gebracht op basis van het onderzoeksbestand dat is gebruikt voor de risicoverevening van 2023 met kostengegevens van 2020. Een van de centrale bevindingen is dat de restrictie leidt tot een hogere vereveningsbijdrage voor ouderen en verzekerden met een morbiditeitscore (dat wil zeggen: ten minste één score op FKG, DKG, HKG, FDG, MHK en/of MVV), en een daling van de vereveningsbijdrage voor jongeren en verzekerden zonder morbiditeitscore. Met andere woorden: de restrictie zorgt voor een verschuiving in vereveningsbijdrage van gezond naar ongezond. Bijgevolg gaat de vereveningsbijdrage omhoog voor verzekeraars met relatief veel ouderen en chronisch zieken en omlaag voor verzekeraars met relatief veel jongeren en gezonden.

Tabel 1 laat zien hoe de wijziging uitpakt voor subgroepen van gezonde/ongezonde verzekerden. Voor de subgroep met (zonder) tenminste één score op FKG, DKG, HKG, FDG, MVV en/of MHK was reeds sprake van een overcompensatie (ondercompensatie). De restrictie zorgt er voor dat de over/ondercompensaties voor deze subgroepen groter worden. Echter, omdat de morbiditeitscriteria van het vereveningsmodel niet alle verzekerden met een chronische aandoening oppikken, is het interessanter om te kijken naar subgroepen op basis van een meer inhoudelijke definitie van gezond/ongezond. Daarom is de tweede set van subgroepen in Tabel 1 gebaseerd op diagnose-informatie uit huisartspraktijken zoals die wordt verzameld door het Nivel. Volgens deze definitie heeft 58% van de populatie een chronische aandoening (waarbij de set van chronische aandoeningen zeer breed is gedefinieerd). Het vereveningsmodel van 2023 genereert voor deze groep een ondercompensatie van 39 euro per verzekerde per jaar, terwijl de complementaire groep wordt overgecompenseerd met gemiddeld 54 euro per verzekerde per jaar. Als gevolg van de restrictie worden deze onder/overcompensaties weggepoetst, waardoor het voor verzekeraars lonender wordt om in te spelen op de wensen van chronisch zieken. Uit ons onderzoeksrapport blijkt dat de modelwijziging ook consequenties heeft voor de vereveningsresultaten op het niveau van 'type polis'. Zo nemen de positieve vereveningsresultaten op de groep met een 'vrijwillig eigen risico' en de groep met een 'polis met beperkende voorwaarden' substantieel af (Van Kleef et al., 2023).

## DISCUSSIE: GAMECHANGER?

De invoering van constrained regression per 2024 kan een game-changer zijn voor het functioneren van het zorgstelsel. Door deze modelwijziging zijn chronisch zieken (op basis van de Nivel-definitie in Tabel 1) gemiddeld genomen niet meer voorspelbaar verliesgevend voor verzekeraars. De complementaire groep van verzekerden zonder chronische aandoening is niet langer voorspelbaar winstgevend. Dit kan grote gevolgen hebben voor het aanbod, de prijsstelling en marketing van zorgpolissen. Zo zou de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico weleens kunnen afnemen en gaan verzekeraars zich in hun reclame-uitingen mogelijk minder richten op gezonde verzekerden en meer op chronisch zieken. Maar belangrijker: mogelijk heeft de invoering van constrained regression ook positieve gevolgen voor de zorginkoopmarkt. Het wordt voor verzekeraars immers aantrekkelijker om goede zorg in te kopen c.q. te organiseren voor chronisch zieken, en dat is precies wat met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 werd beoogd. De komende jaren moet blijken in hoeverre we deze potentiële effecten daadwerkelijk gaan terugzien op de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. We wachten in spanning af! ■

## Referenties

Staatscourant 26480. Regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2024. <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/publicatie/2023/09/29/concept-regeling-risicoverevening-2024>

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en M. Oskam (2021). 'Risicoverevening tussenzorgverzekeraars nog niet goed genoeg' De Actuaris 28: 8-9.

Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet, M. Oskam en A. Panturu (2023). 'Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen' Rapport Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam. <https://www.eur.nl/eshpm/media/2023-10-eshpmwor-1158-eindrapport-constrained-regression>

1 - Voor jonge, gezonde volwassenen (voor wie de voorspelde zorgkosten lager zijn dan de rekenpremie) is de vereveningsbijdrage negatief en moet de verzekeraar geld afdragen in het kader van de risicoverevening.

2 - In dit artikel richten wij ons op het vereveningsmodel voor somatische zorg.

3 - Het betreffende onderzoeksbestand (N=17,5 miljoen) is daartoe afgestemd op de geraamde zorgkosten voor 2024 en de verwachte samenstelling van de Zwv-populatie in 2024.

4 - Deze indicator - ook wel 'Meerjarige Farmaciekosten' genoemd - liep in 2022 en 2023 mee als vereveningscriterium in het risicovereveningsmodel. Per 2024 wordt de indicator niet meer gebruikt als vereveningscriterium maar als basis voor de genoemde restrictie.

Subgroepen gezond/ongezond	Prevalentie	Gemiddelde Zwv-kosten <sup>a</sup>	Gemiddelde vereveningsresultaat model 2023	Gemiddelde vereveningsresultaat model 2023 + restrictie	
≥1 morbiditeitscore risicoverevening <sup>b</sup>	Nee Ja	68% 32%	939 5404	-34 72	-97 203
≥1 chronische aandoening volgens Nivel <sup>c</sup>	Nee Ja	42% 58%	992 3392	54 -39	-2 2
Totale populatie		100%	2378	0	0

Tabel 1. Uitkomsten vereveningsmodel 2023 met en zonder de nieuwe restrictie

a - Kostenniveau 2020 met kostendefinities volgens het basispakket van 2023.

b - '≥1 morbiditeitscore risicoverevening' = 'ja' als verzekerden scoren op tenminste één van de volgende vereveningscriteria: FKG, DKG, HKG, FDG, MVV en/of MHK.

c - '≥1 chronische aandoening volgens Nivel' = 'ja' als verzekerden tenminste één van de 109 chronische aandoeningen hebben zoals onderscheiden door het Nivel. In tegenstelling tot Van Kleef et al. (2023) zijn de door de vereveningsmodellen voorspelde kosten hier geschaald zodat het gemiddelde vereveningsresultaat over de twee groepen op nul uitkomt.

Bron: Van Kleef et al. (2023)

Van links naar rechts:

Dr. R.C. van Kleef is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dr. R.C.J.A. van Vliet is wetenschappelijk onderzoeker aan de Erasmus School of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

M. Oskam is promovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

A. Panturu is promovenda aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

