

# ZORG THERMOMETER

W i n t e r n u m m e r 2 0 0 7



A C T U E L E I N F O R M A T I E V O O R Z O R G V E R Z E K E R A A R S

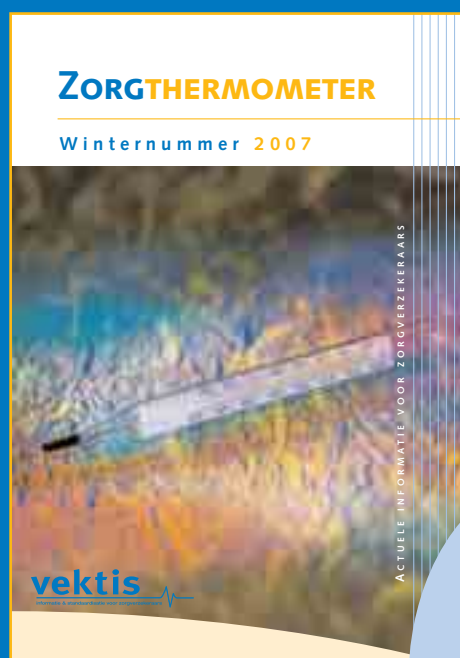
## Vektis

*Vektis is het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche en richt zich zowel op de branche als op individuele verzekeraars. Het levert producten en diensten op het terrein van ICT, standaarden en statistiek & actuariaat.*

*Vektis is een relatief jong bedrijf met professionals die kennis hebben van de zorg en zorgverzekeringen, expertise op het gebied van statistiek, onderzoek, informatieanalyse, standaardisatie en ICT.*

*Onze informatiediensten ondersteunen zowel het belang van de branche in zijn geheel als het belang van de zorgverzekeraars.*

*Voor meer informatie, kijk op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).*



## Voorwoord

*Het gereedmaken van deze editie van de Zorgthermometer vond plaats tegen het einde van het jaar 2006: hét jaar waarin de nieuwe Zorgverzekeringswet is ingevoerd. Ook het moment waarop de zorgverzekeraars met hun zorgverzekeringspremies voor 2007 naar buiten komen. Als gekeken wordt naar de hoogte van de premies, lijkt er sprake te zijn van marktwerking: slechts een beperkte premiestijging, veelal niet meer (soms zelfs minder!) dan de reële ontwikkeling van de kosten van de (curatieve) gezondheidszorg. Een premiestijging ook die lager is dan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als verwachting voor 2007 naar buiten heeft gebracht.*



*Op de valreep van 2006 ontstond veel commotie over het gebrek aan transparantie van sommige verzekeringsproducten, zoals beleggingspolissen en de daarmee gepaard gaande onduidelijke kosten- en provisiestructuur. Wat dat betreft zou men een voorbeeld kunnen nemen aan de transparantie van kosten, opbrengsten en uitgaven binnen de sector van de zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars leggen op buitengewoon transparante wijze (maatschappelijke) verantwoording af over hun beheerskosten.*

*Het einde van het jaar 2006 wordt ook gekenmerkt door een grote mate van beweeglijkheid op de markt van samenwerking en fusies tussen en van zorgverzekeraars. Reeds lang aangekondigde fusies werden plotseling afgeblazen of uitgesteld. Andere samenwerkingsopties worden overwogen, onderzocht en nog eens overwogen.*

*Het aandeel van de collectiviteiten heeft een zeer grote vlucht genomen. De invloed daarvan op de uiteindelijke inkoop van zorg en de beheerskosten van zorgverzekeraars is een fenomeen dat in de komende jaren extra aandacht verdient. Nog relatief weinig is bekend over het effect van collectiviteiten op de marktwerking in de zorg. Laat staan over hun invloed op zoiets als 'cross-selling'. Misschien kunnen collectiviteiten ook een rol spelen bij het vergroten van de transparantie van beleggingspolissen. Wellicht ontstaan er dan op een geheel ander niveau ook opeens fusie- of samenwerkingsopties. Het jaar 2007 lijkt een boeiend jaar te gaan worden!*

**Dr. W.C. (Peter) Weeda**  
**Directeur Vektis BV**

## Inhoudsopgave

<b>No-claimregeling 2007</b>	<b>3</b>
Waarom een no-claim?	3
No-claim in de praktijk	3
Raming no-claimteruggave 2007	4
Terugblik no-claimteruggave 2005	5
Alternatief	7
Conclusie	7
<b>Monitoring Vogelaarakkoord 2006</b>	<b>8</b>
Het Vogelaarakkoord	8
Consulten	8
Consulten huisarts en praktijkondersteuner	9
Passantentarief	10
Avond-, nacht- en weekenddiensten	10
Modules	11
Kosten huisarts 2006	13
Afsluiting	13
<b>Een convenantopbrengst farmacie is geen reële kostenbesparing</b>	<b>14</b>
Opbouw opbrengstdoelstelling	14
Prijsverlagingen in 2006	14
Volumegroei	15
Conclusie	16
<b>De kosten van DBC's</b>	<b>17</b>
Ziekenhuiszorgschade naar leeftijd en geslacht	17
De opbouw en kosten van de DBC's naar segment	19
DBC's naar specialisme	20
Conclusies	22
<b>Kostenontwikkeling 2006</b>	<b>23</b>
<b>Raming Zorgverzekeraars Nederland: ramingen van de zorgkosten in 2006 en 2007</b>	<b>25</b>
Raming kosten Zvw 2006	25
Ziekenhuisverpleging	25
Farmacie en hulpmiddelen	25
Huisartsenhulp	25
Raming kosten Zvw 2007	26
VWS-rekenpremie en ZN-rekenpremie	26
<b>Hoeveel verzekerden zullen in 2007 van zorgverzekeraar wisselen?</b>	<b>28</b>
Kenmerken verzekerdenmobiliteit 2006	28
In 2007 een aanzienlijk lagere verzekerdenmobiliteit dan in 2006	29
Oriëntatie en switchintentie	29
Bandbreedte individuele nominale premies	30
Collectivisering	31
Toekomstvisie	31
Ten slotte	31
<b>Overzicht zorgverzekeraars en premies</b>	<b>32</b>
Veranderingen 2007	32
Verhouding concerns en zelfstandige verzekeraars	32
Premies	34
<b>Kerncijfers</b>	<b>35</b>
AWBZ en Zvw-premies voor buiten Nederland wonende Nederlanders	35
Zorgtoeslag voor elders wonende Nederlanders	35

## No-claimregeling 2007

*In de basisverzekering heeft iedere volwassen verzekerde te maken met de no-claimregeling. De regeling houdt in dat verzekerden die in een jaar minder dan € 255,- aan zorg consumeren welke onder de no-claimregeling valt, het verschil na afloop van het verzekeringsjaar terugkrijgen: de no-claimteruggave. De verzekerden die meer dan € 255,- aan zorg hebben geconsumeerd, krijgen niets terug.*

*De no-claimregeling bestaat nu twee jaar en is ingevoerd in 2005 voor de ziekenfondsverzekerden. Zij ontvingen hun eerste no-claimteruggave in 2006. Algemeen kan gesteld worden dat een no-claimteruggave over schadejaar "t" uitbetaald wordt in "t+1".*

*De no-claimregeling geldt alleen voor onderdelen van het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Zvw), zoals kosten farmacie, ziekenhuiszorg of hulpmiddelen, dus niet voor eventuele aanvullende verzekeringen (zoals fysiotherapie of tandarts). De kosten van huisartsen, de zorg voor kinderen onder de 18 jaar, verloskundige hulp en kraamzorg tellen niet mee voor de no-claim, alsmede de grieprijs voor risicogroepen en (gratis) bevolkingsonderzoeken.*

*In dit artikel wordt het principe van de no-claimregeling toegelicht en worden inschattingen van de teruggave over 2007 gegeven voor speciale groepen verzekerden. Verder wordt er teruggekeken op de teruggave door de ziekenfondsen over 2005. Als laatste wordt een alternatief voor de no-claimregeling – het verplichte eigen risico – beschouwd.*

### Waarom een no-claim?

Het doel van de no-claimregeling is om mensen kostenbewuster te maken bij de consumptie van zorg. Verzekerden die weinig gebruikmaken van zorg worden beloond met een teruggave tot een maximum van € 255,-. Verzekerden zouden door de no-claim eerder kiezen voor goedkopere medicijnen of minder snel een beroep doen op zorgverleners.

Of dit daadwerkelijk een kostenverlagend effect heeft gehad in 2005 en 2006 is nog niet na te gaan. De diverse onderzoeken geven geen duidelijke conclusies. Volgens het Centraal Plan Bureau (CPB) bespaart de regeling als gevolg van een gedragseffect circa 150 miljoen euro voor voormalig ziekenfondsverzekerden (bron: Rijksbegroting 2005). De 2 miljard euro die in de media de ronde doet, heeft te maken met een boekhoudkundige lastenverschuiving (zie kadertekst financiering no-claim).

### No-claim in de praktijk

Er bestaat nog steeds veel discussie over de no-claimregeling. Voor 2007 is de no-claimregeling nog steeds van toepassing. Gezien de politieke veranderingen, als gevolg van de verkiezingen, is er een behoorlijke kans dat de no-claimregeling wordt afgeschaft.

Administratief gezien is het bijhouden van een teruggave lastig voor zorgverzekeraars. De teruggave van de no-claim aan ziekenfondsverzekerden over het jaar 2005 moet worden uitbetaald in april 2006. Op dat moment is een niet te verwaarlozen aandeel van de schade nog niet bekend bij zorgverzekeraars. Dit heeft er in veel gevallen toe geleid dat ziekenfondsverzekerden hun ontvangen teruggave eind 2006, of zelfs pas in 2007, weer terug moeten betalen. De invoering van DiagnoseBehandelCombinaties (DBC's) heeft dit nog eens versterkt. Hierdoor wordt ziekenhuiszorg nu laat gedeclareerd bij de zorgverzekeraars en vallen voorheen (vóór de invoering van DBC's) lage declaraties ziekenhuiszorg voor verzekerden 'plotseling' hoog uit (zie de Zorgthermometer uit september 2006, het artikel "No-claim in 2005 snel op"). Ook het vrijwillige eigen risico binnen de Zvw maakt de situatie er niet echt transparanter op; eerst wordt de no-claim verrekend en dan pas het eigen risico. Daar komt bij dat kosten voor huisartsen, verloskunde en kraamzorg niet onder de no-claim, maar weer wel onder het eigen risico vallen. Verder blijkt uit berekeningen dat chronisch zieken en AOW-ers (verzekerden van 65 jaar en ouder) nagenoeg niets terugkrijgen. Juist de groep met hogere kosten (bijvoorbeeld chronisch zieken) krijgen niets terug en gezonde verzekerden (bijvoorbeeld werknemers) wel.

### Financiering no-claim

Vanuit een financieringsperspectief van de verzekerde betekent de no-claim een opslag op de premie. Per saldo betalen alle verzekerden gemiddeld € 91,- (dit is de gemiddelde teruggave) meer dan wat de premie zou moeten zijn wanneer alleen zorgkosten gefinancierd zouden moeten worden en er geen no-claimregeling zou zijn. Vervolgens krijgen verzekerden met weinig tot geen schade een bedrag terug, terwijl mensen met veel kosten niets terug ontvangen.

Vanuit het financieringsperspectief van het rijk wordt er boekhoudkundig 2,1 miljard euro van de totale zorgkosten curatieve zorg (totaal begroot op 25,4 miljard euro in 2007) apart gefinancierd via de no-claimregeling. Deze 2,1 miljard euro komt overeen met de zorgkosten van alle premiebetalende volwassenen, wanneer de geconsumeerde zorg afgetopt wordt bij € 255,-. Iedere volwassen verzekerde (in totaal 12,7 miljoen premiebetalers) betaalt het no-claimbedrag van € 255,-, wat in totaal 3,2 miljard euro oplevert. Vervolgens wordt het overschot, dat aangeduid wordt als de no-claimteruggave, uitgekeerd aan verzekerden met lage kosten. Dit komt neer op gemiddeld € 91,- per premiebetalende verzekerde in 2007 (3,2 miljard euro minus 2,1 miljard euro, gedeeld door 12,7 miljoen premiebetalers).

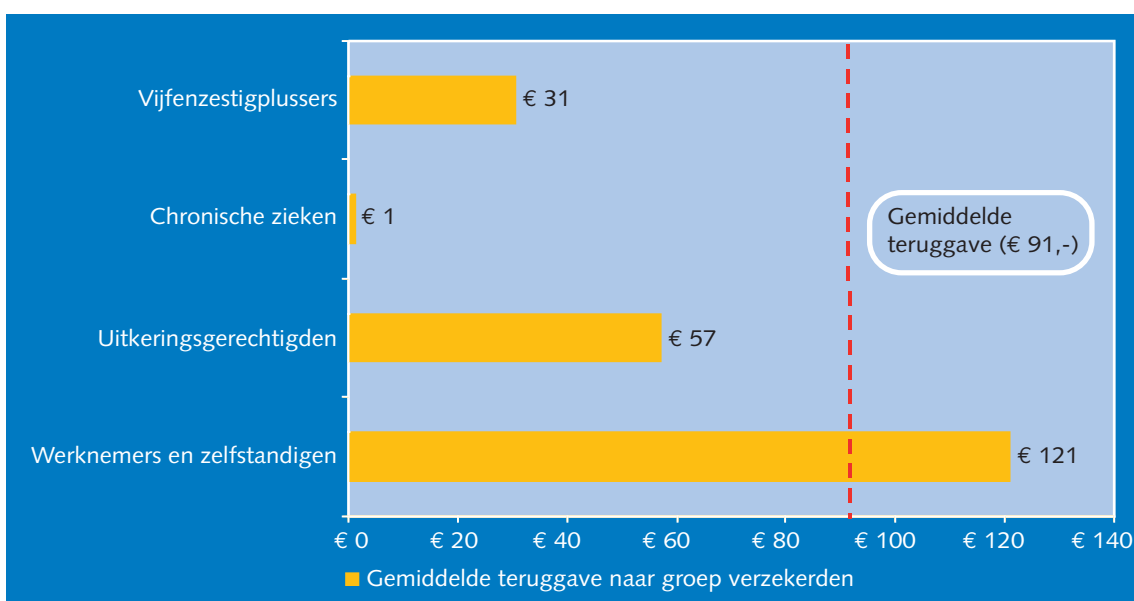
### Raming no-claimteruggave 2007

Vektis heeft een raming gemaakt voor de verwachte teruggave over 2007 (uit te betalen in 2008) voor enkele bijzondere groepen Nederlanders. Hierbij is aangesloten bij de prognose van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ten aanzien van de gemiddelde teruggave van € 91,- per premiebetaler. Hierbij is gebruikgemaakt van de (geëxtrapoleerde) declaratiegegevens van particulier en ziekenfondsverzekerden over 2004. Hoe beter het gesteld is met de gemiddelde gezondheid van een groep verzekerden, hoe groter de teruggave zal zijn.

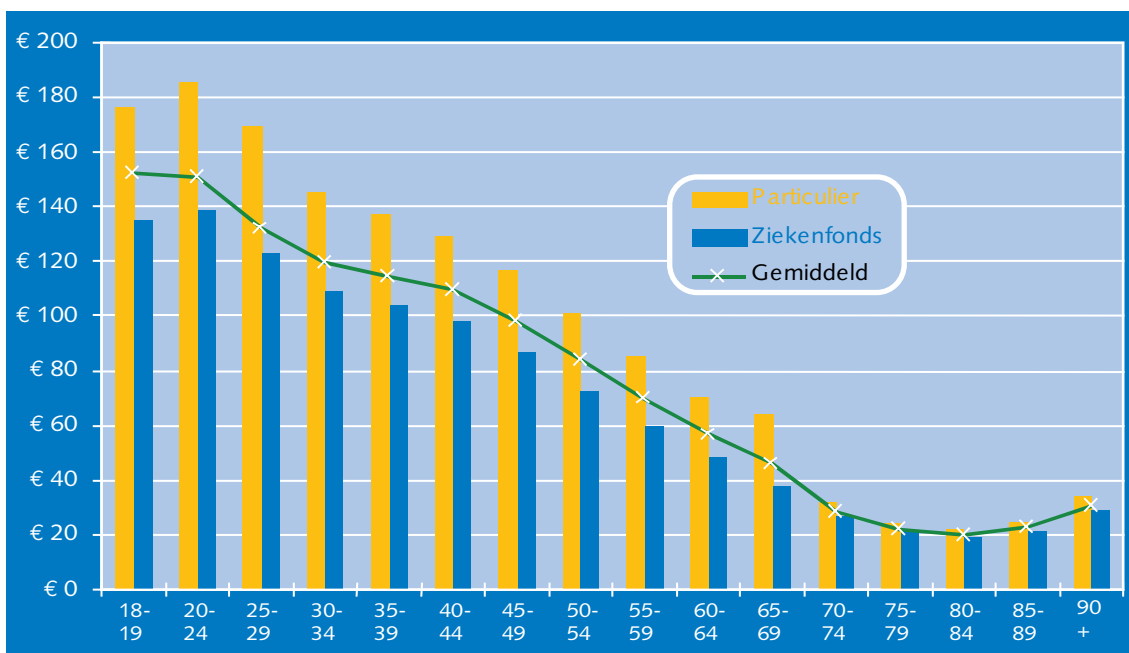
Zoals te verwachten is, zullen chronisch zieken nagenoeg niets terugkrijgen (figuur 1). Als benadering zijn de chronisch zieken bepaald op basis van Farmaceutische Kosten Groepen (FKG's); zij gebruiken bijna het hele jaar door (dure) medicijnen. De geraamde gemiddelde teruggave voor chronisch zieken bedraagt € 1,-. Ruim 99% van de chronisch zieke verzekerden krijgt helemaal niets terug.

Een ander onderscheid dat is gemaakt in deze inschatting van de no-claimteruggave is het verschil tussen voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden. Dit onderscheid is inmiddels vervallen, maar het verschil is nog relevant voor de inkomensplaatjes.

Particulier verzekerde werknemers (en zelfstandigen) tot 65 jaar ontvangen gemiddeld € 133,- terug, terwijl dit voor ziekenfondsverzekerden met eenzelfde rechtsgrond op € 113,- uitkomt. De gemiddelde



Figuur 1 De gemiddelde no-claimteruggave voor 2007 voor verzekerden in specifieke groepen (bron: Vektis)



**Figuur 2** Gemiddelde teruggave van de no-claim voor 2007 naar leeftijdsklasse in euro's, waarbij onderscheid is gemaakt naar voormalig particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden (bron: Vektis)

no-claimteruggave aan werknemers komt op € 121,-. Dit verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden bestaat ook tussen AOW-ers; zij krijgen respectievelijk € 27,- en € 39,- terug. De gemiddelde no-claimteruggave aan AOW-ers (inclusief chronisch zieken van 65 jaar en ouder) komt op € 31,-. De geconstateerde verschillen tussen werknemers en AOW-ers houden in dat deze laatste groep per saldo hogere zorggerelateerde lasten (premie minus teruggave) heeft. Uitgaande van een gemiddelde premie van € 1.147,- per premiebetaler (zie kadertekst), betaalt de werknemer gemiddeld € 1.026,-, terwijl AOW-ers € 1.116,- kwijt zullen zijn.

Wanneer de no-claimteruggave aan de voormalig particuliere en ziekenfondsverzekerden naar leeftijdsklasse wordt bekeken (zie figuur 2), dan kunnen dezelfde verschillen als hiervoor worden geconstateerd: voormalig particulier verzekerden zullen gemiddeld meer terugkrijgen dan voormalig ziekenfondsverzekerden. Opvallend is wel dat het verschil vanaf 70 jaar nog vrij klein is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de verzekerden in deze groep qua gezondheid homogener zijn, in vergelijking met jongere verzekerden.

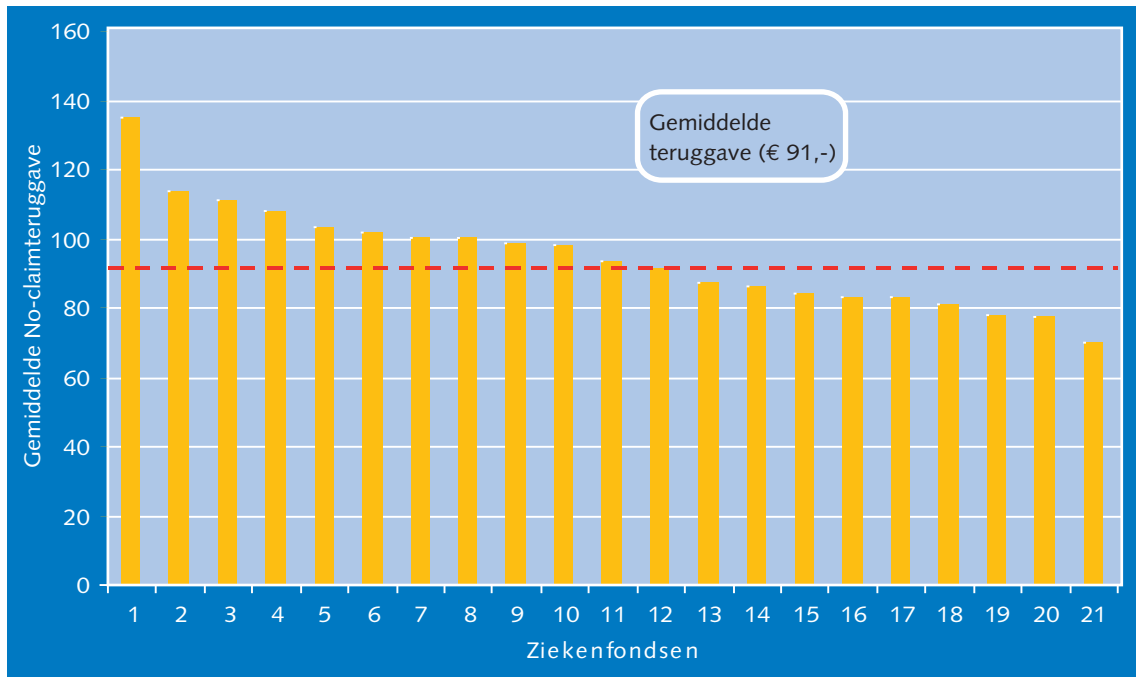
#### Terugblik no-claimteruggave 2005

In 2005 was de no-claimregeling alleen van toepassing op ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder. Over het schadejaar 2005 kreeg een ziekenfondsverzekerde gemiddeld € 91,- aan no-claim terug van het ziekenfonds. Dit blijkt uit de Markt- en Benchmarkenquête van Vektis. In deze jaarlijkse enquête, gebaseerd op de financiële jaarverslagen van de zorgverzekeraars, is in 2005 aanvullende informatie opgevraagd over de no-claim.

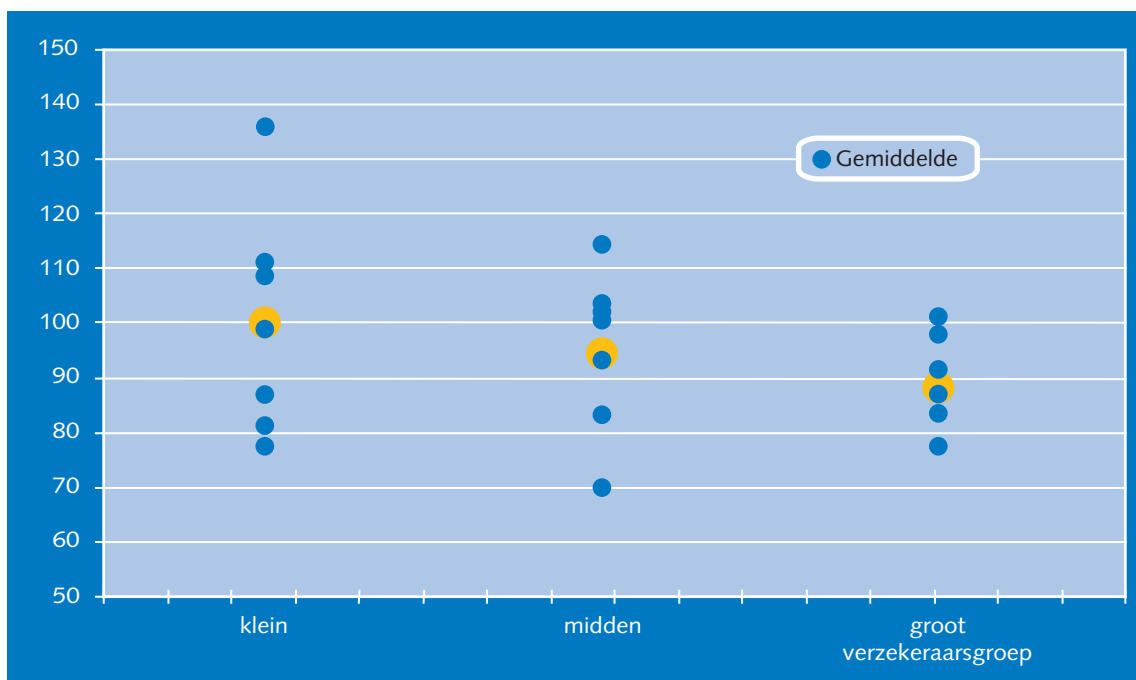
Op basis van de inzichten van verzekeraars bleek circa de helft van de ziekenfondsverzekerden in aanmerking te komen voor een teruggave over 2005. Opvallend is dat de no-claimteruggave in 2005 voor ziekenfondsverzekerden gelijk is aan de raming voor 2007 in de basisverzekering. Uit deze informatie blijkt dat het effect van de no-claim per ziekenfonds verschillend uitpakt: tussen ziekenfondsen zijn grote verschillen waarneembaar. In figuur 3 wordt duidelijk dat de teruggave varieerde van ongeveer € 70,- tot ruim € 135,- per premiebetalende verzekerde per ziekenfonds. De zeven grootste zorgverzekeraars hebben te maken met hogere gemiddelde kosten per verzekerde en betalen daarom gemiddeld minder no-claim terug dan de zeven kleinste zorgverzekeraars. De

zeven ziekenfondsen met een gemiddelde grootte zitten daar precies tussenin. Dit wordt weergegeven in figuur 4, waar de spreiding per verzekeraarsgroep wordt weergegeven. Het gele bolletje is het gemiddelde van de zeven waarnemingen.

Omdat de samenstelling van de verzekerdenpopulatie niet is opgevraagd, is niet met zekerheid vast te stellen of de grootte van de zorgverzekeraars een rol speelde bij de no-claimteruggave of dat het verschil louter verklaard kan worden door de verschillen in portefeuillekenmerken. Wel is duidelijk dat de



**Figuur 3** Gemiddelde no-claimteruggave over 2005 in euro's, per premiebetalende verzekerde, per ziekenfonds (bron: Vektis)



**Figuur 4** Gemiddelde no-claimteruggave in 2005 naar grootte van het ziekenfonds per verzekerde (bron: Vektis)

spreiding afneemt bij de groep van grote zorgverzekeraars. Dit zal te maken hebben met het feit dat de verzekerdenportefeuilles meer op elkaar lijken qua samenstelling.

### Alternatief

Een alternatief voor de no-claim is een verplicht eigen risico. Bij veel voormalig particuliere zorgverzekeraars was een vrijwillig eigen risico al jaren gebruikelijk. De verzekerde betaalde zelf een deel van de gemaakte kosten, tot een bepaald bedrag (het eigen risico). In ruil daarvoor werd een premiekorting gegeven.

Wanneer een verplicht eigen risico van eveneens € 255,- ingevoerd zou worden, dan zou elke verzekerde de eerste € 255,- voor eigen rekening moeten nemen. Door deze regeling zal naar verwachting 2,1 miljard euro van de totale kosten onder het eigen risico gaan vallen. Dit komt neer op circa € 164,- per premiebetalende verzekerde.

Voordeel van deze constructie is dat de verzekerden geen voorschot betalen die verbonden is aan de no-claimregeling; in feite komt dit neer op (gemiddeld) € 91,- per premiebetaler. De huidige nominale premie kan hierdoor direct met € 91,- plus € 164,- omlaag. De premie voor 2007 zou dan (fictief) op € 892,- per premiebetaler zijn uitgekomen wanneer wordt uitgegaan van de gemiddelde individuele premie van € 1.147,- (zie kadertekst). Ondanks een aantal voordelen, zoals het ontbreken van een vooruitbetaling door verzekerden, heeft ook de systematiek van het verplichte eigen risico nadelen. Een deel van de rekeningen zal achteraf verhaald moeten worden op de verzekerden. In een situatie met hoofdzakelijk restitutiepolissen, zoals in het voorheen particuliere privaatrechtelijke stelsel, is dit relatief eenvoudig te realiseren. Echter twee derde van de verzekerden heeft in de Zvw een naturapolis. De facturatie achteraf kan mogelijk een grotere administratieve last opleveren dan de no-claimregeling. Ook in deze situatie zullen minder gezonde verzekerden in veel gevallen hun eigen risico volmaken, waardoor zij gedurende het jaar alsnog met een last van € 255,- te maken zullen krijgen.

#### Nominale premie 2007

De nominale premies voor zorgverzekeringen voor 2007 zijn zo langzamerhand bekend. Op basis van gegevens van Vektis over 2006 is bepaald dat de gemiddelde individuele premie op circa € 1.147,- per jaar uitkomt. Er is hierbij nog geen rekening gehouden met verzekerdenmobiliteit en een verdere collectivisering van de markt. De gemiddelde premie voor collectiviteiten komt op € 1.077,- per premiebetalende verzekerde per jaar. Dit is op basis van een gemiddelde premiekorting van 6% bij een collectiviteit, wat de gemiddelde korting in 2006 was. De overall gemiddelde nominale premie komt uit op € 1.116,- per premiebetaler. Dit bedrag staat in relatie tot de door VWS berekende nominale premie, die op € 1.134,- uitkomt.

Naast een verplicht eigen risico zijn nog andere varianten denkbaar op de huidige no-claimregeling. Hierbij kan gedacht worden aan het toepassen van de no-claimregeling op een specifiek deel van het basispakket (in combinatie met een andere no-claimdrempel).

Bijvoorbeeld een lagere no-claimdrempel van € 100,- onder de huidige voorwaarden, maar dan zonder kosten ziekenhuiszorg.

Ook de procentuele eigen bijdrage die gebruikelijk was bij de voormalige publiekrechtelijke verzekeraars kan een optie zijn.

### Conclusie

Het is nog te vroeg om te concluderen dat de invoering van de no-claimregeling ertoe heeft geleid dat verzekerden kostenbewuster zijn geworden. Wel kan worden vastgesteld dat de verdeling van kosten door de no-claimregeling is veranderd. Macro gezien zijn de kosten hetzelfde gebleven, maar bepaalde groepen verzekerden nemen een groter deel van deze kosten voor hun rekening. Dit zijn veelal personen met een minder goede gezondheid.

**Ir. R.E. (Erwin) Eisinger, drs. R. (Robert) de Bie en drs. M. (Marieke) Smit**

## Monitoring Vogelaarakkoord 2006

*De invoering van een nieuw zorgstelsel in 2006, waarbij er niet langer een onderscheid is tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, heeft nogal wat gevolgen gehad voor de (financiering van de) huisartsen. Tot en met 2005 waren er twee bekostigingssystemen voor de huisartsen. Voor particulieren gold een consulttarief (à € 24,80 in 2005 voor een standaardconsult), terwijl voor ziekenfondsverzekerden een abonnementstarief gold (à € 77,- per verzekerde per jaar), ongeacht het aantal consulten<sup>1</sup>. Vanwege de invoering van de basisverzekering moest er een nieuw bekostigingssysteem komen.*

*Na onderhandelingen tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is besloten om per 2006 een combinatie van consult- en abonnementstarief in te voeren.*

### Het Vogelaarakkoord

Tussen de drie partijen (ZN, LHV en VWS) is een aantal afspraken vastgelegd in het zogeheten Vogelaarakkoord<sup>2</sup>. Deze afspraken gaan behalve over de hoogte van de consulttarieven en de inschrijftarieven over een aantal modules. Dit zijn de volgende modules:

- Module Praktijkondersteuning Huisarts (POH);
- Module Populatiegebonden Vergoedingen (PGV);
- Module Modernisering en Innovatie (M&I).

De drie partijen hebben tevens afgesproken in het Vogelaarakkoord dat in de loop van het jaar 2006 de kostenontwikkelingen op huisartsengebied worden gevolgd; op deze manier kan worden vastgesteld of gemaakte afspraken reëel zijn geweest.

In opdracht van ZN heeft Vektis op basis van de huisartsendeclaraties die bij zorgverzekeraars zijn ingediend (en uitbetaald), de afspraken in het Vogelaarakkoord gemonitord. Namens de LHV heeft het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) de afspraken gevolgd. In dit artikel worden de resultaten van de verschillende onderdelen uit het Vogelaarakkoord besproken. Daarbij is door Vektis op basis van gegevens over de eerste drie kwartalen van 2006 een inschatting gemaakt voor het gehele jaar 2006.

### Consulten

Wanneer gesproken wordt over consulten, wordt veelal de verzamelnaam voor een aantal standaardcontacten en/of standaardverrichtingen met/van de huisarts bedoeld. Deze verzamelnaam omvat: korte consulten (< 20 minuten), lange consulten (> 20 minuten), korte visites, lange visites, telefonische consulten, herhalingsrecepten, vaccinaties en e-mailconsulten. Hiervan staat een kort consult voor één consulteenheid. Het aantal consulteenheden van de overige contacten is (meestal) een vaste factor (gewicht) van de korte consulten (zie tabel 1). Zo staat één lang consult gelijk aan twee consulteenheden en een herhalingsrecept aan een halve consulteenheid.

<sup>1</sup> Zowel op het abonnementstarief (ziekenfonds) als op het consulttarief (particulier) waren nog opslagen mogelijk voor een aantal modules.

<sup>2</sup> Het Vogelaarakkoord is vernoemd naar Ella Vogelaar, die bij de onderhandelingen tussen ZN, LHV en VWS heeft opgetreden als onafhankelijk voorzitter.

Verder is het voor de tarifiering van consulten nog van belang wie het consult uitvoert en op welk tijdstip. Er worden vijf types onderscheiden:

1. **Consulten huisarts:** uitgevoerd tijdens reguliere werktijden door de huisarts bij wie de verzekerde is ingeschreven.
2. **Consulten praktijkondersteuner:** uitgevoerd tijdens reguliere werktijden door de praktijkondersteuner van een huisartsenpraktijk bij wie de verzekerde is ingeschreven.
3. **Passantentarieven:** uitgevoerd door een huisarts buiten de vestigingsplaats van de huisarts bij wie de verzekerde is ingeschreven.
4. **Avond-, nacht-, en weekenddiensten (ANW)** van huisarts die is aangesloten bij een huisartsen-dienstenstructuur.
5. **Avond-, nacht-, en weekenddiensten (ANW)** van huisarts die niet is aangesloten bij een huisartsen-dienstenstructuur.

### Consulten huisarts en praktijkondersteuner

Voor de consulten van huisartsen en praktijkondersteuners is in het Vogelaarakkoord per consultieneheid een tarief van € 9,- vastgesteld. Dit tarief is gebaseerd op een verwacht gemiddeld aantal consultieneheden (voor consulten huisarts) van 3,53 per verzekerde per jaar. Uit de monitoring door Vektis blijkt dat het aantal consultieneheden meer bedraagt dan 3,53 per verzekerde: het aantal consultieneheden zal over 2006 naar verwachting rond vier consultieneheden per verzekerde uitkomen. In tabel 1 is de verwachte verdeling van de consulten huisarts in 2006 naar soort contact weergegeven.

Consult huisarts	Aantal per verzekerde	Gewicht
Consult < 20 minuten	2,03	1,0
Consult > 20 minuten	0,17	2,0
Visite < 20 minuten	0,15	1,5
Visite > 20 minuten	0,04	2,5
Telefonisch consult	0,55	0,5
Herhalingsrecept	1,97	0,5
Vaccinatie	0,01	0,5
E-mailconsult	0,001	0,5
<b>Consulten</b>	<b>4,92</b>	
<b>Consultieneheden</b>	<b>3,97</b>	

**Tabel 1** Aantal consulten huisarts naar soort contact en consultieneheden (bron: Vektis, november 2006)

Uit tabel 1 blijkt dat er vooralsnog weinig gebruikgemaakt wordt van e-mailconsulten. Deze mogelijkheid wordt ook nog niet door alle huisartsen aangeboden. Van alle consulten waarbij de verzekerde naar de praktijk van de huisarts gaat, duurt 8% langer dan 20 minuten.

Een deel van de contacten met patiënten kan door een huisarts worden overgelaten aan een praktijkondersteuner. Deze richt zich vooral op chronisch patiënten met bijvoorbeeld astma of diabetes<sup>3</sup>. In tabel 2 staat de verdeling van de consulten van de praktijkondersteuner naar soort contact.

<sup>3</sup> Berg, M. van den en Simkens, A. (2006): "Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat?", Huisarts en wetenschap 49(8).

Consult praktijkondersteuner	Aantal per verzekerde	Gewicht
Consult < 20 minuten	0,06	1,0
Consult > 20 minuten	0,03	2,0
Visite < 20 minuten	0,01	1,5
Visite > 20 minuten	0,004	2,5
Telefonisch consult	0,01	0,5
Herhalingsrecept	0,02	0,5
Vaccinatie	0,0002	0,5
E-mailconsult	-	-
<b>Consulten</b>	<b>0,13</b>	
<b>Consulteenheden</b>	<b>0,16</b>	

**Tabel 2** Aantal consulten praktijkondersteuner per soort contact (bron: Vektis, november 2006)

In 36% van de contacten duurt een consult bij de praktijkondersteuner langer dan 20 minuten (tegen 8% bij de huisarts). Een praktijkondersteuner besteedt het grootste deel (66%) van de contacten aan consulten. Voor de huisarts, die vrijwel alle herhalingsrecepten zelf uitschrijft, is dit 45%. In totaal neemt de praktijkondersteuner 3% van alle contacten over van de huisarts (afgezien van passanten en ANW).

#### Passantentarief

Een huisarts mag alleen een passantentarief declareren als de verzekerde in een andere plaats bij een huisarts staat ingeschreven. Dit gebeurt relatief vaak in vakantieperiodes. Het passantentarief voor een kort consult bedraagt € 24,80. Passantentarieven komen relatief weinig voor: bij 1 op de 325 contacten wordt een passantentarief gedeclareerd door de huisarts.

#### Avond-, nacht- en weekenddiensten

De tarieven voor avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW) vallen uiteen in twee categorieën: voor huisartsen die zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur en voor huisartsen die dat niet zijn. Voor de eerste categorie kunnen de tarieven voor consulten en visites verschillen per huisartsendienstenstructuur, voor de tweede categorie zijn de tarieven vast (€ 32,70 voor een kort consult). Van alle ANW-contacten vindt slechts 5% plaats door huisartsen die niet zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur.

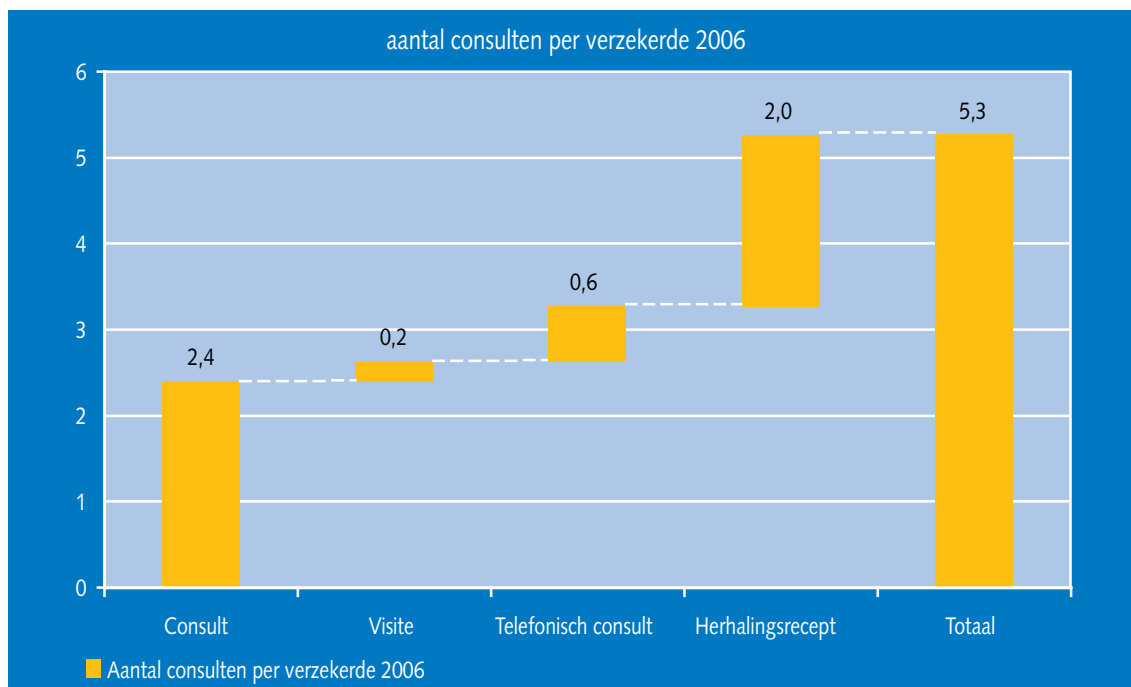
Bij de huisartsendienstenstructuren wordt geen onderscheid gemaakt tussen korte en lange consulten en tussen korte en lange visites. Een overzicht van het aantal consulten per verzekerde voor de ANW bij huisartsendienstenstructuren staat in tabel 3.

Veel meer dan tijdens reguliere openingstijden worden contacten bij de ANW telefonisch afgehandeld.

Consult ANW huisartsdienst	Aantal per verzekerde
Consult	0,10
Visite	0,02
Telefonisch consult	0,07
Herhalingsrecept	0,003
Consulten	0,19

**Tabel 3** Aantal consulten avond-, nacht en weekenddiensten voor huisartsen aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur (bron: Vektis, november 2006)

Ter afsluiting van de paragraaf over consulten wordt in figuur 5 nog een totaaloverzicht gegeven van de meest voorkomende contacten voor alle type consulten, dus ongeacht wie de uitvoerende zorgverlener is en het tijdstip waarop het consult plaatsvindt. In 2006 is de verhouding tussen de types consulten niet veel anders dan hoe dat in 2005 was<sup>4</sup>.



**Figuur 5** Meest voorkomende consulten in 2006 (bron: Vektis, november 2006)

Als gekeken wordt naar de afspraken die zijn gemaakt binnen het Vogelaarakkoord, dan zijn de totale kosten van de consulten fors toegenomen. Dit wordt veroorzaakt doordat er meer consulteenheden per verzekerde worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars dan vooraf is ingeschat.

Het aantal consulteenheden bij huisartsen is met 13% gestegen en het aantal consulteenheden bij praktijkondersteuners met 41%.

Daarentegen zijn de kosten voor passantentarieven 75% lager uitgevallen dan vooraf werd verwacht. Over het aantal ANW-consulten zijn in het Vogelaarakkoord geen afspraken gemaakt.

### Modules

Naast afspraken over consulteenheden, zijn er in het Vogelaarakkoord ook afspraken gemaakt over bepaalde modules.

#### Module Modernisering en Innovatie (M&I)

De module Modernisering en Innovatie (M&I) bestaat uit twee onderdelen. Allereerst de verrichtingen (voormalig RIZ<sup>5</sup> of flexizorg). Voor declaratie van deze verrichtingen moet gelden dat er een extra inspanning nodig is (in tijd, opleiding of kosten) én dat er een element van substitutie van tweedelijnszorg (ziekenhuis, medisch specialisten) naar eerstelijnszorg (huisartsen) plaatsvindt. Het gaat hier om 45 verrichtingen, waaronder chirurgische ingrepen, begeleiding van verzekerden met diabetes en longfunctiemetingen. Daarnaast kunnen huisartsen met zorgverzekeraars afspraken maken over modules die onder andere tot doel hebben om:

<sup>4</sup> Bron: website LINH

<sup>5</sup> Regeling Initiatiefruimte Ziekteverzekering

- samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders te stimuleren;
- de kwaliteit van de huisartsenzorg te bevorderen;
- de aanpak van chronische aandoeningen verder te ontwikkelen.

Voor de *verrichtingen* van de module M&I is in het Vogelaarakkoord 50 miljoen euro beschikbaar in 2006. Op basis van de gedeclareerde verrichtingen blijkt dit in 2006 90 miljoen euro te worden, oftewel 80% meer. Voor de modules is ook nog eens 25 miljoen euro beschikbaar. Vooral nog lijkt deze post met 7 miljoen euro nog achter te blijven bij de verwachtingen (72% lager), maar omdat deze modules nog in ontwikkeling zijn, kunnen de totale kosten in de loop van het jaar 2006 nog toenemen. Overigens is er in het Vogelaarakkoord al wel rekening gehouden met een overschrijding van de kosten van de module M&I. Daarom worden de zorgverzekeraars ook geacht om een aantal vrijkomende middelen voor deze module in te zetten. Het kan hier gaan om vrijkomende middelen door overheveling van zorg van de tweede naar de eerste lijn, vrijkomende middelen ten gevolge van afspraken met huisartsen over het voorschrijfbeleid met betrekking tot medicijnen en overige vrijwillig in te zetten middelen.

### Module Populatiegebonden Vergoedingen

Via de module populatiegebonden vergoedingen worden huisartsen gecompenseerd voor het werken in achterstandswijken en in wijken met veel ouderen. Dit vindt plaats door een opslag op het eerder genoemde inschrijftarief (à € 52,- per verzekerde per jaar). De verdeling van de opslagen op de inschrijftarieven naar populatiekenmerken wordt weergegeven in tabel 4. Van alle verzekerden voor wie een inschrijftarief gedeclareerd is, woont 5% in een achterstandswijk.

Inschrijftarieven:	opslag (in €)	Aantal (maal duizend)
< 65 jaar, geen achterstandswijk	-	11.200
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	1,70	1.056
> 75 jaar, geen achterstandswijk	2,40	860
< 65 jaar, achterstandswijk	1,70	627
65 - 75 jaar, achterstandswijk	3,50	43
> 75 jaar, achterstandswijk	4,20	36
<b>Totaal</b>		<b>13.821</b>

**Tabel 4** Opslag populatiegebonden vergoedingen bovenop de gedeclareerde inschrijftarieven 2006, (bron: Vektis, november 2006)

Van ongeveer 86% van alle verzekerden is tot en met het derde kwartaal van 2006 een inschrijftarief gedeclareerd. Dit aantal zal nog toenemen, aangezien het bekend is dat er nog een groot aantal declaraties voor inschrijftarieven via zogenaamde 'clearing houses'<sup>6</sup> bij de zorgverzekeraars binnen moet komen. Overigens zal niet voor elke verzekerde een inschrijftarief gedeclareerd worden: sommige verzekerden zijn bij geen enkele huisarts ingeschreven, terwijl voor verzekerden in een verzorgingstehuis geen inschrijftarief gedeclareerd mag worden.

Bovenop het inschrijftarief mag een huisarts per verzekerde ook nog € 1,- extra per jaar declareren wanneer hij zijn declaraties digitaal opstuurt in plaats van via een papieren nota. De meeste huisartsen doen dit: 94% van de inschrijftarieven in 2006 wordt digitaal aangeleverd.

<sup>6</sup> 'Clearing houses' zijn bedrijven die het administratieve declaratieverkeer verzorgen namens huisartsen.

### **Module Praktijkondersteuning Huisarts**

De derde module waarover afspraken zijn gemaakt in het Vogelaarakkoord, is de module 'praktijkondersteuning huisarts (POH)'. Deze module bestaat uit twee delen. Het eerste deel, de consulttarieven van de praktijkondersteuner, is al besproken in de paragraaf 'Consulten'. Het tweede deel bestaat uit de moduletarieven voor de POH. Een huisarts kan onder bepaalde voorwaarden € 6,40 per jaar als opslag op de inschrijftarieven declareren voor alle bij hem ingeschreven verzekerden. De voorwaarde hiervoor is dat er in ieder geval een samenwerkingsverband met minstens twee andere huisartsen moet worden aangegaan, waarbij men tot een gezamenlijk aantal ingeschreven verzekerden van minimaal 4.500 komt.

In het derde kwartaal 2006 was al voor 93% van alle verzekerden voor wie een inschrijftarief was gedeclareerd tevens een opslag voor de module POH gedeclareerd, terwijl dit in het eerste kwartaal nog op 85% lag. Bijna alle huisartsen lijken derhalve samenwerkingsverbanden te zijn aangegaan.

### **Kosten huisarts 2006**

Naar verwachting zullen de totale huisartsenkosten voor de consulten, inschrijftarieven, modules en overige kosten in 2006 uitkomen op 1,79 miljard euro, ofwel € 111,- per verzekerde. De overige kosten zijn bijvoorbeeld de kosten van materialen (entstoffen, hecht- en tapemateriaal) en laboratoriumonderzoek. Deze kosten maken een zeer gering deel uit van de totale huisartsenkosten.

In 2005 waren de totale nettokosten voor huisartsenzorg 1,44 miljard euro<sup>7</sup>. Bruto (inclusief eigen betalingen) ging het om 1,53 miljard euro. In 2006 zijn de totale huisartsenkosten derhalve met 17% gestegen ten opzichte van de brutokosten in 2005.

### **Afsluiting**

Het is duidelijk dat de gemaakte afspraken in het Vogelaarakkoord met betrekking tot het aantal consulten niet kunnen worden nagekomen: het aantal consulteenheden per verzekerde is ongeveer 13% hoger dan was verwacht en afgesproken. Dit is zichtbaar in de cijfers die zijn verzameld door zowel Vektis als de LINH.

Concreet betekent het voor de zorgverzekeraars dat zij hogere kosten huisartsenzorg hebben. In het Vogelaarakkoord is afgesproken om op basis van de realiteit na te gaan in hoeverre de afspraken aangepast zouden moeten worden: een mogelijkheid is om de consulttarieven aan te passen.

Voor de markt als geheel is er een overschrijding van het aantal consulteenheden per verzekerde, uiteraard kan het voor individuele zorgverzekeraars een ander beeld geven.

Vektis zal de monitoring van het Vogelaarakkoord na afloop van het vierde kwartaal 2006 afronden. Dan moet er een definitief beeld zijn hoe de afspraken in het Vogelaarakkoord uitpakken. Daarnaast is Vektis in opdracht van ZN bezig om op detailniveau gegevens te verzamelen over huisartsenkosten. Dan is het niet alleen mogelijk om op marktniveau iets te zeggen over de huisartsenkosten, maar ook op verzekerdeniveau. Ongetwijfeld komt er dan interessante informatie beschikbaar die niet alleen iets zegt over de kosten, maar ook meer over de oorzaken daarvan.

**Drs. Ph.J. (Philip) Mokveld en drs. M. (Marieke) Smit**

---

<sup>7</sup> Bron: Zorgmonitor 2006, Vektis

## Een convenantopbrengst farmacie is geen reële kostenbesparing

*In 2006 wordt de opbrengstdoelstelling van het farmacieconvenant van 843 miljoen euro waarschijnlijk wel gerealiseerd, maar niet op de manier waarop zorgverzekeraars dit graag hadden gezien.*

Vanaf 2004 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de apothekers verenigd in de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en fabrikanten van geneesmiddelen, Bogin en Nefarma, (vanaf 2005) afspraken op papier gezet over de kosten van geneesmiddelen in Nederland. Het belangrijkste doel van deze farmacieconvenanten is om kortingen en bonussen van de farmaceutische industrie aan apothekhoudenden, welke leiden tot hoge prijzen en dus kosten van geneesmiddelen, om te zetten in structurele prijsverlagingen. De afspraken over 2006 en 2007 zijn vastgelegd in het derde farmacieconvenant, na die over 2004 en 2005. In tabel 5 staan de afgesproken en gerealiseerde opbrengsten op een rijtje. In 2004 is de gerealiseerde opbrengst door het Ministerie van VWS vastgesteld op 576 miljoen euro; dit ligt 46 miljoen euro onder de doelstelling. In 2005 werd de doelstelling wel gehaald. Voor 2006 komt Vektis tot een eerste prognose van 4 miljoen euro onder de beoogde opbrengst. De kans is groot dat de convenantpartijen tot de conclusie komen dat de opbrengstdoelstelling voor 2006 gehaald is.

### Opbouw opbrengstdoelstelling

De 685 miljoen uit 2005 werd, met een inachtneming van patentverloop en een aanname van een volumegroei van 2% voor patentloze geneesmiddelen en 6% voor de totale markt, voor 2006 geraamd op 765 miljoen. De vaststelling van de doelstelling voor het convenant voor 2006 en 2007 is gestoeld op een continuering van de doelstelling in 2005 plus een extra opbrengst van 78 miljoen euro. De 78 miljoen extra opbrengst in 2006 zou dan tot stand moeten komen door extra prijsverlagingen. Er werd berekend dat de prijzen van geneesmiddelen waarvan het patent verlopen was (multi-source) in 2006 met zo'n 8,5% extra in prijs verlaagd moesten worden om aan deze doelstelling te voldoen.

De convenantopbrengst valt uiteen in een opbrengst van de prijsverlaging en een zogenaamde 'claw-back' (zie kader). De prijsverlaging wordt berekend als het verschil tussen de werkelijke prijs en de prijs in januari 2004. De opbrengst hiervan is het gerealiseerde volume maal de prijsverlaging.

#### Definities

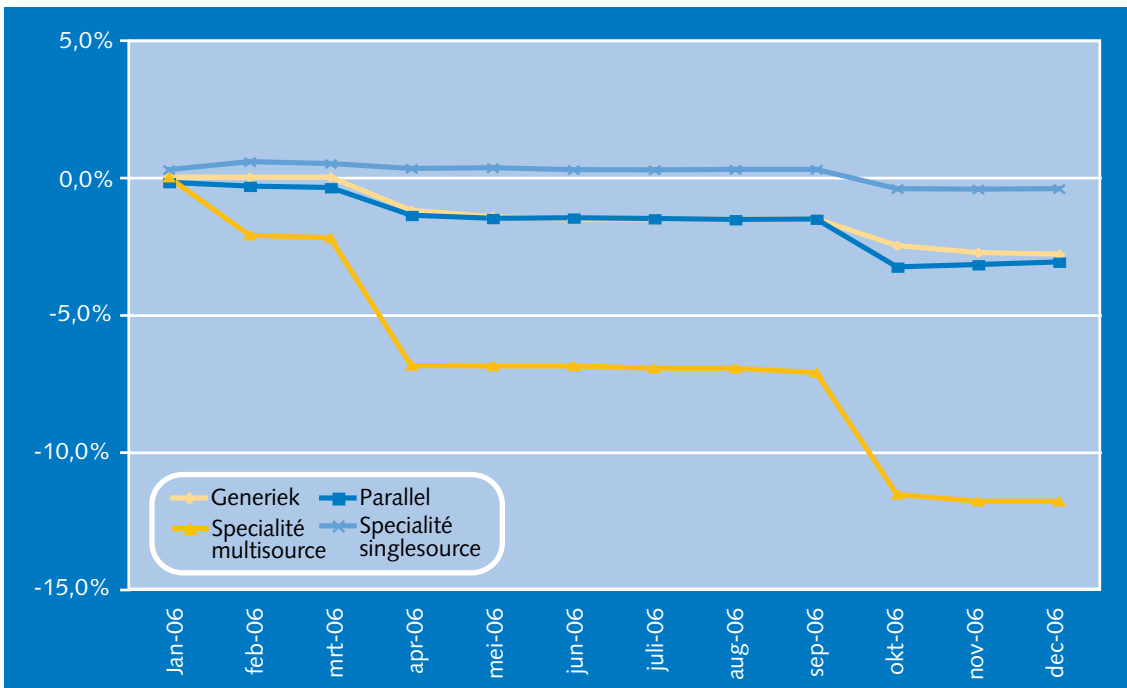
- **Clawback:** een afslag, of korting voor de zorgverzekeraar, van momenteel 6,82% van de materiaal-kosten van een geneesmiddel, met een maximum van € 6,80 per recept.
- **Generieke geneesmiddelen:** kopieën van specialités die door andere fabrikanten, na het verlopen van het octrooi van het merkgeneesmiddel, op de markt gebracht worden.
- **Multi-source geneesmiddelen:** geneesmiddelen waarbij er meerdere aanbieders zijn.
- **Parallelgeneesmiddelen:** middelen die rechtstreeks, dus niet via de fabrikant, uit het buitenland worden geïmporteerd.
- **Single-source geneesmiddelen:** geneesmiddelen waarbij er één aanbieder is van de werkzame stof.
- **Specialités:** merkgeneesmiddelen waarop een octrooi rust of rustte.

### Prijsverlagingen in 2006

In hoeverre is de convenantopbrengst tot stand gekomen door extra prijsverlagingen? Figuur 6 laat de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in 2006 zien. Wat opvalt, is dat het prijsniveau van alle soorten geneesmiddelen, afgezien van de relatief kleine groep specialités waarvan het patent is verlopen, amper in prijs is verlaagd. Generieke geneesmiddelen zijn in december 2006 slechts 2,8% goedkoper dan 12 maanden eerder en gemiddeld in 2006 maar 1,4%. Single-source specialités waren gemiddeld in 2006 zelfs iets duurder dan in december 2005.

Jaar	Doelstelling	Gerealiseerd
2004	622	576
2005	685	691
2006	843	839*
2007	971	

Tabel 5 Opbrengsten farmacieconvenant in miljoenen euro's 2004-2007 (bron: Vektis)



Figuur 6 Prijsontwikkeling in 2006 ten opzichte van december 2005 (bron: Vektis)

Wat daarnaast opvalt, is dat er enige grote prijsveranderingen hebben plaatsgevonden onder druk van de aanpassing van de maximumprijzen in het kader van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP). De WGP wordt twee keer per jaar aangepast: in april en oktober. Duidelijk is te zien dat juist in deze maanden het gemiddelde prijsniveau van alle soorten geneesmiddelen is verlaagd.

### Volume groei

De volume groei van met name generieke geneesmiddelen is hoger dan eerder werd aangenomen. In 2006 bedraagt deze naar verwachting zo'n 8%, terwijl was gerekend op circa 2%. Er zijn drie belangrijke oorzaken voor de volume groei van generieke geneesmiddelen:

1. Er wordt beter gesubstitueerd van specialité naar generieke middelen door apothekhoudenden. Onder andere door de invoering van het preferentiebeleid worden binnen clusters van identieke geneesmiddelen meer goedkope generieken afgeleverd ten opzichte van duurdere specialités
2. Er vindt een autonome groei van geneesmiddelen plaats. Een voorbeeld hiervan zijn de cholesterolverlagers. Uit recent onderzoek is gebleken dat mensen met ouderdomsdiabetes baat hebben bij het preventief slikken van cholesterolverlagers. Steeds meer patiënten krijgen dus deze middelen voorgeschreven en dan veelal het middel van eerste keus, simvastatine, waarvan het octrooi al verlopen is.
3. Huisartsen gaan, mede door initiatieven van verzekeraars (zoals de module 'Doelmatig Voorschrijven' van Menzis), steeds kostenbewuster voorschrijven. Hierdoor worden vaker patentloze geneesmiddelen voorgeschreven. Dit leidt tot een hoger volume van de generieke geneesmiddelen.

Het doelmatiger afleveren (1) en voorschrijven (3) zorgen voor een verschuiving van het volume en leiden direct tot een kostenbesparing. De autonome volumegroei (2) leidt tot een stijging van het aantal receptregels. Dit betekent dat kosten voor verzekeraars hierdoor groter worden evenals de opbrengst van de clawback. Immers: meer recepten betekent meer clawback. Alle drie ontwikkelingen zorgen voor een hoger volume van multi-source middelen. Deze zorgen bij een al eerder gerealiseerd prijsverschil met januari 2004 voor een grotere opbrengst van het convenant, zelfs bij gelijkblijvende prijzen in 2006. Hierdoor wordt de noodzaak voor extra prijsverlagingen van geneesmiddelen kleiner. In 2006 is de volumegroei van met name generieke middelen zo groot dat, samen met de kleine prijsverlagingen onder druk van de WGP, de convenantopbrengst lijkt te worden gehaald.

### **Conclusie**

De convenantdoelstelling van een opbrengst van 843 miljoen euro wordt in 2006 waarschijnlijk gehaald. Door een hoger volume van generieke geneesmiddelen hoeven fabrikanten minder prijsverlagingen door te voeren. Het prijsniveau van geneesmiddelen ligt in 2006 hierdoor niet veel lager dan eind 2005. De opbrengst van het convenant wordt nu niet gerealiseerd door de prijsverlaging die verzekeraars hadden verwacht. Een volumeverschuiving naar generieke geneesmiddelen door doelmatig voorschrijven en afleveren, leidt tot lagere kosten en een hogere convenantopbrengst. Maar een autonome volumegroei leidt tot hogere kosten én een hogere convenantopbrengst. Een convenantopbrengst moet dus niet worden verward met een werkelijke kostenbesparing.

**Drs. W.I.J. (Willem) de Boer en drs. A. (Ilja) Smits**

## De kosten van DBC's

*In de Ziekenhuisspecial 2006 van de Zorgthermometer<sup>8</sup> is vanuit een aantal verschillende invalshoeken aandacht besteed aan de gevolgen van de introductie van DBC's binnen de ziekenhuiszorg. Op basis van het Informatiesysteem ZiekenhuisZorg (IZiZ) van Vektis is in deze special onder meer ingegaan op kosten en doorlooptijden van DBC's. De IZiZ-dataset is inmiddels verder gegroeid (het jaar 2005 is inmiddels grotendeels uitgedeclareerd) en dit geeft de mogelijkheid om het inzicht in de kosten van DBC's verder te vergroten.*

### De gegevens

Voor dit artikel is een aantal analyses uitgevoerd op de gegevens uit IZiZ. Hieronder is een aantal kenmerken en aandachtspunten ten aanzien van de gebruikte set weergegeven:

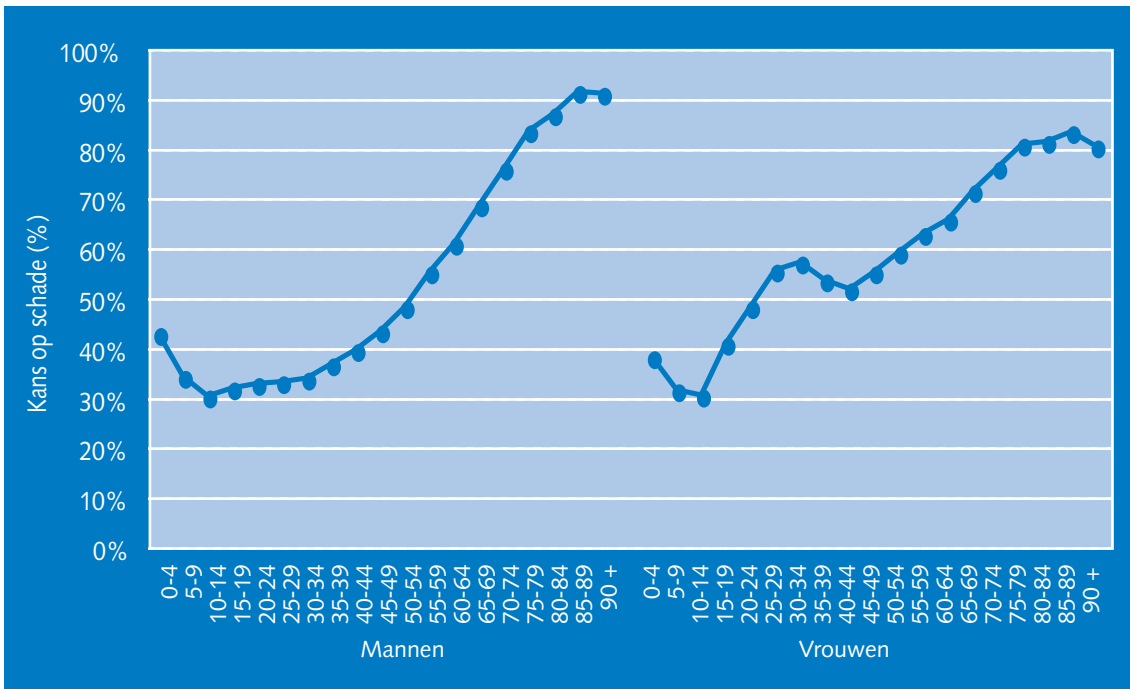
- In het bestand zijn de schadegegevens opgenomen van zorgverzekeraars die gezamenlijk ruim 5,3 miljoen verzekerden representeren. Van deze verzekerden heeft 50% een ziekenhuisdeclaratie.
- Alleen de ziekenhuiszorgkosten van DBC-plichtige instellingen (algemene en academische ziekenhuizen en Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's)) zijn meegenomen in de analyse. Dit betreft DBC-declaraties uit het A- en B-segment en de Overige Verrichtingen en Producten (OVP's).
- Alleen de gegevens van DBC's met een openingsdatum in 2005 zijn gebruikt. Dit houdt in dat de zogenaamde overloop-DBC's (met een openingsdatum in 2004 en een sluitdatum in 2005) niet worden meegenomen. IZiZ wordt momenteel ook gevuld met DBC's met een openingsdatum in 2006, maar deze gegevens zijn voor de huidige analyses (nog) niet geschikt (zie volgende aandachtspunt).
- Conform de DBC-systematiek mag een DBC maximaal één jaar openstaan. Dit betekent dat op 31 december 2006 de laatste DBC's van 2005 worden afgesloten en daarna worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Het schadebeeld 2005 is binnen IZiZ daarom nog niet compleet. De huidige IZiZ-data bevat de schade ziekenhuiszorgschade 2005 zoals die is verwerkt tot 1 oktober 2006. Dit betekent dat met name de DBC's 2005 die worden gesloten in het laatste kwartaal van 2006 niet zijn meegenomen. Dit betreft in de praktijk met name reguliere en vervolg-DBC's.
- Ook de DBC's 2005 die gesloten zijn tot 1 oktober 2006 zijn nog niet compleet. Hiervoor zijn een aantal redenen. Enerzijds kost het valideren van DBC's binnen ziekenhuizen verwerkingstijd en anderzijds kunnen verwerkingsachterstanden bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars leiden tot een vertraging in de aanlevering richting IZiZ.
- Op basis van de huidige (uitloop)gegevens is de inschatting dat op 1 oktober 2006 nog ongeveer 13%<sup>9</sup> van de ziekenhuiszorgschade met een openingsdatum in 2005 niet is geregistreerd binnen IZiZ (zie voorgaande aandachtspunten). Voor het ontbreken van deze schade is niet gecorrigeerd binnen dit artikel, omdat hierover onvoldoende ervaringscijfers aanwezig zijn.

### Ziekenhuiszorgschade naar leeftijd en geslacht

Zoals is weergegeven in figuur 7 is de kans op ziekenhuiszorgschade sterk gerelateerd aan leeftijd en geslacht. Uit figuur 7 blijkt dat de kans op ziekenhuiszorg bij vrouwen vooral op jongere leeftijd (vruchtbare periode) groter is dan bij mannen. Van de vrouwen van 25 jaar en ouder heeft meer dan een op de twee vrouwen ziekenhuiszorgkosten en voor mannen is dit vanaf 55 jaar pas het geval. Vanaf 75-jarige leeftijd wordt de kans op ziekenhuiszorgschade bij mannen groter dan bij vrouwen. Het piekmoment, wat betreft de kans op deze schade, ligt bij mannen tussen de 85 en 90 jaar. Van deze groep mannen heeft ruim 90% het ziekenhuis in 2005 bezocht.

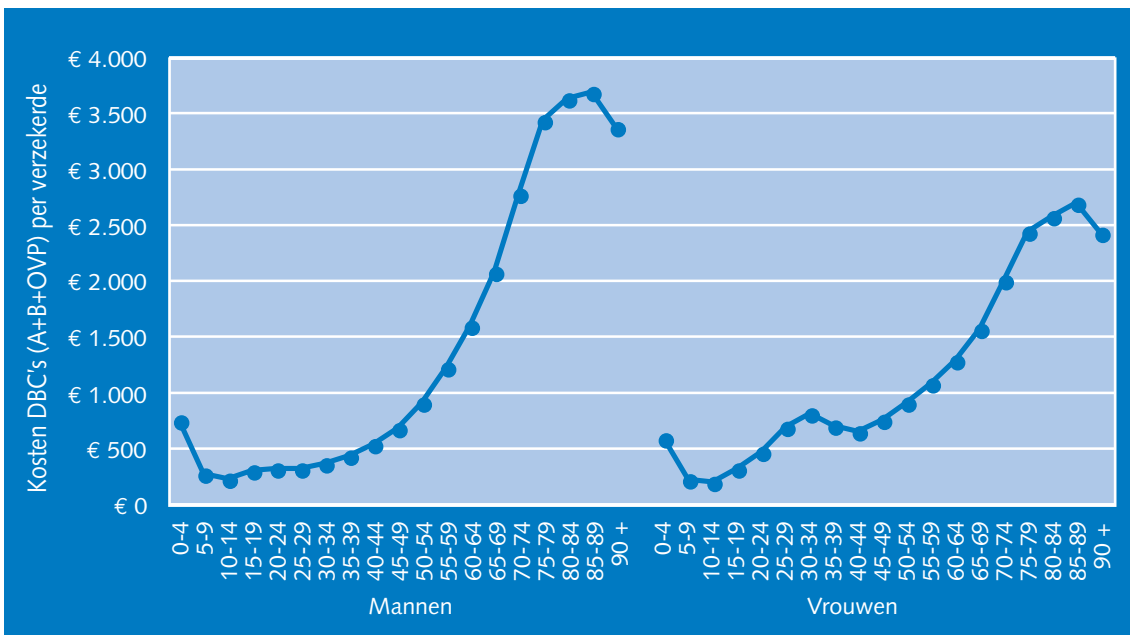
<sup>8</sup> Op te vragen bij Vektis of te raadplegen via onze website: [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)

<sup>9</sup> Inschatting is gebaseerd op het patroon van de verwerking (uitloop)schade 2005, tot en met het zevende kwartaal



**Figuur 7** De kans op ziekenhuiszorg naar leeftijd en geslacht in 2005 (bron: Vektis)

Naast de kans op ziekenhuiszorg is het natuurlijk ook van belang om te letten op de hoogte van de ziekenhuisschade. In figuur 8 is voor de totale ziekenhuiskosten per verzekerde het beeld naar leeftijd en geslacht uitgewerkt.



**Figuur 8** Totale ziekenhuiskosten per verzekerde naar leeftijd en geslacht in 2005, in euro's (bron: Vektis)

Zoals te verwachten is, bestaat er een duidelijke samenhang tussen kans op schade uit figuur 7 en de schade uit figuur 8. Met het toenemen van de leeftijd neemt naast de kans op schade ook het gemiddelde bedrag aan kosten ziekenhuiszorg toe (duurdere DBC's). Hoewel de curve voor mannen hoger eindigt dan voor vrouwen, ligt het gemiddelde kostenniveau voor vrouwen met € 910,- bijna 6% hoger dan bij mannen (€ 860,-). Dit laatste heeft te maken met het feit dat de groep mannen met

kosten (44%) kleiner is dan de groep vrouwen (55%) en dat mannen alleen op hogere leeftijd hogere kosten hebben dan vrouwen. De omvang van deze groep oudere mannen is echter beperkt.

#### De opbouw en kosten van de DBC's naar segment

De DBC's kunnen worden ingedeeld in twee segmenten, namelijk het A-segment voor de niet-onderhandelbare DBC's en het B-segment waarbij er door de zorgverzekeraar en de zorginstelling kan worden onderhandeld over de prijs. Daarnaast valt een behoorlijk aandeel van de verrichtingen van de DBC-plichtige instellingen binnen de zogenaamde OVP's (de Overige Verrichtingen en Producten). Bij deze laatste categorie gaat het bijvoorbeeld om een laboratoriumonderzoek of een röntgenfoto aangevraagd door een huisarts die niet behoort tot een zorgtraject uit het A- of B-segment. Hierbij wordt elke verrichting afzonderlijk door de instelling gedeclareerd. Hierdoor is het aantal afgerekende OVP's in 2005 (met een aandeel van ruim 75% van de declaratieregels binnen IZiZ) fors, maar de gemiddelde schade per declaratie laag.

De gemiddelde kosten van een DBC uit het B-segment zijn bijna het dubbele van een DBC uit het A-segment. Dit heeft te maken met het feit dat het bij het B-segment om relatief eenvoudige en/of veelvoorkomende zorgtrajecten gaat, maar waarin veelal wel een operatie is opgenomen. Binnen het A-segment is dit in een groot aantal gevallen (bijvoorbeeld bij een bezoek aan de polikliniek) niet het geval, waardoor de gemiddelde kosten binnen het A-segment lager liggen. Het totaalbeeld van de kosten is weergegeven in tabel 6, waarbij de kosten per prestatie en per verzekerde<sup>10</sup> worden weergegeven.

Type DBC	Aantal DBC's (%)	Totale kosten (%)	Kosten per DBC (in €)	Kosten per verzekerde (in €)
A	23	85	996	757
B	1	8	1.845	67
OVP	76	7	25	63

**Tabel 6** De verhouding en gemiddelde kosten van DBC's naar segment in 2005 (bron: Vektis)

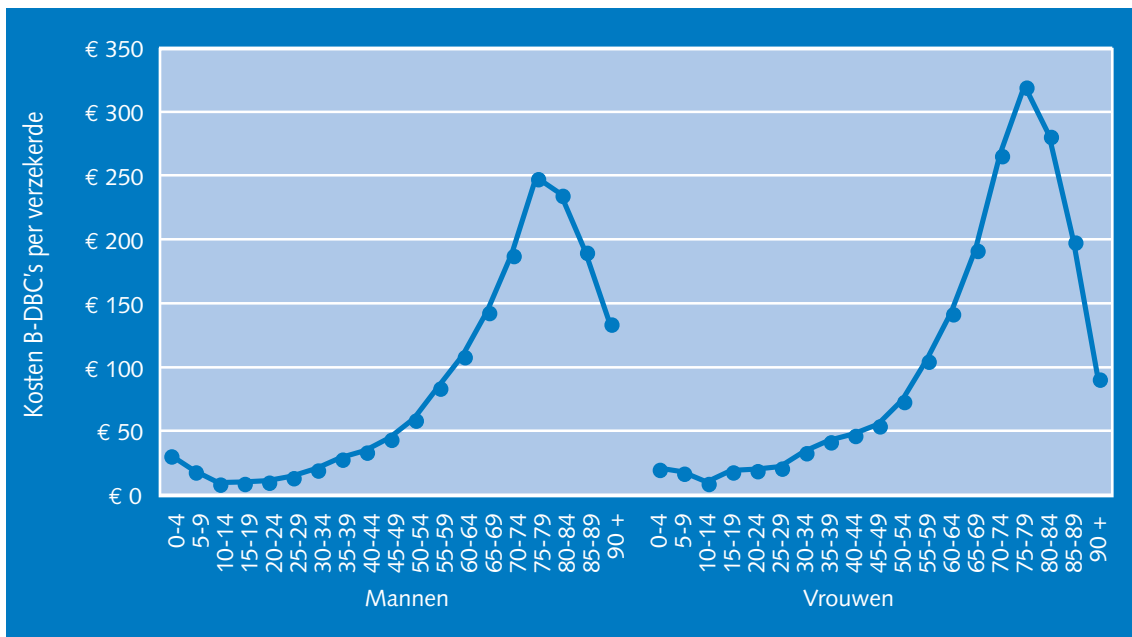
Om een idee te geven van het belang van het B-segment binnen de totale ziekenhuiszorg is gekeken naar de totale omzet van het B-segment. Daarnaast is gekeken naar het aantal behandelingen binnen het B-segment.

- Vooraf was ingeschat dat ongeveer 10% van de totale omzet ziekenhuiszorg 2005 zou vallen binnen het B-segment. Dit aandeel is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bijgesteld tot 8%<sup>11</sup>. Op basis van de totale kosten IZiZ komt het aandeel van het B-segment eveneens uit op 8%. De kosten van de OVP's worden formeel gerekend tot het A-segment, waarmee het aandeel van dit segment ruim 92% bedraagt.
- Het aandeel van het B-segment in aantal behandelingen is gering. Wanneer de OVP's buiten beschouwing worden gelaten, is het aandeel (in aantallen DBC's) van het B-segment gelijk aan bijna 5%.

Om na te gaan of de kosten binnen het A- en B-segment sterk samenhangen met leeftijd en geslacht zijn ook voor deze twee segmenten afzonderlijke schadecurven opgesteld. De curve van segment A (niet opgenomen in dit artikel) is vrijwel identiek aan figuur 8, waarin de totale kosten ziekenhuiszorg zijn geprojecteerd. Deze gelijkenis is niet vreemd gezien het grote aandeel van het A-segment binnen de totale kosten. In figuur 9 is daarom alleen de schadecurve voor het B-segment opgenomen.

<sup>10</sup> De kosten per verzekerde worden ook gebruikt in figuur 8 en 9

<sup>11</sup> Monitor ziekenhuiszorg, juni 2006.



**Figuur 9** Totale uitgaven DBC-schade in het B-segment per verzekerde in 2005 naar geslacht en leeftijdsklasse, in euro's (bron: Vektis)

Het kostenniveau per verzekerde in figuur 9 ligt veel lager dan in figuur 7, omdat in deze curve de kosten van alleen de DBC's uit het B-segment (8% van de totale schade) worden afgezet tegen alle verzekerden. Wanneer de curven worden bestudeerd, dan valt op dat de curve van de vrouwen binnen de vruchtbare periode niet extra toeneemt zoals dat in figuur 7 het geval is. Er is dus weinig DBC-schade uit het B-segment die aan geboortezorg is gekoppeld. Verder valt bij mannen en vrouwen de sterke daling van de kosten op na het vijfenzeventigste levensjaar. Het aandeel B-segment neemt dus op hoge leeftijd af; zij nuttigen met name zorg uit het A-segment.

### DBC's naar specialisme

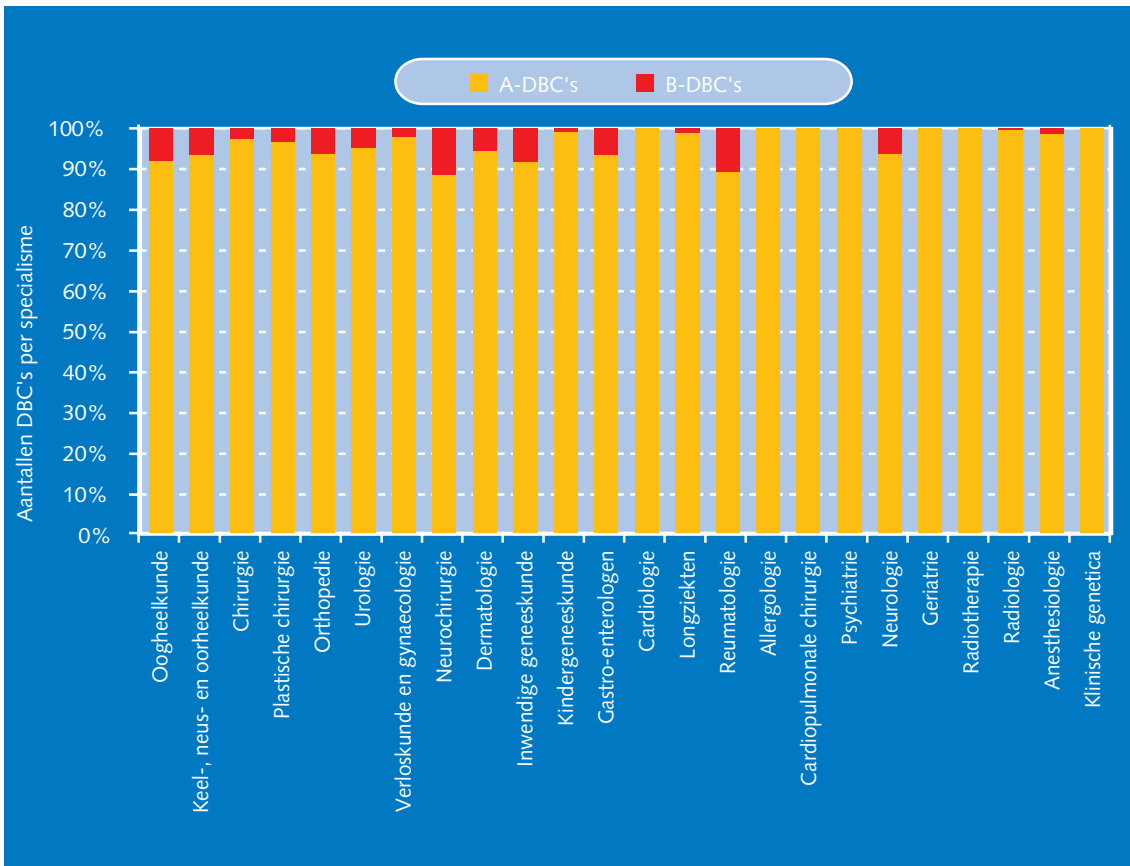
Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, was vooraf de verwachting dat in 2005 het aandeel van het B-segment ongeveer 10% zou bedragen. Dit aandeel wordt zowel in kosten als in aantallen DBC's waarschijnlijk niet gehaald in 2005. Om een beeld te schetsen van de variatie van het aandeel per specialisme is in figuur 10 de verhouding per specialisme weergegeven. Hierbij is als vertrekpunt het aantal DBC's per specialisme genomen.

Specialismen met een groot aandeel in het B-segment zijn neurochirurgie, reumatologie en oogheelkunde. Zoals ook uit figuur 10 blijkt, is er ook nog een aantal specialismen (bijvoorbeeld cardiopulmonale chirurgie) waar nog geen enkele DBC binnen het B-segment valt.

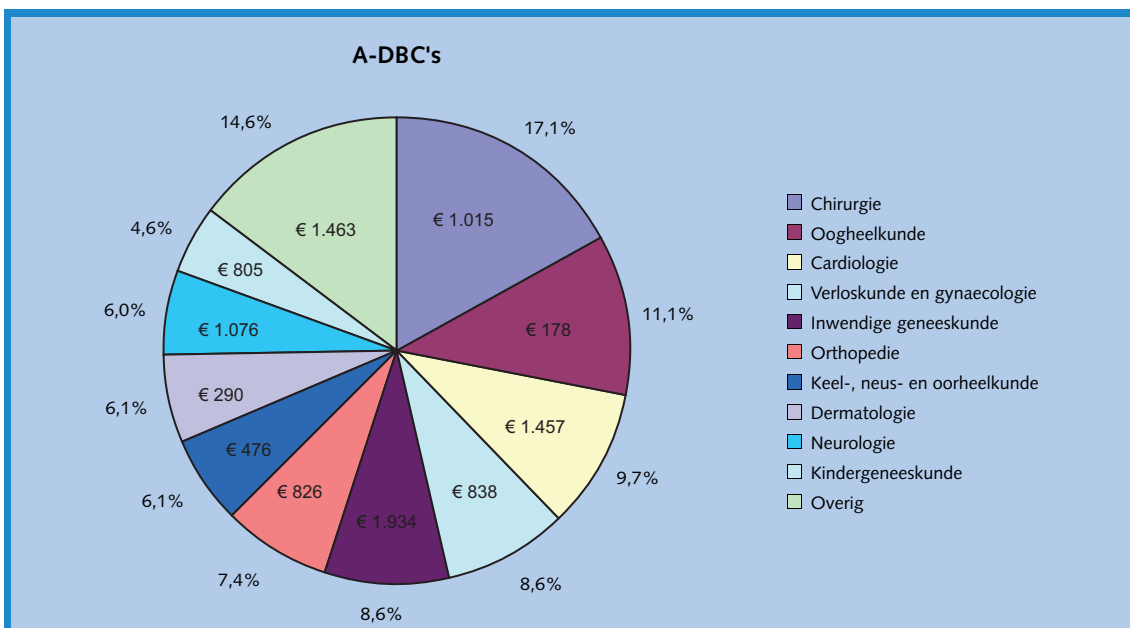
Naast de aandelen per specialisme is het ook interessant om te kijken naar de kosten van DBC's per specialisme en segment. In figuur 11 en 12 zijn, respectievelijk voor het A- en B-segment, daartoe de aandelen van de specialismen weergegeven en per specialisme zijn ook de gemiddelde kosten van een DBC opgenomen.

Wanneer figuur 11 en 12 en de achterliggende data worden geanalyseerd, valt een aantal zaken op:

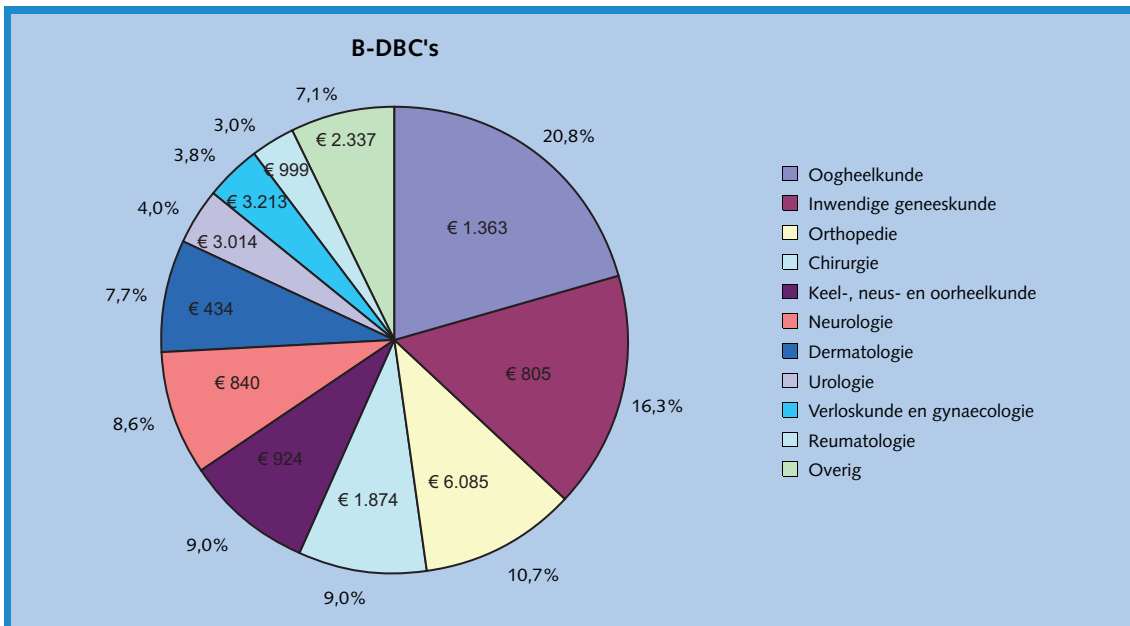
- Het specialisme dat de laagste gemiddelde prijs per DBC binnen het A-segment heeft, is oogheelkunde (onder meer oogcontroles) met € 178,- en binnen het B-segment is het de dermatoloog (onder meer allergietesten) met € 434,-.



**Figuur 10** Verhouding tussen A- en B-segment op basis van aantal DBC's naar specialisme in 2005 (bron: Vektis)



**Figuur 11** Aandeel en gemiddelde kosten per DBC naar specialisme voor het A-segment in 2005 (bron: Vektis)



**Figuur 12** Aandeel en gemiddelde kosten per DBC naar specialisme voor het B-segment in 2005 (bron: Vektis)

- Het specialisme met de hoogste gemiddelde prijs per DBC is binnen het A-segment de cardiopulmonale chirurgie (onder meer openhartoperaties) met € 9.253,- (in de figuur niet afzonderlijk opgenomen omdat deze categorie met 0,3% marktaandeel behoort tot de categorie 'overig') en binnen het B-segment de orthopedie (onder meer operaties bij heup-, knie- en rugslijtage) met € 6.085,-.
- Oogheelkunde heeft zowel in het A- als B-segment een groot aandeel. De kosten per DBC voor het specialisme oogheelkunde liggen binnen het A-segment (bijvoorbeeld controles) echter veel lager dan in het B-segment (bijvoorbeeld staaroperaties).
- Ondanks de hoge gemiddelde kosten van een DBC van het specialisme verloskunde en gynaecologie binnen het B-segment (met name vruchtbaarheidsbehandelingen), zijn deze DBC's door het geringe aandeel in de totale kosten van het B-segment niet terug te zien in de schadecurve van vrouwen voor het B-segment (zie figuur 9).

### Conclusies

De analyse van de ziekenhuiskosten in 2005 binnen de DBC-plichtige instellingen heeft de volgende bevindingen opgeleverd:

- De ziekenhuiskosten in 2005 liggen voor vrouwen ongeveer 6% hoger dan voor mannen; de kans op ziekenhuiskosten is bij vrouwen ruim 10% groter dan bij mannen.
- Uitgaande van DBC's uit het A- en B-segment (exclusief OVP's) blijft het B-segment zowel in kosten (8%) als in aantallen (5%) achter op het vooraf ingeschatte aandeel van 10% voor 2005.
- Het specialisme cardiopulmonale chirurgie (onder meer openhartoperaties) heeft binnen het A-segment met bijna € 10.000,- veruit de hoogste kosten per DBC. Het aantal DBC's voor dit specialisme is met 0,3% binnen het totale A-segment echter zeer beperkt.
- Het specialisme orthopedie (onder meer operaties bij heup-, knie- en rugslijtage) heeft binnen het B-segment met ruim € 6.000,- veruit de hoogste kosten per DBC. Dit specialisme is binnen het B-segment met bijna 11% van de behandelingen en bijna 35% van de kosten ook zeer substantieel te noemen.

Zoals aangegeven in dit artikel wordt op dit moment de IZiZ-database gevuld met de uitloopshade van 2005 en de ziekenhuiskosten van 2006. Op basis van deze gegevens zal Vektis ook in publicaties in 2007 aandacht blijven besteden aan de ontwikkelingen op DBC-gebied!

**Drs. N.H. (Niels) Hoeksema, drs. Ph.J. (Philip) Mokveld en drs. A. (Ilja) Smits**

## Kostenontwikkeling 2006

*In dit artikel wordt een beeld geschetst van de kostenontwikkeling in 2006 in het kader van de sinds 1 januari 2006 nieuw ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij worden de gecumuleerde cijfers van de eerste drie kwartalen 2006, zoals deze aan het CVZ (College voor zorgverzekeringen) zijn gerapporteerd, vergeleken met die van 2005. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de 2005-cijfers uitsluitend betrekking hebben op de voormalige ziekenfondsverzekerden in het kader van de Ziekenfondswet (ZFW). Dit leidt ertoe dat de jaren 2005 en 2006 als gevolg van pakket- en populatieverschillen van elkaar verschillen. Besloten is daarom om de procentuele ontwikkeling ten opzichte van 2005 niet te tonen.*

De populatie 2005 die in dit artikel als basis is genomen, wijkt af van de populatie in het artikel 'Raming Zorgverzekeraars Nederland: ramingen van de zorgkosten in 2006 en 2007'. In dit artikel hebben de 2005-gegevens betrekking op de ZFW-populatie en in de raming van ZN zijn de gegevens voor 2005 gebaseerd op de totale verzekerdenpopulatie van 2005.

In tabel 7 worden de kosten per verzekerde op transactiebasis over de eerste drie kwartalen 2005 en 2006 weergegeven. Het jaar 2005 betreft de kosten Ziekenfondswet (ZFW), waar het jaar 2006 de kosten Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft.

verstrekking	ZFW	Zvw
Huisartsenhulp	77,51	90,84
Farmaceutische hulp	232,44	219,64
Mondzorg	17,60	24,02
Verloskundige hulp	6,40	6,12
Ziekenhuiszorg	823,57	731,36
Paramedische hulp	20,93	22,42
Hulpmiddelen	58,87	55,67
Ziekenvervoer	24,20	22,31
Kraamzorg	13,76	11,54
<b>Totaal kosten van verstrekkingen</b>	<b>1.275,27</b>	<b>1.183,92</b>

**Tabel 7** Uitgaven per verzekerde op transactiebasis, in euro's, eerste drie kwartalen 2005 (ZFW) en 2006 (Zvw) (bron: Vektis/CVZ)

Het beeld van de kosten per verzekerde per verstrekking kan als volgt worden toegelicht:

De kosten voor **huisartsenhulp** vallen in 2006 aanzienlijk hoger uit dan in 2005 het geval was. De voornaamste reden dat de kosten huisartsenhulp hoger uitvallen, ligt in de wijziging in de financierings-systematiek die sinds 2006 in deze rubriek wordt toegepast (de abonnementsstructuur zoals deze in 2005 nog werd gehanteerd in de ZFW heeft in 2006 een opvolger gevonden in een gecombineerde structuur van inschrijf- en consulttarieven). Daarnaast valt het aantal huisartsconsulten in 2006 hoger uit dan vooraf was verwacht. Een wat uitgebreidere verklaring voor de ontwikkelingen binnen de sector huisartsenzorg kunt u vinden in het artikel over het Vogelaarakkoord (zie elders in dit nummer van de Zorgthermometer).

De kosten voor **farmaceutische hulp** laten in tegenstelling tot huisartsenhulp een dalende trend zien. Hierbij speelt het populatieverschil tussen de jaren 2005 en 2006 een voorname rol: de inkomende groep voormalig particulier verzekerden, die doorgaans minder medicijnen consumeerde dan de voormalige ziekenfondsverzekerden, heeft een drukkend effect op de kosten. Bovendien zijn met ingang van 2006 de verbandmiddelen vanuit de rubriek 'farmaceutische hulp' overgeheveld naar de rubriek 'hulpmiddelen'; het gaat hierbij om een bedrag van om en nabij € 8,- per verzekerde.

Voor wat betreft de **mondzorg** is het verschil tussen beide jaren grotendeels te verklaren door de overheveling van de gebitsprothesen vanuit de rubriek 'hulpmiddelen' naar de rubriek 'mondzorg'; deze gebitsprothesen zijn verantwoordelijk voor een stijging van de mondzorg met gemiddeld € 4,25 per verzekerde in de eerste drie kwartalen van 2006. Bovendien is zichtbaar dat met name de kosten mondzorg voor volwassen verzekerden in 2006 relatief flink zijn toegenomen.

De kosten voor **verloskundige hulp en kraamhulp** vertonen in 2006 een dalende trend door met name het afnemende aantal geboortes. Ook hier zien we, net als bij farmaceutische hulp, het populatie-effect optreden. Binnen de voormalige particuliere populatie die in 2006 is ingestroomd, nemen we een ondervetegenwoordiging waar van het aandeel vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Een logisch gevolg hiervan is dat deze populatie minder gebruikmaakt van de verloskundige hulp dan de voormalige ziekenfondspopulatie. Dit leidt vanzelfsprekend tot een drukkend effect op de kosten voor deze rubriek.

De in absolute zin qua kosten grootste rubriek '**ziekenhuiszorg**' laat zien dat er in 2006 minder uitgaven in ziekenhuizen hebben plaatsgevonden dan in 2005. Naast het feit dat ook hier het eerdergenoemde populatie-effect een rol speelt, is ook de nieuwe structuur van DBC's een oorzaak voor de geringere uitgaven in 2006. Door de invoering van consult-DBC's worden er per saldo minder kosten in rekening gebracht bij een gelijke hoeveelheid aan verrichtingen dan in de oude situatie. Een andere reden voor de geringere uitgaven in 2006 is te vinden in de verlaging van de verrekentarieven voor 2006: hierdoor zijn de kosten per DBC uit het A-segment structureel lager komen te liggen dan in het voorgaande jaar.

**Paramedische hulp** laat net als in de afgelopen jaren wederom een stijging zien. Met name de tarieven voor fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar hebben als gevolg van de vrijmarktwerking een stijging ondergaan. Bovendien geven fysiotherapeuten aan dat de effectiviteit van behandelingen versterkt is nu de fysiotherapie uit het basispakket verdwenen is. Deze maatregel - die per 1 januari 2006 is ingevoerd - heeft geleid tot een meer gerichte vraag naar fysiotherapie, wat een kostenopdrijvend effect tot gevolg heeft gehad.

Wanneer men bij de verstrekking **hulpmiddelen** de overheveling van de gebitsprothesen naar de rubriek 'mondzorg' buiten beschouwing zou laten, zouden de uitgaven in 2006 een lichte stijging laten zien ten opzichte van 2005. De toenemende vergrijzing zal ervoor zorgdragen dat deze rubriek ook in de nabije toekomst met een structurele stijging van kosten te maken zal hebben.

Ten slotte is bij het **ziekenvervoer** in 2006 waar te nemen dat er ten opzichte van 2005 een daling heeft plaatsgevonden in de gemiddelde kosten per verzekerde. Deze daling is net als bij vele andere rubrieken toe te schrijven aan het populatieverschil dat zich sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 heeft voorgedaan.

**Drs. J.C.M. (Joost) Parren en drs. N.H. (Niels) Hoeksema**

## Raming Zorgverzekeraars Nederland: ramingen van de zorgkosten in 2006 en 2007

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft begin oktober de geactualiseerde kostenraming 2006 voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) vastgesteld. Tevens is de eerste raming van de kosten Zvw 2007 bepaald. Dit artikel bevat een toelichting op de genoemde ramingen.*

De raming van de kosten Zvw heeft betrekking op het tweede compartiment (het basispakket). Dit pakket is voor alle verzekerden hetzelfde. Tevens is bij de raming uitgegaan van de situatie van 'geen eigen risico' en zijn de kosten van de verzekerden onder de no-claimdrempel meegenomen in de raming. Op de kosten Zvw is de risicoverevening van toepassing.

### Raming kosten Zvw 2006

Bij de geactualiseerde raming 2006 is ZN uitgegaan van een kostenstijging van 7% per verzekerde. Ten behoeve van deze raming is een fictief kostenniveau 2005 voor dezelfde groep verzekerden op basis van het Zvw-pakket bepaald. Om dit fictieve kostenniveau 2005 te bepalen zijn diverse correcties op de feitelijke kostenniveaus van de sectoren toegepast. De correcties hebben betrekking op verschillen in pakket, eigen risico's en eigen bijdragen. Om deze reden en vanwege het beperkt beschikbaar zijn van ervaringscijfers met betrekking tot de Zvw-kosten, zijn de onzekerheden bij de actualisatie van de raming groter dan in voorgaande jaren.

### Ziekenhuisverpleging

Bij de raming van de ziekenhuiszorg is het van belang dat de invoering van de DBC's in 2005 en de vertraging bij het indienen van de declaraties het beeld hebben vertroebeld. Hierdoor zijn er ook over 2005 nog geen goede cijfers beschikbaar. De raming van ZN is niet gebaseerd op de feitelijke uitgaven, maar gebaseerd op het macrokader en de ziekenhuisbudgetten. Er is geen rekening gehouden met een eventuele over- of onderfinanciering van de ziekenhuisbudgetten. Afgesproken is, naar analogie van 2005, ook over 2006 de over- of onderfinanciering te gaan verrekenen. Voor de bepaling van de stijging is op analoge wijze een 'structureel' kostenniveau 2005 bepaald. Dat kostenniveau is onder andere exclusief de kosten van de eenmalige schadelaststijging als gevolg van de DBC-invoering. De stijging wordt geraamd op 6% per verzekerde. De opwaartse bijstelling van de stijging wordt veroorzaakt door een hogere volumegroei en een verhoging van de kosten van de dure geneesmiddelen.

### Farmacie en hulpmiddelen

De stijging van de kosten farmacie en hulpmiddelen zijn neerwaarts bijgesteld en worden achtereenvolgens geraamd op 7% en 9% per verzekerde. Bij farmacie wordt de bijstelling veroorzaakt door een lagere autonome kostenontwikkeling en de veronderstelling dat de opbrengst van het convenant in belangrijke mate wordt gerealiseerd. Bij hulpmiddelen wordt de bijstelling veroorzaakt door een lagere autonome kostenontwikkeling, mede veroorzaakt door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.

### Huisartsenhulp

De stijging van de kosten huisartsenhulp is opwaarts bijgesteld en geraamd op 15%. Als gevolg van het Vogelaarakkoord werd een substantiële stijging van de kosten verwacht. Ten opzichte van het niveau van dat akkoord wordt een aanzienlijk hoger aantal consulten verwacht. Tevens wordt een overschrijding verwacht van de modules die in het kader van het akkoord zijn afgesproken (Praktijkondersteuning Huisartsen (POH) en de Module Modernisering en Innovatie (M&I)).

De raming leidt tot een beperkte overschrijding van het macroprestatiebedrag waarvan 128 miljoen euro ten laste van de zorgverzekeraars komt. Dit komt overeen met een bedrag van € 10,- per premiebetalende. Deze overschrijding is een fractie hoger dan de raming van een jaar geleden (81 miljoen euro of € 6,- per premiebetalende).

Opgemerkt dient te worden dat hierbij nog geen rekening is gehouden met het feit dat uiteindelijk het macroprestatiebedrag gelijkgesteld wordt aan de macrokosten, zodat uiteindelijk per definitie een tekort van € 0,- resulteert.

### Raming kosten Zvw 2007

ZN raamt voor 2007 een stijging van de kosten van 2% per verzekerde.

Bij de stijging is onder andere rekening gehouden met de volgende elementen:

- Een gemiddelde volumegroei van circa 2%.
- De raming ziekenhuiszorg is evenals voor 2005 gebaseerd op het macrokader en de ziekenhuisbudgetten. Er is geen rekening gehouden met een mogelijke over- of onderschrijding van de ziekenhuisbudgetten.
- Bij de raming ziekenhuiszorg is rekening gehouden met het feit dat de opleidingskosten met ingang van 2007 uit de rijksbijdrage worden gefinancierd (636 miljoen euro). Tevens is nog rekening gehouden met de voorgenomen korting van 192 miljoen euro van de ziekenhuisbudgetten als gevolg van de overschrijding van het prestatiecontract. Door de gerechtelijke uitspraak van enkele weken geleden is het doorgaan van deze korting ter discussie komen te staan. De beide maatregelen brengen per saldo een daling van de kosten ziekenhuiszorg met zich mee.
- Een lichte stijging van de opbrengst van het farmacieconvenant.
- Een verlaging van het consulttarief ter compensatie van de volumeoverschrijding in 2006.

## Wijzigingen Zvw 2007

- Abdominoplastiek (buikwandcorrectie): wordt weer vergoed op medische indicatie.
- IVF: de eerste IVF-behandeling komt terug in de basisdekking.
- Persoonsgebonden budget (PGB) voor hulpmiddelen bij een ernstige visuele beperking.
- Kraamzorg thuis: voor de kraamzorg thuis blijft een bedrag van € 3,60 per uur voor eigen rekening.
- Prenatale screening: verzekerden jonger dan 36 jaar die geen medische indicatie hebben, krijgen deze prenatale screening niet meer vergoed.
- Zittend ziekenvervoer: voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 85,- per persoon per kalenderjaar niet meer in aanmerking voor vergoeding.
- Tot aan 1 januari 2008 blijven de bekostiging en de financiering voor het naar de Zvw over te hevelen deel van de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) ongewijzigd ten opzichte van 2006. Hieronder valt de eerstelijns psychologische zorg.

### VWS-rekenpremie en ZN-rekenpremie

De nominale premie 2007 bestaat uit de volgende drie componenten:

- de nominale rekenpremie € 796,- (2006: € 715,-);
- no-claimpremie € 255,- (2006: € 255,-);
- de opslag voor beheerskosten in ruime zin.

De nominale rekenpremie wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vastgesteld. De stijging van € 81,- per premiebetalende wordt verklaard door de volgende factoren:

- Nacalculatie vanwege de fiftyfifty systematiek (effect € 40,-). Vanwege de lagere dan geraamde nominale premie is in 2006 niet voldaan aan de fiftyfifty systematiek. Het structurele effect wordt gecorrigeerd in 2007. Het incidentele effect wordt in vier jaar gecorrigeerd, zodat 25% van het incidentele effect in de nominale premie 2007 doorwerkt.
- Compenserende maatregelen als gevolg van onnauwkeurigheden bij de vaststelling van de ex ante vereveningsbijdragen 2006 (effect € 8,-).

- De stijging van de zorgkosten volgens VWS (effect € 32,-). De stijging van de zorgkosten worden door VWS geraamd op 500 miljoen euro voor het tweede compartiment en 300 miljoen euro voor de curatieve GGZ (de kosten van de curatieve GGZ worden vooruitlopend op de overheveling vanaf 2006 uit de premies voor de Zvw gefinancierd). Vanwege de fiftyfifty systematiek werkt 50% van de genoemde bedragen door in de nominale rekenpremie.

De vaststelling van de opslag is het beleid van zorgverzekeraars. Hierbij spelen onder andere de taxatie van het individuele resultaat van de risicoverevening en de beheerskosten een rol.

De ZN-kostenraming leidt tot een lichte overschrijding van het macroprestatiebedrag. Hiervan komt in eerste instantie 125 miljoen euro ten laste van de zorgverzekeraars, hetgeen overeenkomt met een bedrag van € 10,- per premiebetalende. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de macro-nacalculatie die ook voor 2007 zal gelden. Deze zorgt ervoor dat uiteindelijk macro een tekort van € 0,- resulteert.

**Dr. B. (Ben) Oudhuis (Zorgverzekeraars Nederland)**

## Hoeveel verzekerden zullen in 2007 van zorgverzekeraar wisselen?

*De invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 heeft voor veel spanning gezorgd bij zorgverzekeraars. Hoe reageren verzekerden op de nieuwe premies, hoe groot is de groep verzekerden die voor een andere zorgverzekeraar gaat kiezen en welke zorgverzekeraars winnen of verliezen uiteindelijk in de nieuwe situatie?*

*Nadat alle zorgverzekeraars de wijzigingen hadden doorgevoerd, heeft Vektis in het voorjaar van 2006 uitgebreid verslag gedaan van de verzekerdenmobiliteit bij invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel<sup>12</sup>. Voor dit jaar is de vraag of de toen geconstateerde beweging zich voortzet of was 2006 misschien een heel bijzonder jaar?*

Verzekerdenmobiliteit is een zeer belangrijk onderwerp omdat het één van de pijlers is waarop de marktwerking in de zorg steunt. Immers, voor marktwerking moet de consument daadwerkelijk kunnen kiezen. En door het maken van een keuze tussen zorgverzekeraars zorgt de verzekerde ervoor dat zorgverzekeraars steeds hun best moeten blijven doen om het aanbod aan verzekerden zo goed mogelijk te laten zijn.

Intomart GfK en Vektis verwachten dat de mobiliteit in 2006/2007 lager zal zijn dan in het jaar ervoor. Dit is te verwachten op grond van een aantal aannames, welke zijn gebaseerd op eerdere ervaringen rondom verzekerdenmobiliteit, gesprekken met mensen uit de markt en op informatie met betrekking tot de intentie van verzekerden om te switchen. De informatie van switchonderzoek is verzameld door bureau Intomart GfK uit Hilversum. Dit is een gezamenlijk artikel van Peter Mulder van Intomart GfK en Marieke Smit van Vektis.

### Kenmerken verzekerdenmobiliteit 2006

De invoering van een nieuw verzekeringsstelsel per ingang van 2006 heeft tot veel speculaties geleid hoeveel verzekerden zouden gaan switchen van zorgverzekeraar. Diverse partijen hebben op basis van consumentenonderzoek of door het extrapoleren van informatie uit het verleden verzekerdenmobiliteit voorspeld.

Uiteindelijk is door Vektis vastgesteld (via administratiecijfers bij zorgverzekeraars) dat ruim 18% van de verzekerden voor een andere zorgverzekeraar heeft gekozen. Dit percentage lag veel hoger dan de jaren daarvoor; voorheen stapte per jaar gemiddeld 4% van de ziekenfondsverzekerden en 10% van de particulier verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar.

Van alle verzekerden is ongeveer 2,7 miljoen van verzekeraar veranderd. Verder heeft een aanzienlijk deel van de verzekerden zijn pakket bij de huidige zorgverzekeraar bijgesteld, zodat het totale aantal mutaties enorm is geweest.

De mobiliteit was het grootst onder jongeren (vooral tot 34 jaar), gezinnen met jonge kinderen, hogere sociale klassen (welstandsklasse A en B), in de grote steden en in de provincies Utrecht en Flevoland<sup>12</sup>.

De nominale premieverschillen op individuele polissen zijn in 2006 niet erg groot geweest. Bij collectieve contracten hebben zorgverzekeraars kortingen gegeven, die per zorgverzekeraar van elkaar verschilden. De premieverschillen tussen individuele en collectieve contracten én de premieverschillen tussen collectieve contracten onderling, zijn een belangrijke oorzaak geweest van de grote verzekerdenmobiliteit in 2006. Tegelijkertijd stonden collectieve contracten niet alleen open voor werknemers, maar werd vanaf

<sup>12</sup> Een uitgebreid rapport is daarover verschenen: 'Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag 2006'. Dit rapport is op te vragen bij Vektis of te downloaden via de site van Vektis: [www.vektis.nl/publicaties](http://www.vektis.nl/publicaties).

<sup>13</sup> Bron: 'Switchgedrag zorgverzekerden 2005–2006' (Intomart GfK, april 2006).

2006 ook de mogelijkheid geboden om een collectiviteit te vormen van verzekerden met een of meer gemeenschappelijke kenmerken. Volgens het switchgedragonderzoek van Intomart GfK is inmiddels circa 6% van de verzekerden op een dergelijke manier collectief verzekerd.

De marktverhouding tussen individuele en collectieve contracten lijkt met ingang van 2006 voorgoed veranderd te zijn. In de situatie in 2005 was ongeveer 31% verzekerd via een collectieve verzekering; in 2006 bleek maar liefst ruim 44% van de verzekerden te zijn aangesloten bij een collectiviteit. Niet alleen de overstappers zijn grotendeels via een collectiviteit binnengekomen, ook zittende verzekerden hebben toen hun individuele contract omgezet naar een collectiviteit.

### **In 2007 een aanzienlijk lagere verzekerdenmobiliteit dan in 2006**

Eind 2005 hebben de onderwerpen 'zorgverzekeringen', de premie ervan en 'in hoeverre blijft iedereen bij zijn huidige zorgverzekeraar' veel aandacht gehad in de media. Dit effect, gecombineerd met het feit dat er buiten werkgevers om ook collectieve contracten konden worden aangegaan door verzekerden, heeft ervoor gezorgd dat veel verzekerden zich hebben georiënteerd rondom het onderwerp 'zorgverzekeringen' en een gedeelte heeft de oriëntatie echt omgezet in een overstap naar een andere zorgverzekeraar.

### **Oriëntatie en switchintentie**

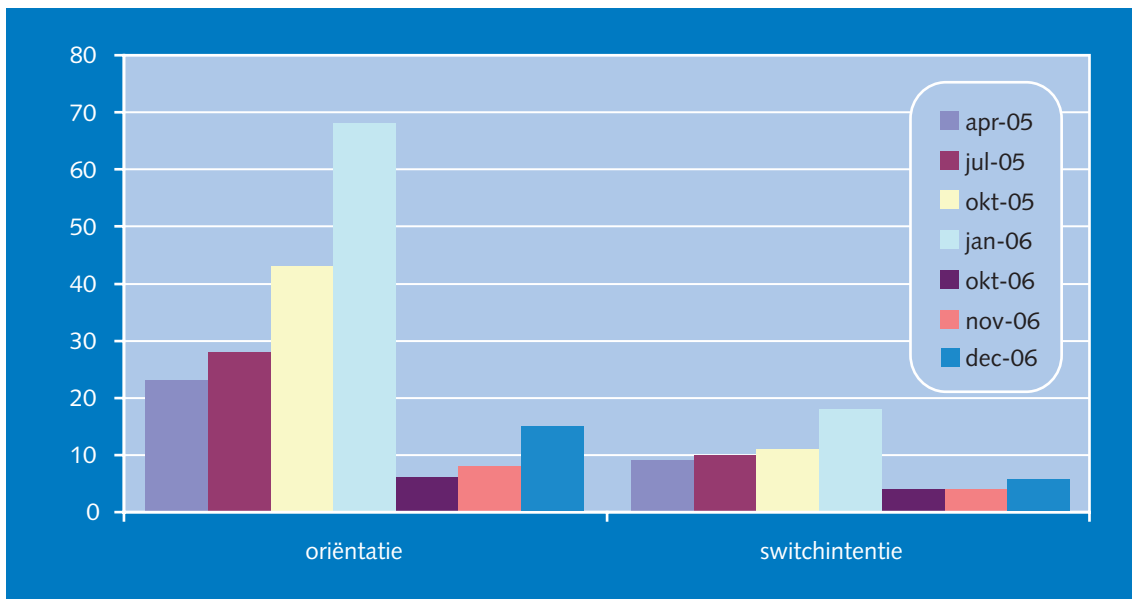
In de aanloop naar de verzekerdenmobiliteit 2005/2006 heeft Intomart GfK steeds via het ondervragen van consumenten in kaart gebracht in hoeverre verzekerden zich oriënteerden op een andere verzekeraar ('oriëntatie') en hoe groot de neiging onder verzekerden was om van zorgverzekeraar te veranderen, de zogenaamde switchintentie.

Dit onderzoek (de Switch Monitor) wordt vanaf oktober 2006 steeds maandelijks uitgevoerd onder 2500 verzekerden. Het onderzoek wordt in februari 2007 afgesloten met een grootschalige inventarisatie van het switchgedrag onder circa 60.000 verzekerden. In het onderzoek worden de oriëntatie, de switchintentie en de uitruil tussen maatschappijen vastgesteld, zowel onder individueel als collectief verzekerden.

In de vorige campagneperiode (eind 2005, begin 2006) bleek een heel groot deel van de verzekerden zich te oriënteren op een nieuwe zorgverzekering. Dat percentage bedroeg maar liefst 68% in januari 2006. Dit proces van oriënteren kon zowel gaan over een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar als over een zorgverzekering (polisvoorwaarden, eigen risico et cetera) bij de huidige zorgverzekeraar. Dit jaar ligt dat anders: de meeste zorgverzekeraars hebben minder luidruchtig hun premie bekendgemaakt en ook de mediadruk is veel minder groot geweest dan in het jaar 2005/2006. Uit de Switch Monitor blijkt dat de verzekerden heel weinig zin hebben om dit jaar in beweging te komen. Het aantal verzekerden dat zich al heeft georiënteerd of zelfs dat voornemen heeft, is opmerkelijk laag. De fractie verzekerden die zich oriënteert of dat nog van plan is, bedraagt in de eerste week van december slechts 15% tegen 68% in januari 2006! En maar liefst 70% van de verzekerden is nog in het geheel niet van plan om zich überhaupt op de zorgverzekering te oriënteren.

Ook de switchintentie blijft zeer sterk achter bij die van vorig jaar (5% 'zeker of waarschijnlijk' in de eerste week december 2006 tegen 18% in januari 2006). De fractie die aangeeft misschien te zullen veranderen, is ongeveer even groot (rond de 30%). Overigens zijn er natuurlijk wel de nodige verschillen tussen collectief en individueel verzekerden en tussen de klanten van verschillende zorgverzekeraars.

Al met al zijn de oriëntatie én de switchintentie ten opzichte van eind 2005, begin 2006 erg laag. Deze gegevens duiden erop dat de verzekerdenmobiliteit in 2006/2007 ook beduidend lager zal liggen dan in 2005/2006.



**Figuur 13** Percentage verzekerden dat zich oriënteert op het onderwerp zorgverzekeringen en percentage verzekerden dat de intentie heeft om te (zeker/waarschijnlijk) switchen, in 2005 en in 2006 (bron: Intomart GfK, november 2006)

#### Bandbreedte individuele nominale premies

Eind 2005 werd al snel duidelijk dat de nominale 2006-premies, die stuk voor stuk bekend werden gemaakt door de diverse zorgverzekeraars, behoorlijk dicht bij elkaar lagen. Op enkele uitschieters naar boven of naar beneden na, bleek een groot deel van de zorgverzekeraars een premie te hebben vastgesteld die dicht bij het gemiddelde lag.

Het ligt voor de hand om aan te nemen dat grote premieverschillen tussen zorgverzekeraars een grotere mobiliteit op gang brengen dan relatief kleine premieverschillen.

Eind 2006 zijn de premies van de verschillende zorgverzekeraars bekendgemaakt. Mede door autonome kostenstijgingen is het gemiddelde van de nominale premie voor 2007 hoger dan in 2006. De premie die een verzekerde betaalt voor de basisverzekering is gestegen van gemiddeld € 1.053,- naar € 1.144,-. Verder is opvallend dat de spreiding rond de gemiddelde nominale premie in 2007, kleiner is dan in 2006. In 2006 week 33% van de zorgverzekeraars meer dan 2,5% af van de gemiddelde premie per zorgverzekeraar, terwijl dit in 2007 voor 10% van de zorgverzekeraars geldt.

Uit de Switch Monitor van Intomart GfK blijkt dat de benodigde prijsprikkel om in beweging te komen bij de verzekerden aanzienlijk hoger ligt dan de huidige prijsverschillen tussen de nominale premies. Met de huidige premieverschillen is er dus weinig aanleiding om te veranderen, tenzij men instapt op een contract met een fikse korting. Dat laatste zal eigenlijk alleen bij (nu) individueel verzekerden het geval zijn als zij instappen in een collectiviteit. Maar zelfs een dergelijke collectiviteitskorting is voor de meeste verzekerden dit jaar nog geen reden om (weer) in beweging te komen.

Uit de Switch Monitor blijkt eveneens dat verzekerden een shortlistkeuze maken voor verzekeraars met een goede reputatie (kwaliteit van het primaire proces en reclamebekendheid zijn daar de belangrijkste onderdelen van) en vervolgens criteria hanteren die te maken hebben met premie versus dekking. De kwaliteit van de zorg, initiatieven op het gebied van innovatie en preventie hebben voor de verzekerde hierin hoegenaamd geen betekenis. De prikkel om te veranderen van verzekeraar moet dus echt komen van een lagere premie voor een zelfde (of betere) dekking.

## Collectivisering

In 2006 is de markt voor zorgverzekering behoorlijk 'gecollectiviseerd'. Dat wil zeggen dat vóór 2006 zo'n 31% van de verzekerden via een collectief contract verzekerd was en in 2006 ruim 44%. Zo'n 6% van de verzekerden is via een zogenaamd 'pseudocollectief' verzekerd, dat wil zeggen een collectiviteit waaraan personen met een of meer gemeenschappelijke kenmerken kunnen deelnemen (bijvoorbeeld leden van een vakbond). Voor zorgverzekeraars was het werken met collectieve contracten een manier om in een keer grotere groepen verzekerden binnen te krijgen. Omdat verzekerden zich vaak via meerdere collectieve contracten kunnen verzekeren (via werkgever, werkgever van de partner, de sportvereniging, een belangenvereniging, patiëntenorganisaties et cetera) is de 'vullingsgraad' van diverse collectieve contracten redelijk beperkt gebleven.

Uiteraard zijn zorgverzekeraars vrij om voor collectieve contracten een lagere premie af te spreken dan voor individuele polissen. In 2006 is het gemiddelde premieverschil tussen individuele en collectieve polissen 6,6% geweest. Bekend is dat zorgverzekeraars maximaal 10% korting mogen geven ten opzichte van individuele polissen.

Ook voor 2007 wordt door diverse zorgverzekeraars veel aandacht besteed aan het binnenhalen van collectieve contracten. Niet alleen de prijs is daarbij ingezet, maar ook andere instrumenten zoals extra kwaliteit van zorg, extra faciliteiten voor verzekerden (gezondheidscheck, toegang tot health centers of sportclubs) en de integratie tussen zorg, inkomensverzekeringen en verzuimdiensten. De verwachting is dat de groei vooral uit verdere collectivisering komt en dat de trend van collectiviteiten verder doorzet tot boven de 50%.

## Toekomstvisie

Duidelijk is dat het jaar 2007 er anders uitziet dan 2006, waarin ongeveer een op de vijf verzekerden van zorgverzekeraar veranderde. Verzekerden hebben in veel mindere mate de intentie om zich opnieuw op de zorgverzekering te oriënteren en we zien dat terug in een lage oriëntatiegraad en switchgeneigdheid. De prikkel om van verzekeraar te veranderen moet primair komen van de premieverschillen. Maar de zorgverzekeraars blijven met hun (nominale) premies dusdanig dicht bij elkaar dat er ook van de premieverschillen te weinig prikkel uitgaat om in beweging te komen.

Het is mogelijk dat er, door een sterke toename van de aandacht voor de zorgverzekering nog meer beweging in de markt ontstaat. Maar als dat niet het geval is, dan zal de switch met name moeten komen van collectiviteiten die van maatschappij veranderen en van individueel verzekerden die toetreden tot een collectiviteit.

De verwachting van Intomart GfK en Vektis is dat de verzekerdenmobiliteit tussen de 8 en de 10% zal bedragen. Dat is iets hoger dan in de jaren van voor de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw), maar veel lager dan in het invoeringsjaar van de wet (2006). Het is de vraag of we deze lage verzekerdenmobiliteit als voldoende dynamiek mogen beschouwen in de zorgmarkt.

## Ten slotte

Ook in 2007 zijn zorgverzekeraars bereid gevonden om aan Vektis gegevens aan te leveren over hoeveel verzekerden bij hen zijn gebleven, zijn ingestroomd en zijn uitgestroomd. Van alle zorgverzekeraars samen worden marktbrede cijfers afgeleid en de resultaten daarvan zullen door Vektis worden teruggekoppeld in de vorm van een speciale uitgave van de Zorgthermometer. Wilt u graag weten hoe de verzekerdenmobiliteit in werkelijkheid is verlopen, dan kunt u in de eerste helft van april 2007 terecht op de website van Vektis!

De actuele gegevens over switch en switchintentie (per maatschappij) zijn bij Intomart GfK af te nemen. Elke maand zijn de resultaten van 2500 verzekerden beschikbaar. En in maart 2007 zal de switch op basis van een steekproefonderzoek beschikbaar zijn, waarin de bewegingen tussen maatschappijen en per doelgroep beschreven zijn.

**Drs. P. (Peter) Mulder (Intomart GfK) en drs. M. (Marieke) Smit (Vektis)**

## Overzicht zorgverzekeraars en premies

*De tendens van de laatste jaren was dat het aantal zorgverzekeraars afnam. Allereerst door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw, per 1 januari 2006). Het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds is vanaf toen komen te vervallen en het aantal marktpartijen is hierdoor sterk afgenomen. Verder heeft een aantal zorgverzekeraars, met het oog op de Zorgverzekeringswet, hun marktaandeel door fusies en overnames (verder) uitgebreid.*

Net zoals voorafgaande jaren heeft Vektis in kaart gebracht welke zorgverzekeraars er vanaf januari 2007 zijn. Bij het samenstellen van dit overzicht is gekeken welke zorgverzekeraars risicodragers zijn en een basisverzekering aanbieden. Er worden ook zorgverzekeringen onder andere namen verkocht dan in tabel 8 opgenomen zijn. Het betreft dan echter altijd labelorganisaties of tussenpersonen die niet zelf het risico dragen, maar producten verkopen van de hier genoemde zorgverzekeraars. De labels van de maatschappijen zijn niet in het overzicht opgenomen.

In tabel 8 is een overzicht weergegeven van de zorgverzekeraars die vanaf 2007 (of al eerder) actief zijn. In deze tabel zijn de risicodragers opgenomen. In vergelijking met de ontwikkeling van voorafgaande jaren was de zorgverzekeringsmarkt in 2006 relatief rustig. Er hebben zich een aantal verschuivingen voorgedaan, maar het aantal zorgverzekeraars is gelijk gebleven. Zowel in 2006 als in 2007 zijn er 33 risicodragende zorgverzekeraars. Een deel van de verzekeraars maakt deel uit van een concern<sup>14</sup>.

### Veranderingen 2007

Het aantal risicodragende maatschappijen en de verhouding tussen zorgverzekeraars die onderdeel uitmaken van een concern en verzekeraars die geen deel uitmaken van een concern ('de zelfstandige zorgverzekeraars'), zijn in 2006 niet gewijzigd ten opzichte van vorig jaar. Maar er zijn wel wat wijzigingen geweest binnen deze groepen.

- CZ en OZ hebben aangekondigd te gaan fuseren. Inmiddels zijn de eerste stappen gezet met de oprichting van de stichting COZ, die als holding van beide organisaties zal gaan fungeren. Medio 2008 moet de volledige fusie zijn afgerond.
- In 2006 is aangekondigd dat Univé gaat fuseren met het zorgbedrijf VGZ-IZA-Trias. Deze merknamen zullen ook in 2007 nog in de markt staan en aparte risicodragers blijven.
- Stad Rotterdam-Zorgverzekeraar (SR Zorgverzekeraar), het voormalige ziekenfonds van Stad Rotterdam Verzekeringen, is met terugwerkende kracht per 1 januari 2006 een zelfstandige zorgverzekeraar geworden. Hiermee is de samenwerking tussen SR Zorgverzekeraar en Fortis ASR beëindigd. De bedrijfsactiviteiten van SR-Zorgverzekeraar zullen in nauwe samenwerking met Zorgverzekeraar DSW worden voortgezet.
- De in 2006 aangekondigde fusie van Delta Lloyd, Agis en Menzis is van de baan na afwijzing door de ledenraad van Menzis.

### Verhouding concerns en zelfstandige verzekeraars

Net zoals in 2006 zijn er ook in 2007 22 zorgverzekeraars die deel uitmaken van een concern en 11 zelfstandige zorgverzekeraars, maar de samenstelling van deze groepen is in 2007 wel gewijzigd.

- Begin 2006 waren CZ en OZ nog zelfstandige zorgverzekeraars. In de loop van 2006 is, met het oog op de fusie van beide organisaties, de COZ-holding opgericht. Vanaf dat moment zijn het geen zelfstandige organisaties meer.

<sup>14</sup> De term 'concern' wordt hier gebruikt voor een combinatie van meerdere zorgverzekeraars waarvan de rechtspersonen ieder afzonderlijk een hoofdverzekering aanbieden.

Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV FBTO Zorgverzekeringen NV Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen NV Interpolis Zorgverzekeringen NV NV Ongevallen- en Ziektekostenverzekeringmaatschappij OZF Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen NV
CZ	CZ ziektekosten OWM OZ
Delta Lloyd/Ohra	Delta Lloyd Zorgverzekering OHRA Ziektekostenverzekeringen NV OHRA Zorgverzekeringen NV
Menzis	AnderZorg Zorgverzekeraar Confior Zorg en Inkomen Menzis Zorg en Inkomen
VGZ-IZA	IZA Zorgverzekeraar NV IZZ Zorgverzekeraar NV Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda NV NV Zorgverzekeraar UMC Trias Zorgverzekeraar NV Univé NV Univé OWM VGZ Zorgverzekeraar NV
Geen Concern	Zorgverzekeraar
	De Friesland Zorgverzekeraar Fortis Ziektekostenverzekeringen NV ONVZ Ziektekostenverzekeraar OWM Agis Zorgverzekeringen NV OWM Azivo Algemeen Ziekenfonds de Volharding UA OWM AZVZ UA OWM Salland Zorgverzekeringen UA OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij SR-Zorgverzekeraar Zorgverzekeraar DSW UA

**Tabel 8** Overzicht van risicodragende zorgverzekeraars op 1 januari 2007 (bron: Vektis)

- Stad Rotterdam Zorgverzekeraar is in 2006, zoals in de vorige paragraaf beschreven is, een zelfstandige zorgverzekeraar geworden. Dus Stad Rotterdam Verzekeringen en Fortis ASR zijn zelfstandig zorgverzekeraar.

#### Overig

- De verzekeraar OOM richt zich niet op de Nederlandse markt en valt dus niet onder de Zvw. Deze maatschappij is niet opgenomen in het overzicht

Premies Zvw 2007	Per jaar (€)	Per maand (€)
AnderZorg Zorgverzekeraar	1.056	88,00
Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV <sup>1</sup>	1.166	97,17
Confior Zorg en Inkomen	1.143	95,25
CZ ziektekosten	1.140	95,00
De Friesland Zorgverzekeraar	1.152	96,00
Delta Lloyd Zorgverzekering	1.149	95,75
FBTO Zorgverzekeringen NV <sup>2</sup>	1.134	94,50
Fortis Ziektekostenverzekeringen NV <sup>1</sup>	1.128	94,00
Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen NV	1.152	96,00
Interpolis Zorgverzekeringen NV	1.152	96,00
IZA Zorgverzekeraar NV <sup>2</sup>	1.164	97,00
IZZ Zorgverzekeraar NV	1.161	96,76
Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda NV	1.176	98,00
Menzis Zorg en Inkomen	1.143	95,25
NV Ongevallen- en Ziektekostenverzekeringsmaatschappij OZF	1.164	97,00
NV Zorgverzekeraar UMC <sup>1</sup>	1.176	98,00
OHRA Ziektekostenverzekeringen NV /	1.139	94,92
OHRA Zorgverzekeringen NV		
Onderlinge Waarborgmaatschappij AZVZ	1.134	94,50
ONVZ Ziektekostenverzekeraar	1.224	102,00
OWM Agis Zorgverzekeringen NV	1.125	93,75
OWM Azivo Algemeen Ziekenfonds de Volharding UA	1.179	98,25
OWM OZ	1.140	95,00
OWM Salland Zorgverzekeringen UA	1.149	95,75
OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA	1.163	96,95
PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij	1.194	99,50
SR-Zorgverzekeraar	1.158	96,50
Trias Zorgverzekeraar NV	1.151	95,90
Univé NV / Univé OWM	1.134	94,50
VGZ Zorgverzekeraar NV	1.166	97,17
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen NV	1.152	96,00
Zorgverzekeraar DSW UA	1.137	94,75

<sup>1</sup> Combinatie van restitutie- en naturapolis  
<sup>2</sup> Restitutiepolis

**Tabel 9** Premies Zvw 2007 voor naturapolissen, exclusief eigen risico (bron: Vektis)

### Premies

Inmiddels hebben alle maatschappijen hun premies voor 2007 bekendgemaakt. Tabel 9 bevat de premies 2007 voor de zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Het betreft de premie voor de 'individuele' polissen. Aan verzekerden die onder een 'collectiviteit' vallen, mag een korting van maximaal 10% worden geboden op de hier gepubliceerde premie. Veelal kiest de verzekerde ervoor om een aanvullende verzekering af te sluiten voor zorg die niet of slechts deels onder het Zvw-pakket valt. De hier gepubliceerde premies zijn exclusief premies voor aanvullende verzekeringen, exclusief premiekortingen als gevolg van een te kiezen eigen risico en het betreft naturapolissen.

In tabel 9 zijn alleen de premies opgenomen van de risicodragende maatschappijen die ook in tabel 8 zijn opgenomen.

**Drs. S.H. (Saskia) Cuijpers en ir. P.H.J. (Piet) Willekens**

## Kerncijfers

Ieder jaar publiceert Vektis in haar Zorgmonitor een aantal kerncijfers ten aanzien van de zorg. Deze (geraamde) cijfers over 2006 en 2007 zijn in tabel 10 opgenomen.

		2006	2007
<b>AWBZ</b>			
AWBZ-premie	%	12,55	12,00
Te betalen over ten hoogste	€	30.631	31.122
<b>Zvw</b>			
Zvw-inkomensafhankelijke bijdrage, voor werkkenden en uitkeringsgerechtigden	%	6,5	6,5
verzekerden zonder werkgeversvergoeding <sup>15</sup>	%	4,4	4,4
te betalen over ten hoogste	€	30.015	30.623
No-claim	€	255	255
Loongrens zorgtoeslag alleenstaanden <sup>16</sup>	€	25.000	26.000
Loongrens zorgtoeslag meerpersoonshuishoudens <sup>16, 17</sup>	€	40.000	41.850
Maximale zorgtoeslag alleenstaanden <sup>16</sup>	€	403	432
Maximale zorgtoeslag meerpersoonshuishoudens <sup>16, 17</sup>	€	1.155	1.223
<p><sup>15</sup> Dit geldt onder meer voor studenten en zelfstandigen. En daarnaast ook voor de prepensioenen en VUT-uitkeringen en voor de (aanvullende) pensioenen van personen van 65 jaar en ouder. Let op: voor AOW-uitkeringen geldt een inkomensafhankelijke premie van 6,5%.</p> <p><sup>16</sup> De zorgtoeslag is een bijdrage van de overheid. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen</p> <p><sup>17</sup> Meerpersoonshuishoudens met een gezamenlijk brutotoekomen tot € 41.850,- kunnen onder bepaalde voorwaarden maximaal € 1.223,- zorgtoeslag krijgen.</p>			

**Tabel 10** Kerncijfers zorggerelateerde gegevens per verzekerde (bron: Vektis)

### AWBZ en Zvw-premies voor buiten Nederland wonende Nederlanders

De zorgverzekeringspremie voor Nederlanders in het buitenland gaat in veel gevallen omlaag. Hiervoor is de zogenaamde 'woonlandfactor' vastgesteld. Remigranten en pensionado's gaan daardoor in bijna alle gevallen minder premie betalen dan aanvankelijk was berekend. De aanpassing geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2006.

De 'woonlandfactor' wordt berekend door de gemiddelde sociale zorgkosten van het woonland te delen door de gemiddelde kosten die in Nederland gelden. Meestal zijn de kosten voor zorg in het buitenland lager dan de kosten in Nederland. Hierdoor valt de premie voor de remigranten en pensionado's bijna altijd lager uit dan de bijdrage die was berekend op de oorspronkelijke manier.

### Zorgtoeslag voor elders wonende Nederlanders

Voor de zorgtoeslag geldt dat die in sommige gevallen hoger kan uitvallen dan de verschuldigde bijdragen wanneer die, zoals thans, gebaseerd blijft op de Nederlandse gemiddelde premie. Er wordt momenteel nog gewerkt aan een wetwijziging (die ook met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2006 zal ingaan).

**Drs. S.H. (Saskia) Cuijpers**

# Vektis-website vernieuwd

Vektis wil de toegankelijkheid, duurzaamheid, uitwisselbaarheid en vindbaarheid vergroten van de informatie en diensten die zij via internet aanbiedt. In oktober 2006 is daarom de nieuwe website gelanceerd. Het succes van een website valt of staat met de vindbaarheid van die informatie waar- aan de bezoeker behoefte heeft.

De nieuwe website is ontworpen vanuit het perspectief van de gebruiker, met als eisen een hoog gebruiksgemak, een overzichtelijke structuur, het bieden van relevante functionaliteiten, actualiteiten. Omdat het omvangrijke project, dat zowel gericht is op vormgeving als op de inhoud en het beheer, niet direct alle webpagina's van Vektis kan transformeren, is gekozen voor een gefaseerde aanpak. Technologie is continu in beweging. Een website is nooit af en dient flexibel te zijn om ook met het oog op de toekomst verder te kunnen ontwikkelen en groeien. Een nieuwe generatie van websites meldt zich, websites die verbonden zijn met andere websites via webservices. Wij hopen dat wij u beter van dienst kunnen zijn met onze vernieuwde website.

Neem ook 'ns een kijkje op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).



## Colofon

---

### Redactie

Saskia Cuijpers, Niels Hoeksema en  
Marieke Smit

### Medewerkers aan dit nummer

Marc Aaldijk, Jannie Aartse, Arjan van Benthem,  
Robert de Bie, Willem de Boer, Anne de Boo,  
Erwin Eisinger, Judith van Erkelens, Michel  
Gerritsma, Kees Huijsmans, Hazel Hull, Hanneke  
van Kooten, Philip Mokveld, Peter Mulder,  
Sander Neijmeijer, Mireille Nugteren, Kees  
Oosterlee, Ben Oudhuis, Joost Parren, Marnix  
Romp, Ilja Smits, Katya Stoimenova, May Hua  
Tan-Oei, Tijmen van Til, Piet Willekens en  
Rachid Ben Yerrou.

### Redactie-adres

Postbus 703  
3700 AS ZEIST  
T 030 – 69 88 323  
F 030 – 69 88 216  
e-mail: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)  
internet: [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)

### Druk & Ontwerp

VDA-groep

### Abonnementen

Vektis B.V.  
T.a.v. mevrouw J. Aartse  
Postbus 703  
3700 AS ZEIST  
T 030 – 69 88 323  
F 030 – 69 88 216  
e-mail: [j.aartse@vektis.nl](mailto:j.aartse@vektis.nl)

Het gebruik van de inhoud van deze  
Zorgthermometer is onder bronvermelding  
toegestaan.

### Disclaimer

Ofschoon uiterste zorg is besteed aan kwaliteit en  
geldigheid van de gegevens, aanvaardt Vektis geen aanspra-  
kelijkheden voor de gevolgen van eventuele onjuistheden.

Soms komt het totaal van een kolom in een tabel niet exact  
overeen met de optelling van de in de kolom vermelde  
bedragen. Dit wordt veroorzaakt door afrondingen van de  
bedragen.



informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars

**Vektis BV**

Postbus 703  
3700 AS ZEIST

T 030 - 69 88 323  
F 030 - 69 88 216  
info@vektis.nl  
www.vektis.nl