

VOORUITBLIK 2009

Zorgthermometer, najaar 2008



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 en 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 individueel.

Voor meer informatie, kijk op www.vektis.nl.



Voorwoord

De dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt zal in 2009 met name plaatsvinden op het gebied van de zorginkoop. Net als in het afgelopen jaar, toen het aan de kant van de klanten van de zorgverzekeraars relatief rustig was en de hectiek aan de zorgzijde van de markt plaatsvond.

Zo zijn als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de prijzen van generieke geneesmiddelen sterk gedaald in 2008. Deze prijsdalingen hebben veel discussie opgeleverd tussen met name apothekers en zorgverzekeraars.

De ziekenhuizen hebben het afgelopen jaar ook een hectisch jaar gehad. Naast hun individuele sores, zoals de sluiting van operatiekamers of de moeizame financiering van nieuwbouw als gevolg van de kredietcrisis, kregen ziekenhuizen ook met wijzigend overheidsbeleid te maken. Waar de ziekenhuizen zich begin 2008 aan het voorbereiden waren op de maatstafconcurrentie, verschoof deze focus naar de uitbreiding van het onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg. Niet alleen voor de ziekenhuizen maar ook voor de zorgverzekeraars betekende dit een duidelijke verandering, die bepalend is voor hun zorginkoop.

De veranderingen in de zorgmarkt, als gevolg van marktdynamiek of overheidsbeleid, zullen ook in 2009 veel creativiteit en aanpassingsvermogen vragen van zorgverzekeraars.

Het aantal verzekerden dat zal switchen van zorgverzekeraar zal naar verwachting iets hoger liggen dan voorgaand jaar. Het wel of niet prolongeren van meerjarige collectieve contracten zal een bepalende factor zijn voor welke verzekeraar zal groeien en welke niet. De premie zal van beperkte invloed zijn. De premie voor de basisverzekering zal ongeveer gelijk zijn aan die van 2008 en de premieverschillen zullen, evenals voorgaande jaren, relatief gering zijn. De gemiddelde premie voor aanvullende verzekeringen zal naar verwachting stijgen.

In deze Zorgthermometer geven wij u een overzicht van de verwachte ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt in 2009. Wij beginnen daarbij met de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en de financiering daarvan. Deze vertalen zich in een verwachte kostenontwikkeling die wordt meegenomen in de premies voor 2009. De premie voor 2009 is een van de elementen die een rol spelen bij onze verwachtingen voor de mobiliteit en verdere collectivisering van de markt. Tot slot geven wij u een beeld van de veranderingen in het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars in 2009.

Wij hopen dat u deze uitgave van de Zorgthermometer met interesse zult lezen. Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben over deze publicatie, dan horen wij het graag,

Dr. A. (Anne) de Boo
Manager Onderzoek & Actuarieel

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Raming zorgkosten 2009	3
Macroschadelast zorgverzekeraars 2008	3
Ontwikkeling per zorgprestatie	3
Ontwikkeling ziekenhuiszorg	6
Uitbreiding B-segment 2009	6
Kosten ziekenhuiszorg 2008-2009	8
Inkoop van ziekenhuiszorg	8
Doorontwikkeling DBC's	9
Ontwikkeling Farmacie	10
Terugblik 2008	10
Introductie prestatieafhankelijke vergoedingen voor apothekers	11
Kosten farmaceutische hulp 2008-2009	12
Marktontwikkelingen 2009	14
Ontwikkeling huisartsenkosten 2006-2009	16
Ontwikkelingen 2009	17
Premie 2009	19
Begroting Zorgverzekeringswet	19
Vergelijking nominale premie 2008 en 2009	19
Opslagpremie en beheerskosten	20
Werkelijke premie	21
Verzekerdenmobiliteit	23
Polissen	23
Eigen risico	23
Collectiviteiten	23
Mobiliteit	24
Risicovereveningsmodel zorgverzekeraars	25
Risicovereveningsmodel 2009	25
Nieuw deelbudget: kosten van B-DBC's	26
Verdeelmodel GGZ	26
Ex post compensatiemechanismen 2009	27
Afbouw compensatiemechanisme	28

Raming zorgkosten 2009

De uitgaven aan curatieve zorg door zorgverzekeraars stijgen in 2009 naar verwachting met 4,5%. Deze kostenontwikkeling wordt vooral bepaald door autonome prijs- en volumestijgingen. In 2009 zal slechts een gering aantal veranderingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden doorgevoerd. Deze pakketwijzigingen zullen beperkte invloed op de kostenontwikkeling hebben.

Macroschadelast zorgverzekeraars 2008

De uitgaven aan curatieve zorg door zorgverzekeraars in 2009 worden door Zorgverzekeraars Nederland geraamd op 31,9 miljard euro. Dit betekent een stijging van 4,5% ten opzichte van 2008. Het gaat om de brutomacroschadelast van de zorgverzekeraars. Eigen betalingen¹ van verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico zijn hierin meegenomen. Eigen betalingen vanwege een vrijwillig eigen risico vallen hierbuiten.

Prestaties	2008	2009	Mutatie (in %)
Ziekenhuiszorg en specialisten	15.807	16.910	7,0
Paramedische hulp	575	618	7,5
Huisartsenhulp	2.122	2.250	6,0
Tandheelkundige hulp	657	696	6,0
Farmaceutische hulp	5.300	5.564	5,0
Hulpmiddelen	1.257	1.336	6,3
Verloskundige hulp	143	150	5,2
Kraamzorg	259	305	17,8
Ziekenvervoer	547	609	11,3
Overig	160	168	5,0
Totaal (exclusief GGZ)	26.827	28.606	6,6
Geneeskundige GGZ	3.717	3.311	-10,9
Totaal (inclusief GGZ)	30.544	31.917	4,5

Tabel 1 Raming macroschadelast zorgverzekeraars 2008 en 2009, in miljoenen euro's (bron: ZN, oktober 2008)

Ontwikkeling per zorgprestatie

De totale stijging van 6,6% is exclusief een kostendaling bij de **curatieve GGZ** (Geestelijke Gezondheidszorg). Tegelijk met de overheveling naar het Zvw-basispakket in 2008 is in de GGZ ook een nieuwe financieringsystematiek op basis van DBC's (diagnosebehandelingcombinatie) ingevoerd. Hierdoor was in 2008 sprake van een incidentele lastentoename van circa 600 miljoen euro. Als gevolg hiervan zullen de kosten in 2009 weer afnemen naar het structurele kostenniveau (zie kadertekst). Inclusief de GGZ bedraagt de stijging van de macroschadelast 4,5%.

Naar verwachting stijgen de kosten **ziekenhuiszorg** in 2009 met 7,0%. De problematiek rondom de overfinanciering² van de ziekenhuizen is hieruit geabstraheerd. De trendmatige groei wordt geraamd

¹ Eigen betalingen zijn de kosten die voor eigen rekening van een verzekerde komen als gevolg van het hebben van een eigen risico.

² In de gedeclareerde kostencijfers ziekenhuiszorg over 2006 is sprake van overdekking en in sommige gevallen van onderdekking. Dit resulteert in een te hoog kostenniveau in de schadeadministratie; het totaal van de declaraties uitbetaald door zorgverzekeraars aan ziekenhuizen overschrijdt de ziekenhuisbudgetten. De hoogte van de overdekking hangt af van met welke ziekenhuizen de zorgverzekeraars te maken hebben.

op 5,4%. Bij deze raming is rekening gehouden met een extra volumestijging als gevolg van de afschaffing van de lumpsummen³ bij de specialisten en een autonome groei. In de raming is verondersteld dat de prijzen van de nieuwe B-DBC's⁴ in 2009 gemiddeld 5% hoger zullen zijn dan de huidige prijzen van deze DBC's. Dit heeft een kostenverhogend effect.

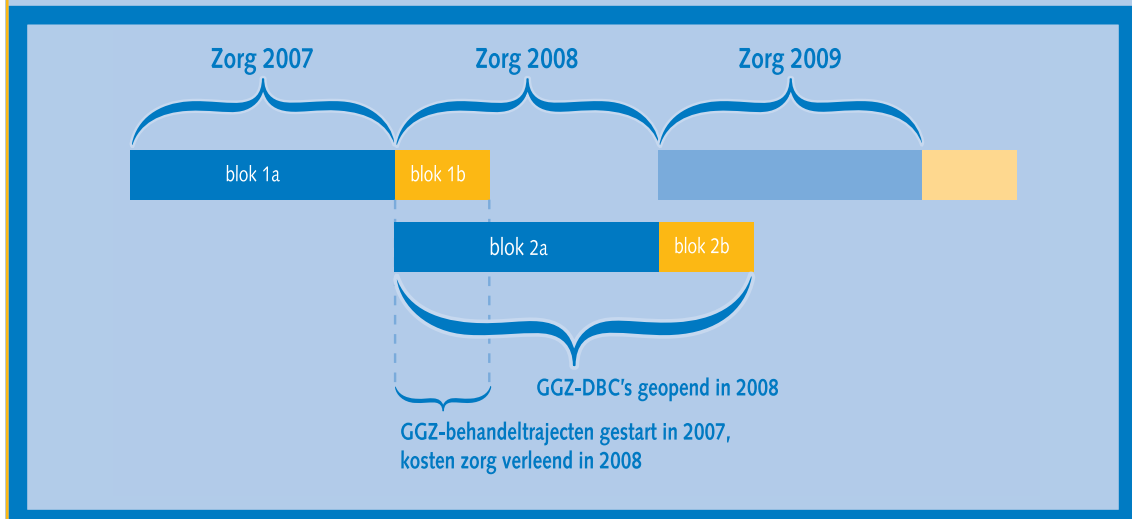
Bij de **hulpmiddelen** zijn conform het pakketadvies van het CVZ (College voor Zorgverzekeringen) enkele aanpassingen aan de Zvw-pakketdekking gedaan voor 2009. Het betreft het schrappen van de vergoeding van faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie (de sta-opstoelen). Het geraamde effect hiervan is een lastendaling van 22 miljoen euro.

Vanaf 1 januari 2009 zal de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie in het Zvw-pakket opgenomen worden. Dyslexie zal ondergebracht worden onder het deelbudget **GGZ**-aanspraken. In 2009 geldt de vergoeding uitsluitend voor kinderen van zeven of acht jaar, de jaren daarna wordt de doelgroep stapsgewijs uitgebreid naar alle kinderen van de basisschool van zeven jaar en ouder. De maatregel leidt tot meerkosten van 28 miljoen euro in 2009. De maatregel zal in 2011 worden geëvalueerd.

Invoering DBC's in de GGZ

Een boekhoudkundig gevolg van de invoering van bekostiging via DBC's is dat er in het jaar van invoering eenmalig sprake is van een overloopeffect. De 'reguliere' schadelast van het jaar 2008 wordt daardoor extra belast met een deel van de zorg die is verleend in 2009. De kosten van een behandeltraject (zie figuur 1, blok 2a en 2b) worden namelijk toegerekend aan datum opening van de DBC, alsmede de behandeltrajecten die reeds gestart zijn in 2007, voor zover het zorg betreft uit 2008 (blok 1b). Het effect van deze eenmalige extra schadelast als gevolg van de overloop wordt geraamd op 20% van de overgehevelde schadelast GGZ.

Dit is te illustreren aan de hand van een voorbeeld. Een behandeltraject in de eerstelijns psychologische zorg resulteert in een GGZ-DBC en wordt geopend op 1 december 2008. Stel nu dat de behandeling doorloopt tot in 2009. Dan zou in het oude bekostigingssysteem de zorg van december tot het boekjaar 2008 gerekend worden (bijvoorbeeld een intake en de eerste twee sessies) en de resterende sessies zouden tot het boekjaar 2009 gerekend worden. In de nieuwe situatie krijgt het gehele behandeltraject een vast DBC-tarief en dat bedrag wordt aan de schadelast van de zorgverzekeraars in 2008 toegerekend.



Figuur 1 Schematische weergave verleende GGZ naar jaar, op basis van de DBC-systematiek (bron: Vektis)

Het jaar 2008 was voor de **farmaceutische hulp** een hectisch jaar (zie ook het artikel 'Ontwikkeling farmacie'). Er is veel gebeurd, waardoor de farmaceutische kosten in 2008 uiteindelijk lager zijn uitgevallen dan eind 2007 werd voorspeld. Het preferentiebeleid en daaruit volgende prijsdalingen van

³ De lumpsum is het honorariumdeel van de vrijgevestigde specialisten in het verrekentariaf.

⁴ Het B-segment vormt het deel van de ziekenhuiskosten waarover vrij onderhandeld kan worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

geneesmiddelen zullen ook in 2009 hun invloed hebben op de schadelast farmaceutische hulp. Naast deze minder goed voorspelbare ontwikkelingen zal het Zvw-pakket nog op enkele punten aangepast worden. Ten eerste is er een maatregel voorgesteld om de vergoeding van cholesterolverlagers te beperken. De voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers worden aangepast aan de richtlijn van de beroepsgroep. Dit sluit aan bij de langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS verwacht met deze maatregel een besparing te bereiken van 32 miljoen euro in 2009. Ten tweede worden de benzodiazepines (slaap- en kalmeringsmiddelen) uit het basispakket gehaald, conform het pakketadvies van het CVZ. De maatregel kent uitzonderingen voor enkele specifieke indicaties. De maatregel heeft een verwachte besparing van 70 miljoen euro.

In 2009 zal extra geïnvesteerd worden in het zogenaamde **liggend ziekenvervoer**⁵. In het afgelopen jaar is het rapport 'Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancedienst 2008' door het RIVM gepubliceerd. In dit herijkingsonderzoek is de benodigde ambulancecapaciteit en -spreiding berekend om binnen 15 minuten 95% van de bevolking met een ambulance te kunnen bereiken. Naar aanleiding van deze herijking stelt VWS in 2009 12 miljoen euro extra beschikbaar om de ambulancecapaciteit en de spreiding van ambulances uit te breiden, en in 2010 nog eens 18 miljoen euro. Concreet komt dit neer op een uitbreiding met 47 ambulances en een groei van het aantal standplaatsen van 195 naar 206.

In 2008 werden bij **kraamzorg** extra middelen beschikbaar gesteld. Hierdoor kon het aantal uren kraamzorg worden uitgebreid. In 2006 en latere jaren zijn de kosten van kraamzorg fors gedaald, als gevolg van het invoeren van het landelijk indicatieprotocol kraamzorg⁶. In 2009 wordt extra geld (20 miljoen euro) beschikbaar gesteld. Met de middelen voor verkorte opleidingen moet het tekort aan kraamverzorgenden worden tegengegaan. Verondersteld wordt dat als gevolg van het op peil komen van de kraamzorgcapaciteit, de niet-benutte ruimte vanaf 2009 wel zal worden benut (17 miljoen euro).

Bij **verloskunde** wordt een prijseffect van 1,2% verwacht, als gevolg van additionele kosten bevallingen achterstandswijken. Verloskundigen kunnen vanaf 2009 23% extra declareren voor het verlenen van zorg aan vrouwen in achterstandswijken. De tariefsverhoging is tot stand gekomen omdat er ongerustheid heerste over de persoonlijke veiligheid van verloskundigen in sommige wijken van grote steden. Met de toeslag kunnen verloskundigen aanvullende maatregelen nemen om hun persoonlijke veiligheid te vergroten.

Prestaties	Trendmatig (o.a. volumegroei)	Overige ontwikkelingen	Totaal
Ziekenhuiszorg en specialisten	5,4%	1,6%	7,0%
Paramedische hulp	5,5%	2,0%	7,5%
Huisartsenhulp	5,6%	0,4%	6,0%
Tandheelkundige hulp	6,0%	0,0%	6,0%
Farmaceutische hulp	8,0%	-3,0%	5,0%
Hulpmiddelen	8,0%	-1,8%	6,3%
Verloskundige hulp	4,0%	1,2%	5,2%
Kraamzorg	3,5%	14,3%	17,8%
Ziekenvervoer	5,6%	5,7%	11,3%

Tabel 2 Kostenontwikkelingen 2009 ten opzichte van 2008, onderscheid naar trendmatige ontwikkeling en overige ontwikkelingen (bron: ZN, oktober 2008)

⁵ Liggend ziekenvervoer is het vervoer met een ambulance of helikopter.

⁶ Partijen die met kraamzorg te maken hebben, hebben een indicatieprotocol opgesteld. In dit protocol wordt rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de vrouw en op basis daarvan worden de aard en de omvang van de kraamzorg vastgesteld.

Ontwikkeling ziekenhuiszorg

In 2009 zal het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg verder worden uitgebreid. De omvang van dit zogenaamde B-segment zal in 2009 ongeveer 29% van de totale ziekenhuiszorg zijn. In 2008 vormde het B-segment ongeveer 19% van de uitgaven. De kosten van ziekenhuiszorg zullen in 2009 naar verwachting met 7% stijgen tot bijna 17 miljard euro.

Uitbreiding B-segment 2009

In het kader van verdere liberalisering van de ziekenhuismarkt is halverwege 2008 besloten om het B-segment in 2009 verder uit te breiden. Daarmee is ook besloten de voorgenomen invoering van maatstafconcurrentie⁷ per 1 januari 2009 niet door te laten gaan.

De uitbreiding van het B-segment in 2009 bestaat uit twee delen: een *technische* uitbreiding en een *reguliere* uitbreiding.

De reguliere uitbreiding bestaat uit de toevoeging van nieuwe diagnoses, zoals bijvoorbeeld beroerte, aan de lijst met aandoeningen waarover vrij onderhandeld mag worden. De technische uitbreiding bestaat uit het overhevelen van behandelingen van het A- naar B-segment, zodat de situatie dat de ene behandeling bij een diagnose in het A-segment en de andere in het B-segment zit, wordt uitgesloten. Het gaat bij deze technische uitbreiding bijvoorbeeld om zelfde diagnoses uit een ander specialisme en om conservatieve behandelingen⁸ naast de operatieve behandelingen in het B-segment op te nemen (bijvoorbeeld spataderen: het operatieve deel zit al vanaf 2005 in het B-segment, het conservatieve deel voor spataderen is per 2009 onderdeel van het B-segment).

De uitbreiding van het B-segment in 2009 beslaat naar verwachting 10% van de totale DBC-kosten. Hiermee neemt de relatieve omvang van het B-segment in 2009 toe tot 29%.

⁷ De maatstafconcurrentie werkt als een maximum op de gemiddelde prijs per DBC die een zorgaanbieder in rekening mag brengen voor zijn totale productie.

⁸ Een conservatieve behandeling betekent in de geneeskunde 'zonder te opereren'.

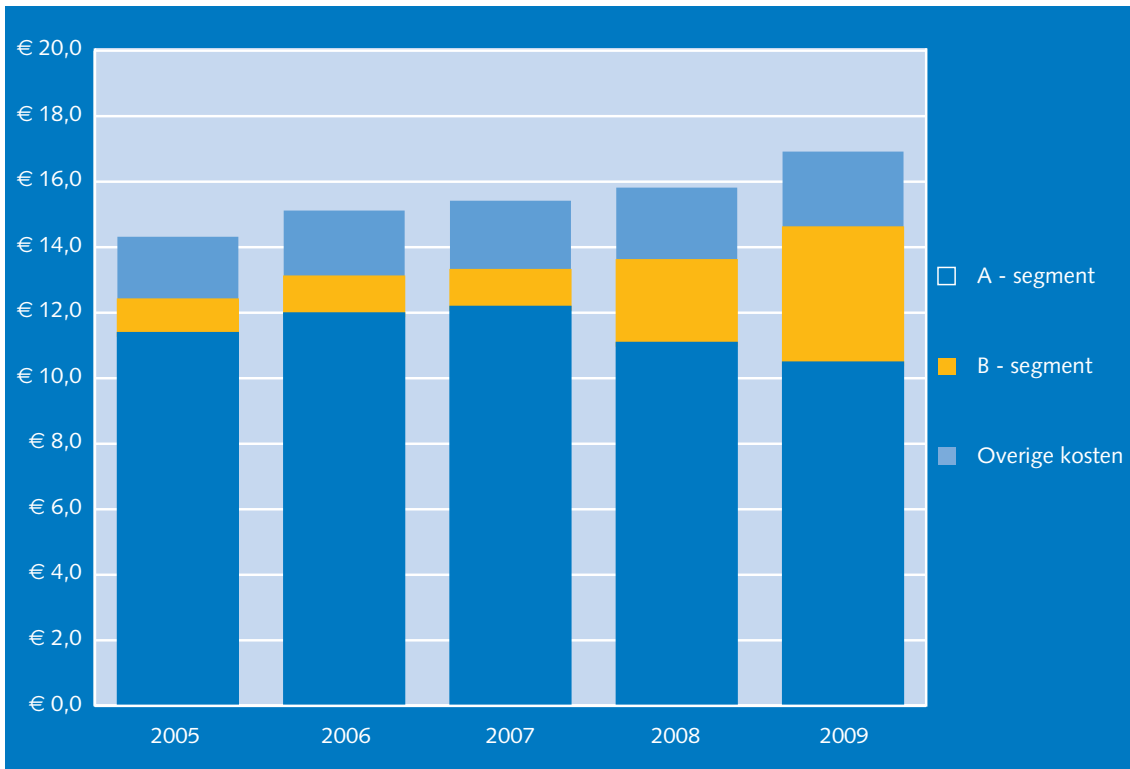
B-segment 2005-2007	Uitbreiding B-segment per 2008	Uitbreiding B-segment per 2009
Amandelen	Afwijking van de gehoorbeentjes	Beroerte
Baarmoederhalskanker	Afwijking van de oorschelp	Borstkanker (interne geneeskunde)
Bechterew (ziekte van)	Afwijking van de voorhuid	Colitis ulcerosa (interne geneeskunde)
Blaaskanker	Borstkanker (chirurgie)	Crohn (ziekte van) (interne geneeskunde)
Borstverkleining/borstlift	Carpaal Tunnel Syndroom (CTS)	Degeneratieve afwijkingen
Heupoperatie (artrose)	Colitis ulcerosa (maag, darm, lever)	Follow-up hartklachten
Incontinentie en verzakking (operatief)	Crohn (ziekte van) (maag, darm, lever)	Glaucoom
Jicht	Galblaasoperatie	Hartklachten
Knieoperatie (artrose)	Hoofdpijn	Huidkanker
Liesbreuk (operatief)	Maag/slokdam	Incontinentie en verzakking (conservatief)
Longafwijkingen (fijnvlekkig, interstitieel)	(refluxziekte/oesofagitis)	Liesbreuk (conservatief)
Niersteen en uretersteen	Maagklachten	Littekenbreuk
Rughernia (hnp)	Meniscus en voorste kruisband	Maculopathie
Spataderen (operatief)	Middenoorontsteking	Malprothese heup
Staar (cataract)	Navelbreuk	Malprothese knie
Suikerziekte bij kinderen	Neustussenschot	Niertumor
Suikerziekte bij volwassenen	Pacemaker	Open been
	PAOD	Retinopathie
	Plastische correctie boven- of onderoogleden	Rugpijn
	Plastische correctie oorskelet	Spataderen (conservatief)
	Polyartritis	Stress-incontinentie
	Prostaatkanker	Vernauwing wervelkolom
	Prostaatvergroting	
	Psoriasis	
	Reumatoïde artritis	
	Slaapstoornissen en OSAS	
	Verloskundige bevalling	
	Verloskundige zwangerschap	

Tabel 3 Overzicht van samenstelling B-segment in jaren 2005-2009
(bron: Vektis/Inkoopindicatoren)

Kosten ziekenhuiszorg 2008-2009

De omzet in het geliberaliseerde deel van de ziekenhuiszorg zal in 2009 ongeveer 4,8 miljard euro bedragen. Dit zijn de kosten van de zogenaamde B-DBC's. De kosten van DBC's in het A-segment (A-DBC's) nemen in 2009 als gevolg van de uitbreiding van het B-segment af tot 10,4 miljard euro.

De rest van de kosten ziekenhuiszorg, circa 2,2 miljard euro in 2009, zijn de kosten voor orthodontie en kaakchirurgie en de kosten voor niet-DBC-plichtige instellingen, zoals audiologische centra en revalidatie-instellingen.



Figuur 2 Kosten ziekenhuiszorg 2005-2009 naar kosten A-DBC's, B-DBC's en overige kosten, exclusief academische component in miljoenen euro's (bron: Vektis)

Inkoop van ziekenhuiszorg

Voor de zorg binnen het B-segment kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken maken over prijs, volume en kwaliteit. De uitbreiding van het B-segment zorgt ervoor dat over ruim een kwart van de ziekenhuiszorg onderhandeld kan worden.

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren sets met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, zowel ziekenhuisbrede als aandoeningsspecifieke indicatoren. De ziekenhuizen werken hard om deze indicatoren te meten, waardoor meer transparantie zal ontstaan over kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. Naast de set met kwaliteitsindicatoren worden ook wachtlijstmetingen en patiëntvervangingsonderzoeken bij de inkoop betrokken.

Voor een goede vergelijking van ziekenhuizen en een juiste interpretatie van verschillen in prijs, volume en kwaliteit is het voor de zorgverzekeraar van belang inzicht te hebben in de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis. Voor een relatief ongezonde patiëntenpopulatie (bijvoorbeeld veel ouderen of diabetici) wordt een ander zorgprofiel verwacht en daarmee mogelijk een andere prijs. Ook kan dit van invloed zijn op de uitkomsten van kwaliteitsmetingen. Zorgzwaarte-indicatoren zoals deze zijn ontwikkeld door Vektis⁹, kunnen inzicht bieden in verschillen tussen patiëntenpopulaties en de mate waarin deze van invloed zijn op prijs, volume en kwaliteit.

Doorontwikkeling DBC's

Vanaf 2005 is voor instellingen (ziekenhuizen en ZBC's) de DBC-systematiek ingevoerd. Alle verrichtingen in het ziekenhuis worden binnen deze systematiek gedeclareerd. De huidige DBC-structuur bevat circa 30.000 verschillende DBC's. Dit grote aantal zorgt voor onnodige complexiteit en gebrek aan transparantie. Om dit op te lossen, is vanuit VWS gestart met het DOT-proces (DBC's Op weg naar Transparantie). Dit proces moet leiden tot een nieuwe productstructuur die minder complex is en waarin het aantal DBC's drastisch lager ligt dan in de huidige DBC-structuur. De beoogde invoering van de nieuwe productstructuur is 1 januari 2010. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars zullen in 2009 veel inspanningen moeten verrichten om zich op deze wijzigingen voor te bereiden.

⁹ Zorgzwaarte-indicatoren op aandoeningsniveau; Een onderzoek naar relevante patiëntkenmerken die verschillen tussen ziekenhuizen verklaren (Vektis, juli 2008).

Ontwikkeling farmacie

Nadat op 17 september 2007 een nieuw Transitieakkoord was gesloten tussen de overheid, de apothekers, de farmaceutische industrie en de zorgverzekeraars leek 2008 in eerste instantie op dezelfde wijze te gaan verlopen als de jaren ervoor. Dat zou betekenen dat de prijzen van de geneesmiddelen beperkt zouden gaan dalen. Uiteindelijk daalden de prijzen van generieke middelen¹⁰ onder invloed van het preferentiebeleid¹¹ onverwacht sterk. Hierdoor is 2008 een roerig jaar voor de farmaceutische sector geweest en ook in 2009 zal er het nodige veranderen. Voordat de verwachte ontwikkelingen in 2009 worden beschreven wordt in dit hoofdstuk teruggeblikt op het jaar 2008. De cijfers in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op recente Vektis-analyses en wijken af van eerdere ZN-ramingen.

Terugblik 2008

Het gezamenlijke preferentiebeleid van een aantal zorgverzekeraars werd in 2008 gecontinueerd. Tussen 2005 en 2007 waren de beoogde kostenreducties achterwege gebleven. Daar kwam in 2008 verandering in.

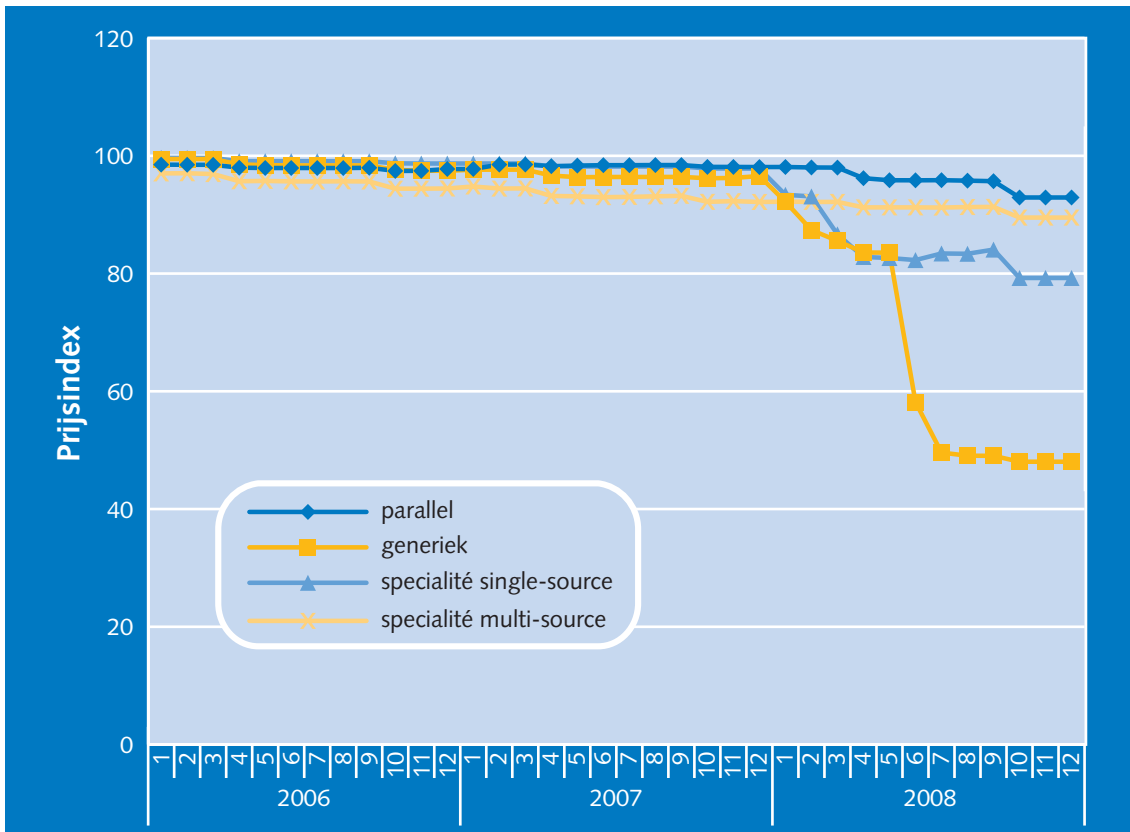
In december 2007 had Focus Farma, een fabrikant van generieke simvastatine, zijn prijzen zodanig verlaagd, dat hij het eerste halfjaar van 2008 de enige preferente leverancier werd voor simvastatine 10, 20 en 40 milligram. Als reactie daarop verlaagden ook de concurrenten de prijzen van simvastatines tot onder de prijs van Focus Farma, zonder dat ze daarmee preferent werden. Deze belangrijke verandering van de generieke markt - tot dan toe waren alle generieke leveranciers preferent - was een eerste signaal dat er meer prijsconcurrentie kwam in de markt van merkloze geneesmiddelen.

Met enige vertraging startten vier grote zorgverzekeraars op 1 juli 2008 met hun eigen preferentiebeleid voor (samen) 33 werkzame stoffen en bijna 100 presentaties. De prijzen van 1 juni 2008 waren bepalend voor de aanwijzing van de preferente producten. Vanwege het grote aantal geneesmiddelen en de verscherpte aanwijscriteria bleken leveranciers bereid hun prijzen fors te verlagen om marktaandeel te behouden (of zelfs uit te breiden). Van veel middelen daalden de prijzen met 70 tot 90%. In de maanden daarna volgden nog meer prijsverlagingen, waarbij de duurdere leveranciers hun prijzen verlaagden tot (bijna) het niveau van het goedkoopste vergelijkbare middel. De belangrijkste reden hiervoor was dat sommige verzekeraars bandbreedteafspraken gemaakt hebben met apotheken. De apotheker mag dan niet meer een product afleveren dat meer dan 3-5% duurder is dan het goedkoopste vergelijkbare product. Aangezien het preferentiebeleid qua omzet in 2007 ongeveer de helft van het hele generieke segment afdekt, daalden de gemiddelde prijzen in het generieke segment uiteindelijk met ruim 50%. (zie ook figuur 2).

De prijsdalingen in 2008 betekenen een besparing van 350 miljoen euro op de totale geneesmiddelen-uitgaven. De helft van dit bedrag is een gevolg van de verlaging van de maximumprijzen van geneesmiddelen en de afgesproken prijsverlaging uit het Transitieakkoord. De andere helft is een gevolg van prijsverlagingen die te maken hebben met het gezamenlijke en individuele preferentiebeleid. De inkoopvoordelen van apotheken (bonussen en kortingen die apotheekhoudenden ontvangen bij de inkoop van geneesmiddelen) daalden hierdoor naar schatting met 290 miljoen euro. Na protesten van apothekers en ketens is de clawback (een overheidsmaatregel om een deel van de inkoopvoordelen af te romen) met terugwerkende kracht per 1 juli 2008 opgeschort.

¹⁰ De verschillende geneesmiddelensegmenten zijn toegelicht in een kader op pagina 12.

¹¹ Het preferentiebeleid houdt in dat binnen een groep onderling vergelijkbare middelen (zelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte) alleen de goedkoopste middelen worden vergoed. De middelen behouden hun preferente status gedurende een vooraf vastgestelde periode. Aan het gezamenlijke preferentiebeleid doen verschillende verzekeraars mee, met samen een marktaandeel van ongeveer 70% van de Nederlandse verzekerden. Het gezamenlijke preferentiebeleid richt zich op de geneesmiddelen simvastatine, pravastatine en omeprazol. Vanaf 1 juli 2008 hebben enkele verzekeraars het beleid uitgebreid voor andere middelen.



Figuur 3 Prijsontwikkeling geneesmiddelen 2006-2008 (bron: Vektis)

Introductie prestatieafhankelijke vergoedingen voor apothekers

Op 1 juli 2008 is de vergoedingsstructuur voor de praktijkkosten van apothekhoudenden gewijzigd. Apothekers kregen tot 1 juli 2008 per receptregel een vaste vergoeding van € 6,10. De nieuwe tariefstructuur maakt het mogelijk om te differentiëren en te belonen naar prestatie. Bovendien is het verschil in honorering tussen apotheker en apothekhoudend huisarts weggevallen.

Er zijn nu twee basisprestaties (normaal recept en weekuitgifte) en een aantal toeslagen die daarbovenop gedeclareerd kunnen worden. Een weekuitgifte is een aflevering van meerdere geneesmiddelen tegelijk voor een periode van één of meer weken. Toeslagen mogen worden gedeclareerd voor avond, nacht- en zondagrecepten (ANZ), eerste uitgiften en magistrale bereidingen¹².

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de nieuwe tarieven vastgesteld op een zodanige wijze dat de gemiddelde receptregelvergoeding naar verwachting uitkomt op € 6,10. Mocht daar aanleiding voor zijn, dan kan de NZa de tarieven achteraf nog aanpassen. In tabel 4 staan de maximumprijzen per prestatie (exclusief btw) per receptregel (per 1 juli 2008).

Basisprestaties	Prijs	Aanvullende prestaties	Prijs
Standaarduitgifte	€ 5,30	Eerste uitgifte	€ 1,05
Weekuitgifte	€ 2,90	ANZ-recept	€ 10,60
		Bijzondere magistrale bereiding	€ 79,40
		Reguliere magistrale bereiding	€ 10,60

Tabel 4 Maximumtarieven voor apothekhoudenden per prestatie met ingang van 1 juli 2008 (bron: NZa)

¹² Het bereiden van geneesmiddelen in de apotheek.

Verschillende geneesmiddelensegmenten

Geneesmiddelen komen na vaak lange ontwikkel- en onderzoekstrajecten onder bescherming van een patent op de markt. De fabrikant heeft daardoor een alleenrecht op de verkoop van deze middelen, en koppelt ook een merknaam aan het geneesmiddel. Dit worden de **single-source specialité** middelen genoemd.

Als een patent van een geneesmiddel verloopt, kunnen andere fabrikanten geneesmiddelen (merkloos) met dezelfde werkzame stof op de markt brengen. Dit worden **generieke geneesmiddelen** genoemd. Doordat geen grote investeringen in onderzoek en ontwikkeling van het generieke middel nodig zijn, kunnen de prijzen veel lager zijn dan voor het merkgeneesmiddel. Het merkgeneesmiddel waarvan het patent is verlopen blijft vaak wel in de markt, ook al zijn er goedkopere generieke alternatieven voorhanden. Het merkgeneesmiddel valt dan onder '**multi-source specialité**'. Doordat het merkgeneesmiddel vaak erg bekend is bij de gebruikers en voorschrijvers, worden de merkgeneesmiddelen nog veel gebruikt, ook al is de prijs hoger dan de generieke equivalenten.

Tot slot kunnen geneesmiddelen **parallel** geïmporteerd worden uit het buitenland (mits er een geldige registratie is). Dat kunnen zowel generieke als specialité middelen zijn.

Kosten farmaceutische hulp 2008-2009

In 2009 zal er naar verwachting 5,3 miljard euro worden uitgegeven aan extramurale farmaceutische zorg. Het gaat hier alleen om uitgaven die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen. Dit betekent een toename met 2,4% ten opzichte van 2008. De geneesmiddelenuitgaven hebben voor ongeveer vier vijfde deel betrekking op de materiaalkosten. Het overige deel is een vergoeding aan apothekers voor de aflevering van geneesmiddelen.

Een opsplitsing van de kosten van geneesmiddelen wordt weergegeven in tabel 5¹³.

De totale kosten nemen naar verwachting met 126 miljoen euro toe. Dit wordt veroorzaakt door de extra uitgaven aan de receptregelvergoeding (157 miljoen euro) en de schorsing van de clawback (92 miljoen). Door aanpassingen in het basispakket (-102 miljoen euro) zal de kostenstijging beperkt blijven.

Kostensoort	2008	2009	mutatie (%)
Materiaalkosten bij gelijkblijvend beleid	4.273	4.252	-0,5
Generiek	702	640	-8,8
Parallelimport	649	705	8,6
Magistrale middelen	13	14	7,7
Specialité multi-source	135	178	31,9
Specialité single-source	2.774	2.714	-2,2
Clawback	- 92	- ¹⁴	11,0
Receptregelvergoeding	1.013	1.170	15,5
Aanpassing basispakket (verwachting VWS)	-	-102	-
Totaal	5.194	5.320	2,4

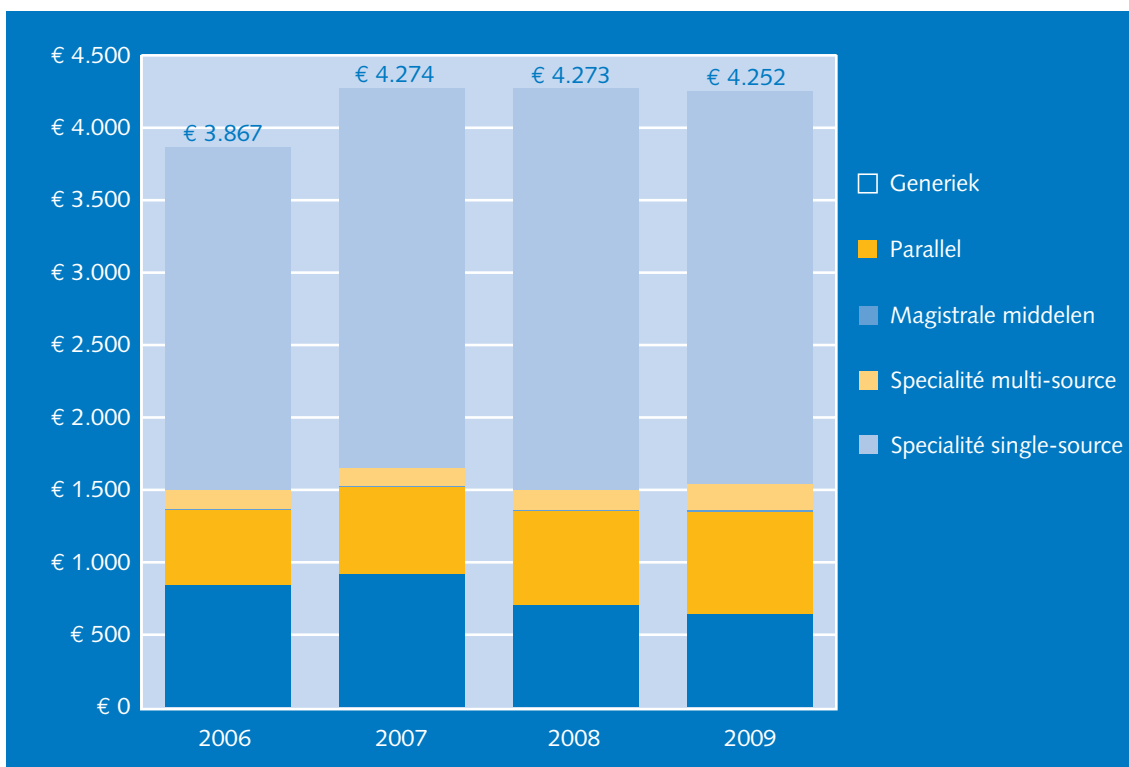
Tabel 5 Raming geneesmiddelenkosten 2008-2009, in miljoenen euro's (bron: Vektis)

De materiaalkosten - dit zijn de kosten voor de geneesmiddelen zelf, inclusief btw en zonder clawback en receptregelvergoeding - blijven in 2009 vrijwel gelijk ten opzichte van 2008 (4.252 miljoen euro). Weliswaar is er een groei in volume van bijna 11%, maar daar staan ook prijsverlagingen tegenover als gevolg van de uitvoering van het Transitieakkoord en het preferentiebeleid.

Figuur 4 geeft een overzicht van de materiaalkosten in de jaren 2006 tot en met 2009.

¹³ In dit overzicht is geen rekening gehouden met vergoeding van middelen die buiten de WVG vallen en eigen bijdragen.

¹⁴ Begin november 2008 heeft de NZa aangegeven dat de clawback in 2009 weer kan worden ingevoerd. De exacte hoogte van de clawback en receptregelvergoeding in 2009 is bij het ter perse gaan van deze Zorgthermometer nog niet bekend.

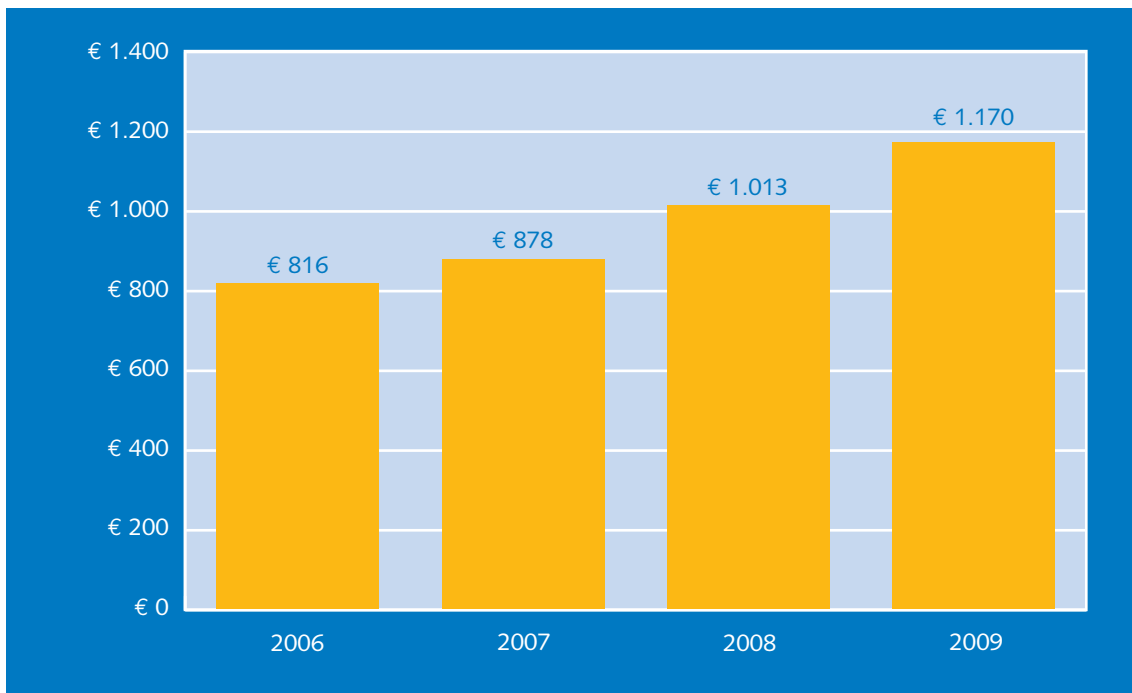


Figuur 4 Ontwikkeling materiaalkosten farmacie 2006 tot en met 2009 in miljoenen euro's (bron: Vektis)

Aangezien deze prijsverlagingen voor een groot deel halverwege 2008 hebben plaatsgevonden, werken deze ook door in het eerste halfjaar van 2009. Dit zien we vooral terug in het generieke segment. Bovendien verlopen de patenten van een aantal merkgeneesmiddelen (specialité single-source) die conform het Transitieakkoord ook tenminste 50% in prijs gaan dalen. Hierdoor kunnen de kosten ten opzichte van 2008 additioneel met 65 miljoen euro dalen.

Uitgaande van een vergelijkbare volumegroei zullen de materiaalkosten in 2009 uitkomen op 4.252 miljoen euro (inclusief btw). Daarbij wordt uitgegaan van een verder stabiele markt en gelijkblijvend beleid.

Het aantal geneesmiddelen dat in Nederland wordt voorgeschreven en afgeleverd is de afgelopen jaren fors toegenomen. Het aantal receptregels is in 2007 en de eerste helft van 2008 toegenomen met 7,5% respectievelijk 10,6%. Het aantal zal door de nieuwe tariefstructuur verder toenemen, omdat weekafleveringen dan per week gedeclareerd mogen worden in plaats van per aflevering. Dit zal echter geen effect mogen hebben op de totale kosten voor receptregelvergoedingen, omdat hiermee rekening is gehouden bij de vaststelling van de gedifferentieerde prestatievergoedingen. Er ontstaat vanaf 1 juli 2008 wel een toename van receptregelvergoedingen, doordat apothekhoudende huisartsen deze ook kunnen declareren. Daar staat echter tegenover dat de apothekhoudende huisarts geen toeslag meer ontvangt op zijn abonnementsgelden voor het apothekgedeelte van zijn praktijk. Als we uitgaan van het huidige tarief voor receptregelvergoedingen (gemiddeld € 6,10) dan zullen de kosten voor receptregels in 2009 uitkomen op ongeveer 1.170 miljoen euro (inclusief btw).



Figuur 5 Kostenontwikkeling receptregelvergoeding in miljoenen euro's (bron: Vektis)

Marktontwikkelingen 2009

Er is voor 2009 nog een aantal onzekerheden die te maken hebben met de vergoedingen voor apothekhoudenden, de prijsontwikkeling van geneesmiddelen en de wijze waarop het preferentiebeleid wordt voortgezet. Hoe het een en ander zich verder in 2009 zal ontwikkelen, is moeilijk te voorspellen. Hieronder worden een aantal mogelijke scenario's en ontwikkelingen beschreven.

De wijze waarop **vergoedingen voor apothekhoudenden** (zowel apothekers als apothekhoudende huisartsen) in 2009 geregeld zijn, zal qua structuur nog redelijk vergelijkbaar zijn met 2008. Hun inkomsten bestaan uit enerzijds de inkomsten door verkoop (verstrekking) van geneesmiddelen en andere middelen en anderzijds uit een prestatieafhankelijke receptregelvergoeding. Op dit moment doet de Zorgautoriteit (NZa) onderzoek naar de kosten en baten van apothekhoudenden. Op basis van het onderzoek kan de NZa adviseren of de receptregelvergoeding aangepast wordt en/of de opschorting van de clawback zal worden beëindigd.

Wat betreft de **prijsontwikkeling van geneesmiddelen** ligt er nog altijd het Transitieakkoord. In dit akkoord dat in 2007 is ondertekend door fabrikanten, apothekers, overheid en zorgverzekeraars, is ook voor 2009 afgesproken dat de geneesmiddelenkosten verder zullen dalen. Ten opzichte van 2008 moet een additionele besparing van 116 miljoen euro worden gerealiseerd¹⁵.

De Bogin (vereniging van fabrikanten van generieke geneesmiddelen) heeft in 2008 het akkoord eenzijdig opgezegd, waardoor onzekerder is hoe de prijzen van generieke middelen zich zullen ontwikkelen.

Het **preferentiebeleid 2009** kan zorgen voor een deel van deze additionele besparing. Ten eerste werken prijsdalingen uit 2008 ook in 2009 door. Ten tweede is het aannemelijk dat een aantal verzekeraars hun eigen individuele preferentiebeleid verder zal uitbreiden. Hoeveel middelen onder het preferentiebeleid zullen vallen en hoe sterk de prijzen dan zullen dalen, is niet op voorhand te bepalen.

¹⁵ De besparing wordt berekend door het volume van een geneesmiddel te vermenigvuldigen met de prijsdaling ten opzichte van een peildatum.

Verder vervalt het patent van een aantal merkgeneesmiddelen aan het eind van 2008 of in 2009. Door deze aflopende patenten kunnen nieuwe generieke middelen op de markt komen (die dezelfde werking hebben als het merkgeneesmiddel). In het Transitieakkoord zijn afspraken gemaakt dat de prijzen van de merkgeneesmiddelen en de generieke equivalenten minimaal 50% lager zijn dan de prijs van het merkgeneesmiddel voordat het patent afliep.

In tabel 6 is een overzicht gegeven van een aantal belangrijke geneesmiddelen waarvan het patent verloopt in 2008 en 2009. De jaarlijkse kosten voor deze middelen zijn ongeveer 290 miljoen euro. In het materiaalkostenoverzicht is een kostenbesparing voor 2009 meegenomen van 65 miljoen euro, naast de reeds doorgevoerde prijsverlagingen in 2008.

Werkzame stof	Jaarkosten	Patent verloopt in	Werkzame stof	Jaarkosten	Patent verloopt in
Fondaparinux	2,0	Januari 2008	Eplerenon	4,2	April 2009
Alendroninezuur	27,9	April 2008	Atovaquon	0,1	April 2009
Bicalutamide	20,9	Juli 2008	Proguanil	0,0	April 2009
Tiludroninezuur	0,0	Juli 2008	Pantoprazol	106,0	Mei 2009
Fluvastatine	5,6	Augustus 2008	Orlistat	0,0	Juni 2009
Interferon beta 1b	15,9	Oktober 2008	Tacrolimus	1,9	Juni 2009
Azelastine	0,2	Oktober 2008	Losartan	53,3	September 2009
Venlafaxine	35,7	December 2008	Topiramaat	4,4	September 2009
Famciclovir	1,7	December 2008	Fulvestrant	1,5	Oktober 2009
			Imiquimod	1,1	December 2009
			Valaciclovir	8,7	December 2009
			Dorzolamide	0,8	December 2009
Totaal 2008	109,9		Totaal 2009	182,1	

Tabel 6 Overzicht merkgeneesmiddelen waarvan patent verloopt in 2008 en 2009 en die in de jaren 2008 en 2009 leiden tot kostenbesparing, in miljoenen euro's (bron: Vektis)

Het jaar 2009 lijkt een overgangsjaar te worden naar een nieuwe marktsituatie. Minister Klink heeft in 2008 een langetermijnvisie gegeven over hoe de geneesmiddelenmarkt zich zou moeten ontwikkelen. "De nadruk komt te liggen op zorgaanbieders en zorgverzekeraars die in normale onderhandeling met elkaar treden om overeenstemming te bereiken over prestatie, prijs en resultaat en daarbij in onderlinge concurrentie gebruik maken van de allocatieve werking van vraag en aanbod". (Bron: langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening.) Dit betekent dat de overheid minder wil reguleren en een grotere regierol voor de zorgverzekeraars ziet. Op termijn kunnen dan ook andere vergoedingsstructuren ontstaan in plaats van of naast de huidige. Op dit moment is nog niet duidelijk of en hoe daar in 2009 al mee gestart wordt. Maar de partijen in de farmaciemarkt zullen in ieder geval samen met elkaar nieuwe afspraken moeten maken.

Ontwikkeling huisartsenkosten 2006-2009

Vanaf 2006 is er sprake van een gewijzigde bekostigingssystematiek in de huisartsensector. Er is sprake van een vast inschrijftarief voor elke verzekerde die zich bij een huisarts heeft ingeschreven. Daarnaast kan een huisarts consulten of andere verrichtingen in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. Ook is er vanaf die tijd duidelijk ruimte gegeven aan de huisarts om verrichtingen die normaal in de tweede lijn zouden plaatsvinden (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen) voortaan in de eerste lijn te verrichten. Vektis heeft vanaf 2006 tot aan de eerste helft van 2008 de huisartsenkosten gevolgd door bij zorgverzekeraars de daadwerkelijk gedeclareerde kosten op te vragen. Deze cijfers vormen de basis voor dit artikel.

Van 2006 op 2007 zijn de huisartsenkosten gestegen met ongeveer 5%. In 2008 is de stijging beperkt gebleven tot 2%, oftewel 46 miljoen euro.

	Kosten 2006 (in miljoenen euro's)	Kosten 2007 (in miljoenen euro's)	Kosten 2008 (in miljoenen euro's)	Procentuele verandering 2008 t.o.v. 2007
Consulten huisartsen	622	664	684	3%
Inschrijftarieven	798	809	814	1%
Passantentarieven	8	8	7	-3%
Kwartjes voor digitale declaraties	15	15	4	-75%
Module populatiegebonden vergoedingen	23	24	24	3%
Module praktijkondersteuning				
• Moduletarieven	55	66	73	11%
• POH-consulttarieven	26	33	38	15%
Module Modernisering en Innovatie				
• Code 13xxx	100	98	115	17%
• Code 14xxx	16	19	22	12%
Avond-, nacht- en weekenddiensten				
• HDS	193	216	218	1%
• Niet-HDS	6	4	4	-12%
Totaal	1.863	1.956	2.002	2%

Tabel 7 Een overzicht van de kostenontwikkeling op huisartsengebied van 2006-2008 (bron: Vektis)

Een groot deel van de huisartsenkosten is terug te voeren op consulten die worden gedaan door huisartsen of praktijkondersteuners. In 2008 steeg het bedrag aan consulten met zo'n 3%. Interessant is het om te bekijken hoe de ontwikkeling is per soort consult. Is de ontwikkeling bijvoorbeeld hetzelfde voor korte en lange consulten en voor herhalingsrecepten?

Als er een uitsplitsing wordt gemaakt naar de soorten consulten waarmee de huisarts zich bezighoudt, ontstaat het volgende beeld.

	Aantallen 2007 (x 1.000)	Aantallen 2008 (x 1.000)	Procentuele stijging van 2008 t.o.v. 2007
Consult < 20 minuten	35.456	35.310	-0,4%
Consult > 20 minuten	4.104	4.835	17,8%
Visite < 20 minuten	2.485	2.413	-2,9%
Visite > 20 minuten	898	1.036	15,3%
Telefonisch consult	10.446	11.299	8,2%
Herhalingsrecept	37.713	38.251	1,4%
Vaccinatie	64	56	-12,8%
E-mailconsulten	15	16	6,1%

Tabel 8 Ontwikkeling in soorten consulten die een huisarts voor zijn rekening neemt (bron: Vektis)

Het blijkt dat vooral het aantal lange consulten (> 20 minuten) en de lange visites (> 20 minuten) in aantallen zijn toegenomen. Van de consulten zijn dit de consulten die het hoogste tarief hebben (€ 18,- respectievelijk € 22,50). Tabel 9 geeft een compleet beeld wat het tarief is van de verschillende soorten consulten. Dat het aantal e-mailconsulten toeneemt, is te verklaren uit het feit dat het steeds meer ingeburgerd raakt om via e-mail een huisarts te consulteren.

Overigens neemt ook het aantal consulteenheden dat een praktijkondersteuner doet, toe; dit neemt toe met 15%. Ook hier zijn het vooral de lange consulten en de lange visites die een stijging laten zien, met 21% respectievelijk 26%. Opvallend is dat het aantal telefonische consulten door praktijkondersteuners met maar liefst 24% toeneemt.

Het is een feit dat praktijkondersteuners meer en meer worden ingezet om bijvoorbeeld een groep patiënten met chronische klachten te behandelen. Dit zou de stijgingen van de lange consulten en de lange visites kunnen verklaren.

	Huisarts	Praktijk- ondersteuner	Passantentarif	Avond-, nacht- en weekend
Consult < 20 minuten	€ 9,00	€ 9,00	€ 24,80	€ 32,70
Consult > 20 minuten	€ 18,00	€ 18,00	€ 49,60	€ 65,40
Visite < 20 minuten	€ 13,50	€ 13,50	€ 37,20	€ 49,10
Visite > 20 minuten	€ 22,50	€ 22,50	€ 62,00	€ 81,80
Telefonisch consult	€ 4,50	€ 4,50	€ 12,40	€ 16,40
Herhalingsrecept	€ 4,50	€ 4,50	€ 12,40	€ 16,40
Vaccinatie	€ 4,50	€ 4,50	€ 12,40	€ 16,40
E-mailconsulten	€ 4,50			

Tabel 9 Consulttarieven 2008 (bron: Tariefbeschikking 5000-1900-07-03, NZa)

Ontwikkelingen 2009

Om de uitgaven huisartsenzorg binnen het budgettaire kader zorg te houden, heeft de minister van VWS besloten om naast het indexeren van tarieven voor de consulten tegelijkertijd het tarief voor herhalingsrecepten terug te brengen van € 4,50 per consult naar € 2,25.

VWS investeert in 2009 eenmalig 35 miljoen euro in de huisartsenzorg om het elektronisch patiëntendossier (EPD) verder te kunnen invoeren.

Verder worden de kwartjes voor digitale declaraties (in 2008 nog circa 4 miljoen euro) afgeschaft, omdat de doelstellingen rondom het digitaal declareren inmiddels zijn bereikt.

De verwachting is dat de huisartsenkosten in 2009 stijgen met zo'n 6%. Het aantal consulteenheden zal naar verwachting verder toenemen (op basis van veroudering populaties, toename behandeling chronisch zieken in eerste lijn) en verder lijkt het aannemelijk dat de kosten in de Module Modernisatie & Innovatie zullen toenemen, omdat er drie nieuwe verrichtingen in 2008 zijn toegevoegd.

Een verduidelijking van enkele begrippen op het gebied van huisartsenkosten

Inschrijftarieven:

Voor elke bij de huisarts ingeschreven verzekerde brengt een huisarts € 52,- per jaar in rekening bij de zorgverzekeraar.

Passantentarieven:

Dit tarief wordt in rekening gebracht als een verzekerde bij een huisarts komt die zich buiten de woonplaats van de verzekerde bevindt en bij wie de verzekerde niet is ingeschreven.

Kwartjes voor digitale declaraties:

Om het digitale declaratieverkeer te stimuleren, heeft er vanaf 2006 een vergoeding tegenover gestaan; per 1 april 2008 is de vergoeding voor een digitale declaratie afgeschaft.

Module populatiegebonden vergoedingen:

Bovenop het inschrijftarief kunnen huisartsen een vergoeding krijgen voor verzekerden vanaf 65 jaar en voor verzekerden die woonachtig zijn in door de Nederlandse Zorgautoriteit aangewezen achterstandswijken.

Module praktijkondersteuning huisartsen:

Twee derde van de kosten voor de praktijkondersteuners (POH'ers) wordt vergoed middels de Module Praktijkondersteuning Huisartsen en een derde middels de verrichtingen (consulten) van de praktijkondersteuner.

Module Modernisering & Innovatie:

Deze module is ingesteld om financiering te regelen tussen zorgverzekeraars en huisartsen als het gaat om: het stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling en overige eerstelijnsaanbieders, het ontwikkelen van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen, het substitueren van de verrichtingen van de tweede lijn naar de eerste lijn en de kwaliteitsbevordering van huisartsen.

Avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW): dit zijn alle werkzaamheden door huisartsen 's avonds en in het weekend, die niet kunnen wachten tot de reguliere spreekuurtijden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen declaraties die gemaakt zijn door huisartsen die aangesloten zijn bij een huisartsendienstenstructuur (HDS) en declaraties van huisartsen die hier niet bij zijn aangesloten.

Premie 2009

De nominale premie 2009 wordt door VWS op € 1.074,- per premiebetalder ingeschat. Dit is € 27,- hoger (relatieve stijging van 2,6%) dan in 2008. In dit artikel wordt beschreven hoe gekomen is tot de nominale premie 2009 en daarnaast wordt de opbouw van de premie beschouwd. Er zijn dit jaar geen grote wijzigingen in de premiestructuur. Vorig jaar was nog sprake van een overgang van de no-claimregeling naar het verplichte eigen risico.

Begroting Zorgverzekeringswet

VWS raamt de totale zorgkosten in de Zorgverzekeringswet 2009 op ongeveer 31,6 miljard euro. Dit is circa 300 miljoen euro lager dan de raming uit artikel 'Raming Zorgkosten 2009'. Twee derde van deze kosten wordt betaald vanuit de volgende drie bronnen:

- Eigen betalingen verzekerden als gevolg van het eigen risico: 1,4 miljard euro.
- Inkomensafhankelijke bijdrage via werkgevers: 17,0 miljard euro.
- Rijksbijdrage voor kinderen: 2,1 miljard euro.

Na aftrek van deze baten en de inhouding (lasten) voor de 'directe uitgaven' van het Zorgverzekeringsfonds (1,1 miljard euro), resteert een saldo van 12,1 miljard euro aan kosten die (nog) niet gedekt zijn. Deze kosten worden gedekt door de zogenaamde nominale premie, welke de premiebetalende verzekerden gezamenlijk opbrengen. Op basis van 12,8 miljoen premiebetalers komt de VWS-rekenpremie uit op € 947,-. Hoe verhoudt zich dit nu tot 2008? In de volgende paragraaf wordt dit stap voor stap toegelicht.

Vergelijking nominale premie 2008 en 2009

De rekenpremie is door het ministerie van VWS ingeschat op € 947,-. Dit is exclusief de eigen betalingen van verzekerden en een opslag voor beheerskosten van zorgverzekeraars. In 2008 kwam de rekenpremie uit op € 970,-. Dit betekent een daling van € 23,-.

In deze premie ontbreekt dan nog de opslag voor beheerskosten in ruime zin, alsmede een exploitatiesaldo. VWS raamt deze opslag in 2009 op € 127,- per premiebetalder. Uit de in rekening gebrachte gemiddelde premie over 2008 (bron: rijksbegroting VWS 2009) kan afgeleid worden dat deze in 2008 op € 77,- uitkwam (in 2007: € 52,-). VWS verwacht dat verzekeraars in 2009 hun opslagpremie gemiddeld € 50,- hoger vaststellen dan het voorgaande jaar. Verderop in dit artikel wordt hier nader op ingegaan. De afname van de (fictieve) nominale rekenpremie (€ -23,-) en de hogere opslagpremie (€ +50,-) betekenen dat de premiebetalende verzekerde, volgens de verwachtingen van VWS, het komende jaar gemiddeld € 27,- duurder uit is dan in 2008.

Opbouw	2008	2009
Rekenpremie VWS	€ 970	€ 947
Inschatting beheerskosten VWS	€ 77	€ 127
Nominale rekenpremie	€ 1.047	€ 1.074
Inschatting eigen betalingen	€ 103	€ 106
Gemiddelde uitgave verzekerde	€ 1.150	€ 1.180

Tabel 10 Opbouw premie: van rekenpremie VWS naar gemiddelde uitgave verzekerde (bron: VWS)

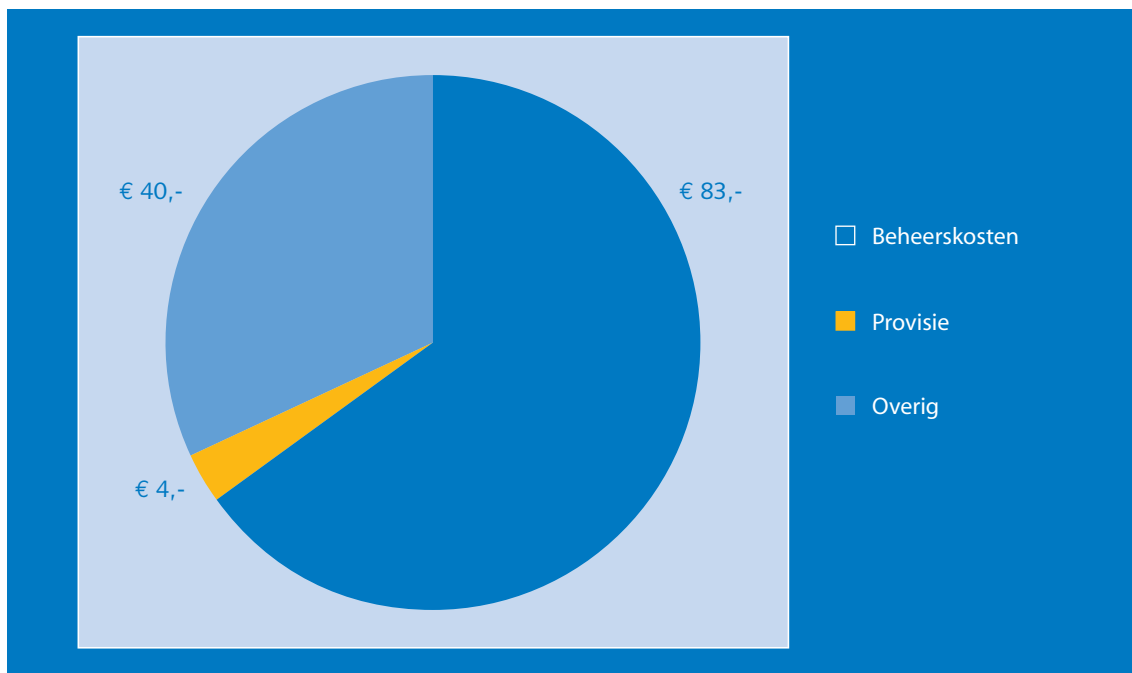
In de loop van 2009 krijgen de verzekerden te maken met eigen betalingen als gevolg van het verplichte eigen risico. Omdat het eigen risico het komend jaar geïndexeerd wordt van € 150,- naar € 155,-, verhoogt dit de gemiddelde eigen betaling van gemiddeld € 103,- naar gemiddeld € 106,-.

Chronisch zieken en gehandicapten worden overigens gedeeltelijk gecompenseerd voor het eigen risico. De inschatting die door VWS wordt gedaan, hoeft niet de uiteindelijk door zorgverzekeraars gevraagde premie te zijn. Zorgverzekeraars zijn vrij in het stellen van de premie. In hun vaststelling van de premie houden zij rekening met allerlei zaken, zoals de verwachte zorgkosten, het aanwezige eigen vermogen en de te volgen strategie.

In dit artikel is ingegaan op premieverschillen tussen 2008 en 2009 op basis van de prognoses uit de rijksbegroting van VWS. De nominale premies in dit artikel zijn de verwachte gemiddelde premies, waarbij premies van individueel en collectief verzekerden zijn samengenomen.

Opslagpremie en beheerskosten

De opslagpremie is een begrip dat veelomvattend is. Het gaat grofweg om beheerskosten en exploitatiesaldi van zorgverzekeraars. De beheerskosten en exploitatiesaldi lijken in de begroting van VWS van jaar op jaar fors te stijgen. De feitelijke beheerskosten van zorgverzekeraars blijken echter van jaar op jaar redelijk stabiel. Wat zijn nu de oorzaken van deze verschillen tussen de hoogte van de opslagpremie die door VWS geraamd wordt en de beheerskosten van de verzekeraars?



Figuur 6 Opbouw opslagpremie zorgverzekeraars (bron: Vektis)

In 2006 en 2007 bedroegen de beheerskosten bijna € 90,- per premiebetaler. Dit is vergelijkbaar met de beheerskosten van de ziekenfondsen voor de invoering van de basisverzekering. Er zit dus weinig ontwikkeling in deze kosten, in vergelijking met de ontwikkeling van de zorgkosten.

De resterende € 40,- in de opslagpremie rekent VWS dus toe aan de exploitatiesaldi van verzekeraars. Als belangrijkste oorzaak wordt gegeven (bron: Rijksbegroting 2009) dat deze opslagpremie over de periode 2006-2008 niet volledig kostendekkend was voor de bedrijfsvoering van de zorgverzekeraars. Met name de gegeven collectiviteitskortingen drukten het resultaat van de zorgverzekeraars. De verwachting van VWS is dat de zorgverzekeraars vanaf 2009 het beleid hieromtrent zullen wijzigen. Of dit daadwerkelijk zal gebeuren, is vooralsnog onbekend.

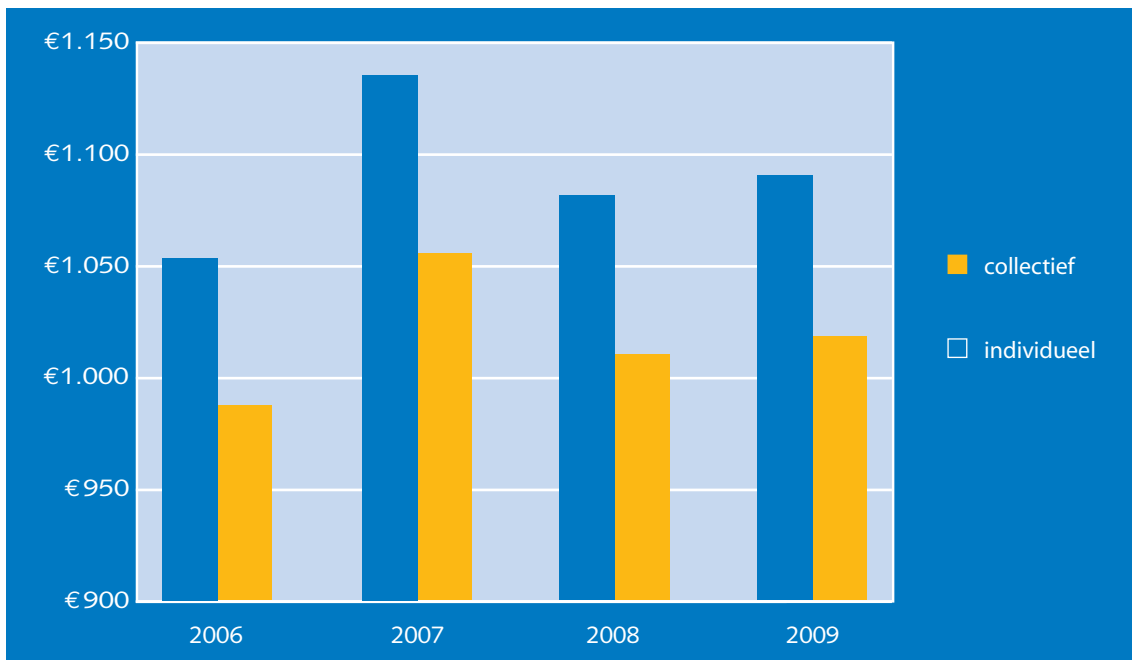
Werkelijke premie

De premie die de consumenten voor de basisverzekering in 2009 zullen betalen, zal ongeveer gelijk zijn aan die van het afgelopen jaar. De premies voor aanvullende verzekeringen zullen wel stijgen. Dit blijkt uit de door de zorgverzekeraars bekend gemaakte premies.

In 2008 betaalde een collectief verzekerde gemiddeld € 84,- per maand voor zijn basisverzekering (jaarbasis: € 1.010,-). Een verzekerde die geen deel uitmaakt van een collectief contract (individueel verzekerde) betaalde gemiddeld € 6,- per maand meer (jaarbasis: € 1.081,-) (zie Zorgthermometer 'Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag', april 2008).

Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft inmiddels de premie bekendgemaakt. Gemiddeld zal de individueel verzekerde consument in 2009 naar verwachting € 1.090,- voor de basisverzekering betalen. Gegeven de kortingen vanwege collectieve contracten in 2008, zal een collectief verzekerde een gemiddelde premie van € 1.018,- betalen.

Hiermee stijgen de premies van 2008 op 2009 met gemiddeld 1%.



Figuur 7 Gemiddelde betaalde premie Zorgverzekeringswet 2006-2009, individuele en collectieve contracten (bron: Vektis)



Verzekerdenmobiliteit

De keuzemogelijkheden voor de consument, bij het kiezen van een zorgverzekering, worden groter. Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering die zorgverzekeraars aanbieden, neemt toe. Nieuw zijn de polissen waarbij verzekerden die gebruikmaken van voorkeurszorgaanbieders vrijgesteld worden van het verplicht eigen risico. Of de extra keuzemogelijkheden ook zullen leiden tot een grotere mobiliteit, is nog de vraag. Het aflopen van een groot aantal collectiviteiten per 1 januari 2009 zal de komende maanden waarschijnlijk meer bepalend zijn voor het aantal switchers.

Polissen

Zorgverzekeraars gaan meer gebruikmaken van de mogelijkheid om polissen aan te bieden waarbij verzekerden geprikkeld worden om voorkeurszorgaanbieders te bezoeken wanneer zij zorg nodig hebben, in ruil voor een lagere premie. Zorgverzekeraars kiezen deze voorkeursleveranciers op basis van kwaliteit, beschikbaarheid en prijs van de geleverde zorg. Door afspraken te maken met deze zorgaanbieders over kwaliteit en prijs, kan de zorgverzekeraar met zijn zorginkoop een doelmatig zorgaanbod voor zijn verzekerden realiseren. De opbrengsten hiervan zullen, via de kwaliteit van zorg of een lagere premie, terechtkomen bij de verzekerden.

Eigen risico

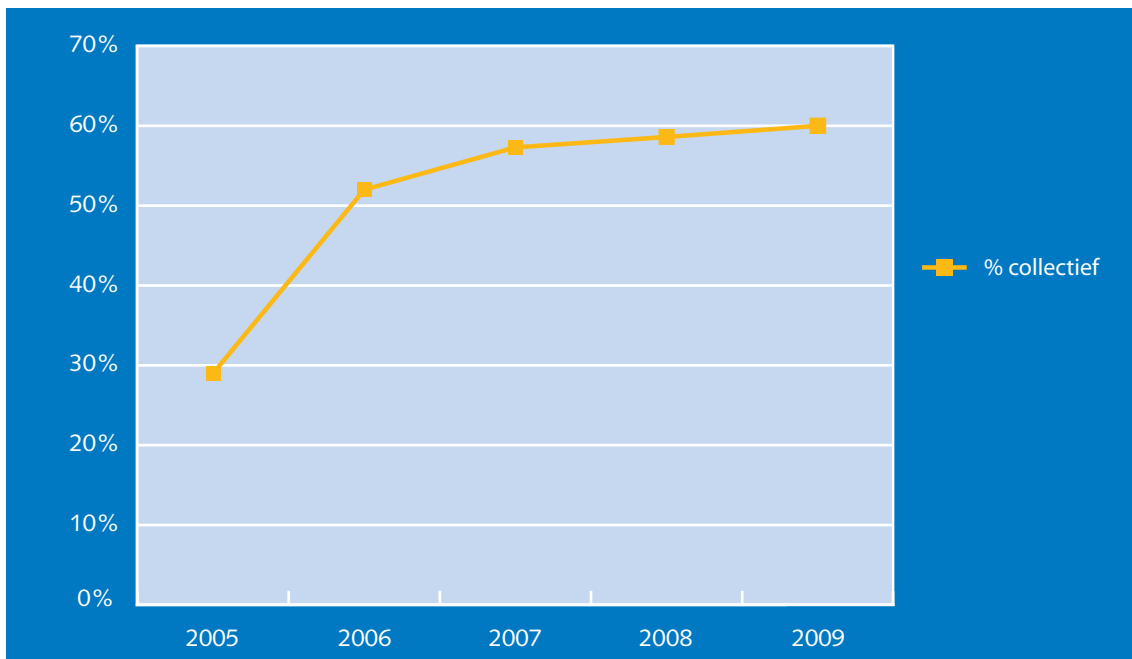
Het verplichte eigen risico voor verzekerden ouder dan 18 jaar in de basisverzekering zal in 2009 worden verhoogd van € 150,- naar € 155,-. Deze verhoging is een inflatiecorrectie, die al was vastgelegd bij invoering van het eigen risico in de Zorgverzekeringswet in 2008.

Zorgverzekeraars hebben in 2009 de mogelijkheid om het verplicht eigen risico van hun verzekerde kwijt te schelden wanneer de zorg voor deze verzekerde door een voorkeursaanbieder wordt geleverd. Dit biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om een positieve financiële prikkel aan verzekerden te geven om gebruik te maken van zorgaanbieders die de zorgverzekeraars vooraf hebben geselecteerd en gecontracteerd. Enkele zorgverzekeraars hebben al aangegeven van deze mogelijkheid gebruik te zullen gaan maken.

In 2008 heeft 5,2% van de verzekerden naast het verplichte eigen risico gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Bij het vrijwillig eigen risico kunnen de verzekerden kiezen uit een verhoging van het eigen risico met € 100,- € 200,- € 300,- € 400,- of € 500,-. De eerste en de laatste variant worden het meest gekozen. Naar verwachting zal dit niet veel veranderen in 2009. Mogelijk dat de bewustwording van de keuzemogelijkheden, mede als gevolg van de extra aandacht voor het eigen risico gekoppeld aan polissen met voorkeursaanbieders, zal leiden tot een afname van het aantal verzekerden zonder vrijwillig eigen risico.

Collectiviteiten

Het aantal verzekerden dat collectief is verzekerd, is in de jaren na de invoering van de basisverzekering sterk gegroeid. In 2008 is er een stagnatie van deze groei waargenomen (zie figuur 8). Een collectiviseringsgraad van 60% lijkt daarmee een bovengrens te gaan vormen. Blijkbaar voelt een substantieel deel van de verzekerden zich onvoldoende aangetrokken tot een collectieve verzekering, ondanks de voordelen die er bijvoorbeeld qua premie aan verbonden zijn.



Figuur 8 Ontwikkeling collectiviseringsgraad 2005-2009 (bron: Vektis)

Verdere groei van het aantal collectief verzekerden zal naar verwachting komen uit de groep 18- tot 44-jarigen. In deze groep verzekerden, waarvan een groot deel de mogelijkheid heeft zich aan te sluiten bij een werkgeverscollectiviteit, is het aandeel collectief verzekerden met 54% relatief laag. Door verhoging van de vullingsgraad van collectiviteiten (het deel van de potentiële deelnemers dat daadwerkelijk participeert) kan de mate van collectivisering verhoogd worden.

Mobiliteit

Veel collectiviteiten zijn in 2006, bij de invoering van de basisverzekering, voor een periode van drie jaar afgesloten. Deze contracten eindigen op 1 januari 2009. Dit betekent dat in potentie een groot aantal collectiviteiten van zorgverzekeraar zouden kunnen gaan wisselen.

Net als vorig jaar liggen de door zorgverzekeraars bekendgemaakte premies relatief dicht bij elkaar. Uit eerdere mobiliteitsonderzoeken blijkt dat de prijselasticiteit op de zorgverzekeringsmarkt zeer beperkt is. Verschillen in premies zijn niet de belangrijkste prikkel om te switchen naar een andere zorgverzekeraar. Op het gebied van collectiviteiten gaat het nog steeds om de korting die zorgverzekeraars geven ten opzichte van de individuele premie. Nog belangrijker dan de korting op de basisverzekering, lijkt de korting op de aanvullende verzekering te zijn. Nu er sprake is van hogere premies voor de aanvullende verzekeringen worden deze kortingen nog meer van belang, samen met de speciale faciliteiten die een collectieve polis biedt, bijvoorbeeld kortingen op sportscholen, gratis grieprik, ondersteuning bij hardlopen, dat soort initiatieven.

Begin 2008 wisselden ongeveer 570.000 verzekerden van zorgverzekeraar. Dit was 3,5% van alle verzekerden. Naar verwachting zullen bij de komende wisseling tussen de 4 en 5% van de verzekerden wisselen van zorgverzekeraar. Deze verwachting is gebaseerd op het bestuderen van eerdere mobiliteitscijfers.

Risicoverevening Zorgverzekeraars

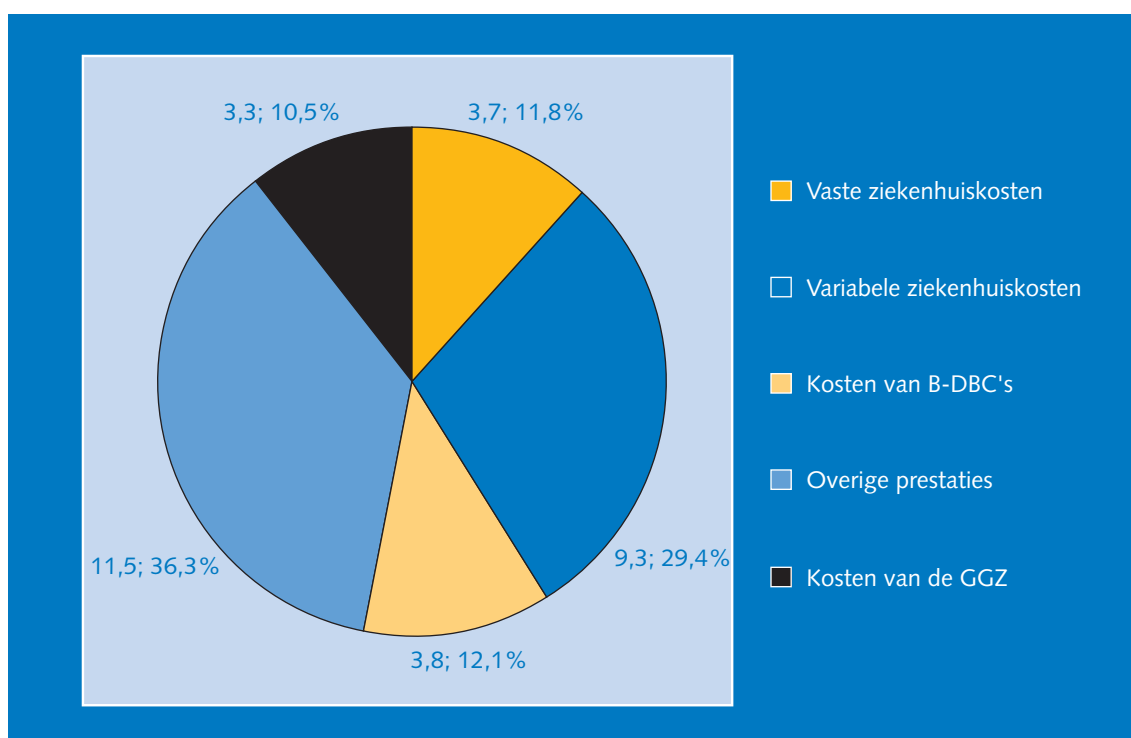
Voor de dekking van de kosten van de Zvw-prestaties krijgen de zorgverzekeraars een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds. De hoogte van deze uitkering wordt bepaald door het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar. Voor ouderen of chronisch zieken bijvoorbeeld ontvangt de zorgverzekeraar een meer dan gemiddelde bijdrage. Op deze manier worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor ongunstige risico's. Daarmee wordt de prikkel tot risicoselectie weggenomen en worden zorgverzekeraars gestimuleerd om via een doelmatige zorginkoop de premie laag te houden.

Risicovereveningsmodel 2009

Voor de uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds is een model ontwikkeld; het risicovereveningsmodel. Het risicovereveningsmodel is de afgelopen jaren steeds verder verfijnd van een grofmazig model met maar één budget naar een fijnmazig model met vijf deelbudgetten. Ieder deelbudget heeft zijn eigen verdeelsysteem en risicoregime. In het verdeelmodel van 2009 worden de volgende verdeelkenmerken gehanteerd: leeftijd, geslacht, regio (onder meer de mate van verstedelijking), de Sociaal-Economische Status (SES), aard van het inkomen (AVI) en farmaceutische kostengroepen (FKG's) en diagnosekosten-groepen (DKG's).

In het najaar van 2008 hebben de zorgverzekeraars een budget toegekend gekregen voor 2009 (ex ante budget). Dit is één van de twee belangrijkste inputgegevens voor de premiestelling 2009.

Een tweede inputgegeven is de kostenraming van de zorgverzekeraars voor hun verwachte verzekerdenpopulaties in 2009. Het totaal aan zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet komt in 2009 uit op circa 31,9 miljard euro. Hoe dit bedrag verdeeld is over de deelbudgetten, wordt getoond in figuur 9. Vanaf 2009 is er bij ziekenhuiszorg sprake van drie in plaats van twee deelbudgetten; vanuit het variabel deelbudget is een deelbudget 'kosten B-DBC's' afgesplitst.



Figuur 9 Verdeling vijf deelbudgetten binnen de risicoverevening over het jaar 2009, in miljarden euro's en procentueel aandeel (bron: VWS)

Voor het risicovereveningsmodel 2009 zijn er geen nieuwe verdeelkenmerken toegevoegd. De toevoeging van de SES als verdeelkenmerk was vorig jaar de laatste grote modelaanpassing. Dit jaar zijn er wel twee kleinere aanpassingen.

- Ten eerste komt de categorie 'WW¹⁶-, Anw¹⁷- en overige uitkeringsgerechtigden' binnen het verdeelkenmerk AVI te vervallen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de meetbaarheid van de categorie WW'ers slecht is, omdat het een sterk fluctuerende groep betreft waarbij de in- en uitstroom sterk seizoensgebonden is. De WW'ers worden vanaf het model 2009 ondergebracht bij de categorieën 'zelfstandigen' en 'overigen'.
- Ook zal vanaf het model 2009 de indeling naar leeftijdsklassen aangepast worden. Ten eerste wordt de peildatum waarop de leeftijd wordt bepaald 30 juni. In het verleden was dat 31 december van een gegeven jaar. Daarnaast zal de leeftijdsgrens in de intervallen 15-19 en 20-24 jaar worden gewijzigd in 15-17 en 18-24 jaar. Daarmee wordt gebroken met de systematiek van vijfjaarsleeftijdsklassen. Naar verwachting zal dit een betere aansluiting van het model opleveren en daarnaast wordt zo aansluiting verkregen op de normering van het verplichte eigen risico.

Nieuw deelbudget: kosten van B-DBC's

Vanaf het budgetjaar 2009 zal het overgrote deel van de B-DBC's toegerekend worden aan een derde deelbudget voor de ziekenhuiszorg: 'kosten van B-DBC's'. Het gaat om de B-DBC's die in 2008 tot het B-segment gerekend worden. De B-DBC's die vanaf 1 januari 2009 worden toegevoegd aan het B-segment, worden nog voor honderd procent tot de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp gerekend. Over het deelbudget 'kosten van B-DBC's' lopen de zorgverzekeraars meer risico dan over het deelbudget 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging'.

Verdeelmodel GGZ

Per 1 januari 2008 is de kortdurende geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (curatieve GGZ) van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Dit betekent dat naast een model voor de curatieve zorg er ook voor het overgeheveldde deel van de GGZ een risicovereveningsmodel is.

Het vereveningsmodel GGZ kent vergelijkbare verdeelkenmerken zoals in het model voor de curatieve zorg gebruikt worden. Naast leeftijd, geslacht, AVI en SES wordt ook gebruikgemaakt van een GGZ-regiocriterium, de FKG 'psychische aandoeningen' en of de verzekerde op een eenpersoonsadres woonachtig is.

In 2009 zullen de zorgverzekeraars echter geen risico lopen op het deelbudget GGZ; de zorgverzekeraars worden voor honderd procent nagecalculeerd. Het budgetjaar 2008 is eerder al bestempeld als een overgangsjaar waarbij men ervaring zal opdoen op het gebied van GGZ binnen de Zvw.

Het feit dat zorgverzekeraars geen risico lopen, heeft een aantal redenen. Voor de kortdurende geestelijke gezondheidszorg is zowel de opzet van het risicovereveningsmodel als de organisatie van de gegevensstromen nog in ontwikkeling. De beschikbaarheid van goede gegevens met betrekking tot het zorggebruik in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is ook nu nog problematisch. Daarnaast is er nog weinig duidelijkheid over de beïnvloedingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars met betrekking tot de zorgverlening. Ook de gelijktijdige invoering van DBC-bekostiging binnen de GGZ voegt de nodige onzekerheden toe.

Slechts 5% van de Nederlandse bevolking maakt kosten in de GGZ, terwijl dat voor de overige curatieve zorg bijna 90% is. Het feit dat de schades erg scheef verdeeld zijn, stelt hoge eisen aan een verdeelmodel voor de GGZ. Door gebrek aan goede gegevens kan nog niet voldoende nauwkeurig voorspeld worden wat de schadelast voor zorgverzekeraars zal worden voor een risicodragende afrekening.

¹⁶ Uitkering op grond van Werkloosheidswet

¹⁷ Nabestaandenuitkering op grond van Algemene nabestaandenwet

Ex post compensatiemechanismen 2009

Naast differentiatie van uitkering op basis van de verdeelkenmerken kent het verdeelmodel nog enkele instrumenten om kosten en budget van de zorgverzekeraars op elkaar te laten aansluiten: de ex post compensatiemechanismen. Het verdeelmodel is immers niet perfect.

Verzekeraars worden gecompenseerd voor verzekerden met extreem hoge schades, en macro-afwijkingen tussen baten en lasten. De compensatiemechanismen die in 2009 van kracht zijn, staan opgenomen in tabel 11. Voordat het 'reguliere' compensatie-instrumentarium wordt toegepast, vindt er een landelijke nacalculatie plaats; voor een landelijke overschrijding van het macroprestatiebedrag wordt gecorrigeerd.

	2006	2007	2008	2009
Ziekenhuis vast				
Nacalculatie	95%	100%	100%	100%
Ziekenhuis vast				
Verevening	30%	30%	-	-
Nacalculatie	35%	35%	50%	40%
Kosten B-segment				
Nacalculatie				15%
GGZ				
Nacalculatie			100%	100%
Overige prestaties				
Verevening	-	-	-	-
Bandbreedteregeling				
Bandbreedte	± € 35,00	± € 17,50	± € 20,00	± € 22,50
Nacalculatie	90%	90%	90%	90%
Van toepassing op	variabel + overig	variabel	variabel	variabel
HKV				
Drempel	€ 12.500,00	€ 12.500	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Verevening	90%	90%	90%	90%

Tabel 11 Percentage nacalculatie, verevening en bandbreedteregeling 2006-2009 (bron: Vektis)

Allereerst vindt er hogekostencompensatie (HKC) plaats. De HKC compenseert voor de individuele verzekerden die zeer hoge schades hebben. De drempel hiervoor is € 20.000,- (zie ook kadertekst). Onder de HKC vallen de variabele kosten ziekenhuis en specialisten, de kosten van B-DBC's en de kosten van de overige prestaties. Afgezien van de HKC zijn op de overige prestaties geen verdere compensatiemechanismen meer van toepassing.

Na hogekostencompensatie vindt een nacalculatie plaats op het deelbudget variabele kosten ziekenhuiszorg (40%) en op de kosten van B-DBC's (15%). Nacalculatie wordt toegepast op het verschil tussen de werkelijke kosten en het toegerekende budget inclusief de vereveningsbijdrage uit de HKC. De vaste kosten worden voor honderd procent nagecalculeerd.

Met de invoering van de Zvw is ook een bandbreedteregeling ingevoerd (ofwel 'vangnet'). Vanaf 2009 is dit van toepassing op variabele ziekenhuiskosten en B-DBC's. Wanneer het resultaat per premiebetaalende verzekerde buiten de bandbreedte van € 22,50 valt, wordt het verschil voor 90% nagecalculeerd. Het nettoresultaat op variabele kosten ziekenhuisverpleging en B-DBC's wordt hierdoor (grogweg) beperkt plus of min € 22,50 per premiebetaalende verzekerde.

Afbouw compensatiemechanismen

De mate van risicodragendheid voor verzekeraars zal in de komende jaren vergroot worden door een geleidelijke afbouw van de ex post compensatiemechanismen. Dit stelt hoge eisen aan het risicovereveningsmodel, wat een verdere verfijning noodzakelijk maakt. Als volgende stap zal het toevoegen van een verdeelcriterium op basis van hulpmiddelengebruik een grote bijdrage moeten gaan leveren. Daartoe zal de vastlegging van declaraties hulpmiddelen geüniformeerd worden. Tegelijkertijd zal al in de komende periode onderzoek gedaan worden naar de toegevoegde waarde van een dergelijk verdeelkenmerk.

Zorgverzekeraars zullen door de afbouw geleidelijk meer risico gaan lopen over de deelbudgetten gerelateerd aan de kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp. Over het deelbudget 'overige prestaties' lopen de zorgverzekeraars bijna volledig risico. Dit is het deel dat het meest 'beïnvloedbaar' wordt geacht, waardoor initiatieven tot een doelmatige zorginkoop het meest tot uiting kunnen komen. Voor zorgverzekeraars is het dus noodzakelijk om, met handhaving van kwaliteit, minimaal een marktconforme prijs te bedingen. Elke euro kostenverschil zal namelijk resulteren in een euro premieverschil ten opzichte van de markt.

Jaarlijks wordt de risicodragendheid over de kosten ziekenhuiszorg verhoogd. Enerzijds komt dit doordat het aandeel dat aan het variabele deelbudget en het B-segment wordt toegewezen naar verhouding toeneemt, anderzijds omdat de nacalculatiepercentages ook nog eens jaarlijks afnemen.

Van 2008 op 2009 wordt de kostenontwikkeling op het macrodeelbudget 'variabele kosten ziekenhuiszorg'¹⁸ op circa 10% geraamd. De vaste kosten ziekenhuiszorg, die volledig nagecalculeerd worden, zullen daarentegen met 7% dalen. De oorzaak hiervan is de uitbreiding van het B-segment. Dit kan worden afgezet tegen de overalkostenontwikkeling in deze sector van circa 6%.

Bij de variabele kosten ziekenhuiszorg (exclusief kosten B-segment) wordt het nacalculatiepercentage voor 2009 verlaagd van 50% naar 40%. Het nacalculatiepercentage voor de kosten B-segment wordt zelfs verlaagd van 50% naar 15%. In 2010 zal naar verwachting de nacalculatie op dit deelbudget worden afgeschaft. Door de aanpassingen stijgen de totale risicodragende kosten van zorgverzekeraars in 2009 met ongeveer 15 procentpunt.

Effect hogekostencompensatie

De ex post compensatiemechanismen verkleinen het risico dat verzekeraars lopen, zoals blijkt uit het nu volgende voorbeeld van de HKC. Bij de HKC worden extreem hoge kosten ten laste gebracht van een (fictieve) pool; het gaat 90% boven een drempelbedrag van € 20.000,-. Wanneer een zorgverzekeraar dus incidenteel of structureel veel meer verzekerden heeft dan wat landelijk gemiddeld gebruikelijk is, wordt hij hiervoor gecompenseerd.

Stel een verzekerde heeft € 30.000,- aan variabele kosten ziekenhuiszorg en € 15.000,- aan kosten farmacie, dan wordt 90% van € 25.000,- gecompenseerd. Dit komt uit op € 22.500,-. Dit bedrag moet echter wel naar de verschillende deelbudgetten toegerekend worden; een derde (€ 15.000,-) komt ten laste van de pool 'variabele kosten ziekenhuiszorg' en twee derde (€ 7.500,-) ten laste van de 'overige prestaties'.

Compensatie vindt plaats op het niveau van de zorgverzekeraar als geheel en daarom worden alle individuele gevallen samengenomen en ingebracht in de landelijke HKC-pool. De differentiatie naar deelbudgetten is noodzakelijk, omdat na de HKC op de variabele kosten ziekenhuiszorg nog nacalculatie van toepassing is. Gemiddeld wordt circa 6% van de totale kosten ondergebracht in de HKC-pool. Logischerwijs wordt een groter deel van de HKC toegewezen aan ziekenhuiszorg, aangezien erbij deze prestatie vaker sprake is van extreem hoge schades.

¹⁸ Om een goede vergelijking te kunnen maken, is in 2009 het deelbudget 'kosten B-DBC's' opgeteld bij het deelbudget 'variabele kosten ziekenhuiszorg'.

Colofon

Auteurs:

Ir. R.E. (Erwin) Eisinger
Dr. A. (Anne) de Boo
Drs. K.G.C. (Guus) de Ruiter
Drs. M. (Marieke) Smit

Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit onderzoek en het rapport:

Vektis: Jannie Aartse, Judith van Erkelens,
Theo Gramser, Ilja Smits, Robin de Vries,
Rachid ben Yerrou
Zorgverzekeraars Nederland: Ben Oudhuis,
Henny Wijngaard

Redactieadres

Postbus 703
3700 AS Zeist
T 030-69 88 323
F 030-69 88 216
E-mail: info@vektis.nl
Internet: www.vektis.nl

Druk & Ontwerp

VDA-groep

Het gebruik van de inhoud van dit rapport is met bronvermelding toegestaan.

Disclaimer

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks onjuistheden in mochten voorkomen, aanvaardt Vektis C.V. daarvoor geen aansprakelijkheid. Ook aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Nadere informatie

Zijn er ook andere personen binnen uw organisatie geïnteresseerd om deze publicatie te ontvangen, dan kunt u extra exemplaren bestellen bij Vektis: 030-69 88 323 of info@vektis.nl.

Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u terecht bij Erwin Eisinger of Anne de Boo.

Erwin Eisinger: telefoon: 030-69 88 202 of e.eisinger@vektis.nl
Anne de Boo: telefoon: 030-69 88 423/
06-232 63 680 of a.de.boo@vektis.nl



Vektis C.V.

Postbus 703
3700 AS ZEIST

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