



Schadelastverschuivingen bij zorgverzekeraars

Auteur(s):

E.M. van Barneveld, M. Ludwig en J.S. Visser

De auteurs zijn werkzaam bij Prismant. Zij danken Carina van Vliet voor waardevol commentaar op eerdere versies van dit artikel.
erik.van.barneveld@prismant.nl

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4457, pagina 162, 8 april 2005

Rubriek:

Zorg

Trefwoord(en):

Vanaf 2005 is de financiering van ziekenhuizen gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit leidt tot aanzienlijke schadelastverschuivingen bij zorgverzekeraars.

Sinds begin 2005 is de financiering van ziekenhuizen en medisch specialisten gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties. Een DBC is het geheel aan activiteiten en verrichtingen van een ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in een ziekenhuis consulteert. Met DBC's wordt onder meer beoogd tot transparantie van het zorgaanbod te komen. Dit kan ziekenhuizen helpen bij het verbeteren van hun bedrijfsvoering en kan zorgverzekeraars helpen bij het inkopen van ziekenhuiszorg.

De financiering op basis van DBC's vervangt de financiering op basis van verpleegdagen en nevenverrichtingen. Een ziekenhuis haalde in 2004 en voorgaande jaren zijn budget binnen door verpleegdagen en nevenverrichtingen te declareren bij de zorgverzekeraars. De verpleegdagen werden daarbij gedeclareerd tegen een ziekenhuisspecifiek sluittarief en de nevenverrichtingen tegen een landelijk uniform tarief.

De nieuwe wijze van financiering van ziekenhuizen leidt tot schadelastverschuivingen vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraars. Voor elke patiënt komt er door de DBC-financiering een andere declaratie van het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's in kaart gebracht (Van Barneveld, Ludwig & Visser, 2004).

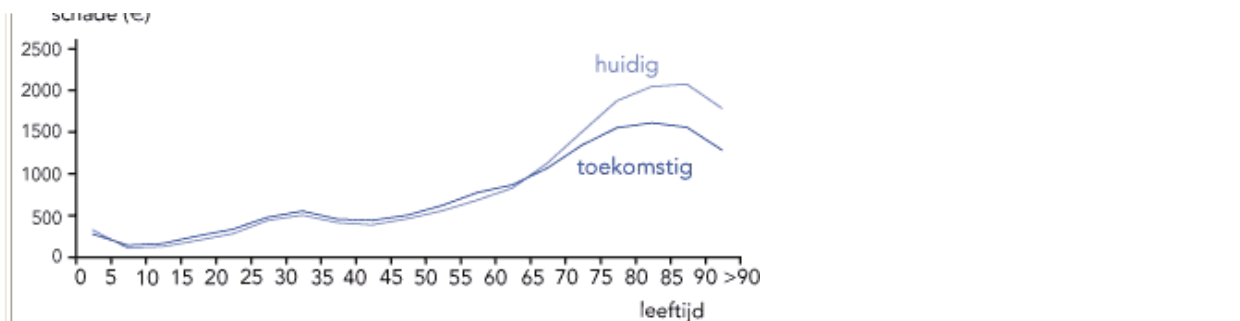
Dit artikel bevat enkele illustraties van de schadelastverschuivingen die zijn gevonden. Tevens worden de beleidstoepassingen van het onderzoek toegelicht. Dit is ten eerste het aanpassen van het risicovereveningssysteem in de ziekenfondssector en ten tweede het aanpassen van de premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen.

Leeftijd-geslachtsgroepen

Een eerste stap in het onderzoek was het in kaart brengen van de 'huidige' schadelast per leeftijd-geslachtsgroep, oftewel het bedrag dat door zorgverzekeraars per leeftijd-geslachtsgroep werd uitgegeven aan ziekenhuiszorg bij de financiering van ziekenhuizen op basis van verpleegdagen en nevenverrichtingen. Hiervoor heeft Vektis gegevens ter beschikking gesteld.¹ De tweede stap was het in kaart brengen van de verwachte toekomstige schade per leeftijd-geslachtsgroep, dat wil zeggen welk bedrag zal er door zorgverzekeraars per leeftijd-geslachtsgroep worden uitgegeven aan ziekenhuiszorg na invoering van de financiering van ziekenhuizen op basis van DBC's. Hiervoor heeft de projectorganisatie DBCZorg gegevens ter beschikking gesteld.² In dit artikel richten wij ons op de kosten van ziekenhuiszorg exclusief kosten van specialistische hulp. De reden hiervoor is dat de beschikbaar gestelde gegevens over de verwachte toekomstige kosten van specialistische hulp een weinig plausibel patroon lieten zien over de verschillende leeftijd-geslachtsgroepen (Van Barneveld, Ludwig & Visser, 2004).

Figuur 1 bevat voor vrouwen de gemiddelde huidige en verwachte toekomstige uitgaven voor ziekenhuiszorg per leeftijdsgroep per jaar. Figuur 2 bevat dezelfde informatie, maar dan voor mannen. Beide figuren hebben betrekking op alle verzekerden (zowel ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden). Het prijspeil heeft betrekking op het jaar 2001. Gemiddeld genomen gaat het om circa E 564 per verzekerde per jaar. Verondersteld is dat de invoering van DBC's geen invloed heeft op dit bedrag. De reden voor deze veronderstelling is dat voor het merendeel van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde A-segment, het traditionele bekostigingssysteem van de ziekenhuizen nog leidend is.³

Figuur 1 laat zien dat de huidige schade per jaar voor vrouwen uiteenloopt van gemiddeld circa E 100 voor 5- tot 9-jarigen tot [figuur 1](#) gemiddeld circa E 2.100 voor 85- tot 89-jarigen. De toekomstige schade loopt uiteen van circa E 130 voor 5- tot 9-jarigen tot circa E 1.600 voor 85- tot 89-jarigen. Gemiddeld genomen zijn de huidige kosten voor vrouwen overigens E 595 per jaar. De toekomstige kosten voor vrouwen zijn? 588 per jaar. Deze berekeningen laten dus nauwelijks een verschuiving zien van kosten tussen vrouwen en mannen door de invoering van DBC's, terwijl dit op voorhand niet uitgesloten kon worden. Vrouwen nemen andere DBC's af dan mannen en de verandering van de declaratie kan per DBC verschillend zijn.



Figuur 1. Gemiddelde huidige en toekomstige schade per jaar van vrouwen per leeftijdsgroep (alle verzekerden; prijspeil 2001)

Voor mannen loopt de huidige schade per jaar uiteen van gemiddeld circa E 135 voor 10- tot 14-jarigen tot gemiddeld circa E 2.500 voor 80- tot 84-jarigen (zie figuur 2). De toekomstige schade loopt uiteen van circa E 180 voor 10- tot 14-jarigen tot circa E 2.000 voor 80- tot 84-jarigen. Gemiddeld genomen zijn de huidige kosten voor mannen E 533 per jaar. De toekomstige kosten voor mannen zijn gemiddeld E 538 per jaar.

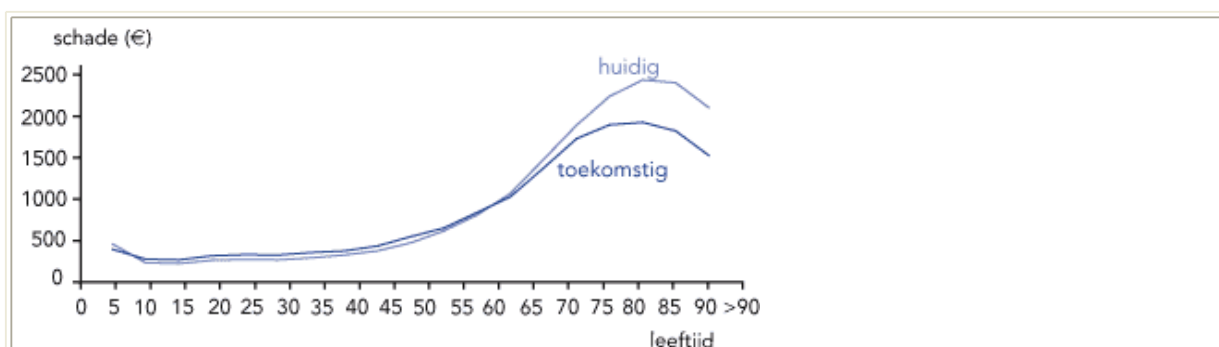
Figuur 3 laat de procentuele schadelastverschuivingen zien per leeftijd-geslachtsgroep voor de kosten van ziekenhuiszorg. De figuur laat een daling van de kosten van 0-4 jarigen (14% voor vrouwen en 18% voor mannen) zien. Tevens dalen deze kosten van 65-plussers met maximaal 28% (vrouwen, 90+) en 29% (mannen, 90+). Voor 5-64 jarigen laat de figuur stijgingen zien oplopend tot 33% (vrouwen, 10-14) en tot 35% (mannen, 25-34).

Het algemene beeld is dat de kosten van 0- tot 4-jarigen en van 65-plussers dalen, terwijl de kosten van 5- tot 64-jarigen stijgen. Uit het onderzoek blijkt dat het hanteren van nieuwe 'prijzen' voor de onderdelen die tezamen een DBC vormen de belangrijkste oorzaak is van de schadelastverschuivingen. Zo is bijvoorbeeld de 'prijs' voor een verpleegdag als onderdeel van een DBC minder dan ? 300, terwijl in de huidige situatie doorgaans meer dan ? 500 voor een verpleegdag betaald moet worden. Het zijn met name de ouderen en de allerjongsten die veel verpleegdagen afnemen. Dat de prijs voor een DBC uitgaat van een vast aantal verpleegdagen en (neven)verrichtingen en dus onafhankelijk is van het werkelijk aantal verpleegdagen en (neven)verrichtingen, blijkt minder impact te hebben op de schadelastverdeling over de verschillende leeftijd-geslachtsgroepen dan het bovengenoemde 'prijseffect'.

Verzekeringsectoren

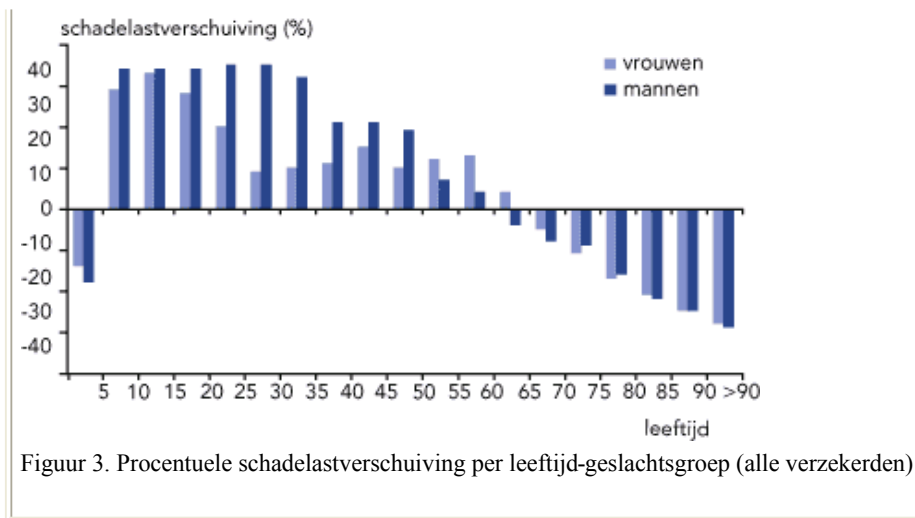
Met behulp van de procentuele schadelastverschuivingen per leeftijd-geslachtsgroep is een schatting gemaakt van de schadelastverschuivingen per verzekeringssector. Daarbij is een onderscheid gemaakt in drie verzekeringssectoren: ziekenfonds, privaatrechtelijk particulier en publiekrechtelijk particulier. Binnen het beschikbare gegevensmateriaal over DBC's kan geen onderscheid worden gemaakt naar verschillende verzekeringssectoren. Daarom moest verondersteld worden dat de procentuele schadelastverschuiving voor iedere leeftijd-geslachtsgroep voor alle verzekeringssectoren hetzelfde zal zijn. Combinatie van de huidige schade per leeftijd-geslachtsgroep en de leeftijd-geslachtssamenstelling per verzekeringssector met de hierboven gepresenteerde procentuele schadelastverschuivingen per leeftijd-geslachtsgroep gaf schadelastverschuivingen per verzekeringssector.

figuur 2 Uit deze berekeningen komt naar voren dat de kosten van ziekenhuiszorg in de publiekrechtelijk particuliere sector licht dalen (-3%) terwijl ze in de privaatrechtelijk particuliere sector marginaal stijgen (+1%). In de ziekenfondssector blijven de kosten van ziekenhuiszorg gelijk. Een verklaring voor dit resultaat is dat er ten minste drie effecten zijn. Ten eerste dalen de kosten van 65-plussers. Deze groep is oververtegenwoordigd in de ziekenfondssector. Ten tweede stijgen de kosten van 20- tot 40-jarigen. Deze groep is oververtegenwoordigd in de ziekenfondssector. Ten derde dalen de kosten van 0- tot 4-jarigen. Deze groep is oververtegenwoordigd in de particuliere sector. In de berekeningen is het eerstgenoemde effect ongeveer even sterk als het als tweede en derde genoemde effect tezamen.



Figuur 2. Gemiddelde huidige en toekomstige schade per jaar van mannen per leeftijdsgroep, alle verzekerden, prijspeil 2001

Binnen de privaatrechtelijk particulier sector is het onderscheid tussen maatschappijpolissen en standaardpakketpolissen van belang. Voor maatschappijpolissen dragen zorgverzekeraars zelf het financiële risico en zij stellen dan ook zelf de premie vast. Voor standaardpakketpolissen wordt de premie vastgesteld door de overheid en dragen zorgverzekeraars dan ook geen financieel risico (WTZ-omslagregeling). Binnen het beschikbare gegevensmateriaal over DBC's kan geen onderscheid worden gemaakt tussen maatschappijpolissen en standaardpakketpolissen. Als benadering hiervoor is het onderscheid tussen 65-minners en 65-plussers gehanteerd. Voor 65-minners binnen de privaatrechtelijke particuliere sector stijgen de kosten van ziekenhuiszorg met circa 10%. Voor de 65-plussers binnen deze sector dalen deze kosten met circa 15%. **figuur 3** Samengenomen (65-minners en 65-plussers) geeft dit de eerdergenoemde marginale stijging van 1% voor de privaatrechtelijk particuliere sector als geheel.



Figuur 3. Procentuele schadelastverschuiving per leeftijd-geslachtsgroep (alle verzekerden)

De gepresenteerde onderzoeksresultaten zijn met aanzienlijke onzekerheidsmarges omgeven. Bij de bespreking van de beleidstoepassingen van het onderzoek wordt hierop nader ingegaan.

Risicovereveningssysteem ziekenfondssector

De eerste beleidstoepassing was om in het risicovereveningssysteem in de ziekenfondssector rekening te kunnen houden met de schadelastverschuivingen bij de ziekenfondsen als gevolg van de invoering van DBC's. Inmiddels heeft de minister van VWS besloten dat een resultaat uit het onderzoek hiervoor wordt gebruikt. Hierdoor ondervinden ziekenfondsen met relatief jongere verzekerden geen nadeel van

Risicovereveningssysteem Ziekenfondswet

Tweederde van de bevolking heeft een verplichte ziekenfondsverzekering. De overheid stelt het pakket vast ('het ziekenfondspakket') en de ziekenfondsen zijn verplicht iedereen te accepteren die recht heeft op een ziekenfondsverzekering. Sinds 1993 ontvangen de ziekenfondsen normuitkeringen ter financiering van de ziektekosten van hun verzekerden. De normuitkeringen komen uit de Algemene Kas, die hoofdzakelijk wordt gevuld met de inkomensafhankelijk premies van de ziekenfondsverzekerden. De normuitkering voor een verzekerde is gelijk aan de verwachte ziektekosten in het komende verzekeringsjaar op grond van enkele kenmerken van de verzekerde in kwestie, het zogenaamde normatieve kostenniveau, minus een vast bedrag. De normuitkering is onafhankelijk van de werkelijke kosten van de verzekerde en onafhankelijk van het ziekenfonds dat de verzekerde gekozen heeft.

Het verschil tussen de totale kosten van een ziekenfonds en het totaal aan ontvangen normuitkeringen dient tot uitdrukking te komen in de nominale premie die het ziekenfonds rechtstreeks in rekening brengt bij zijn verzekerden. De overheid eist daarbij dat een ziekenfonds dezelfde nominale premie vraagt aan al zijn verzekerden. Wel mag de nominale premie per ziekenfonds verschillend zijn. Het normuitkeringsstelsel is één van de uitvoeringsmodaliteiten van een risicovereveningssysteem. De basis van zo'n systeem wordt gevormd door de formule om het normatieve kostenniveau voor een verzekerde te berekenen.

In de eerste jaren waren de normatieve kosten uitsluitend gebaseerd op demografische kenmerken van de verzekerden zoals hun leeftijd en geslacht. Zonder aanvullende maatregelen leidt de toepassing van 'demografische normuitkeringen' in combinatie met de gehanteerde premieregulering ertoe dat de ziekenfondsen sterke prikkels zouden hebben om aan gunstige-risicoselectie te doen (Van Vliet, Lamers & Van de Ven, 2000). Dit is de selectie van verzekerden waarvan een ziekenfonds verwacht dat zij winstgevend zullen zijn. Hoewel dergelijke risicoselectie voor een ziekenfonds profijtelijk kan zijn, heeft deze vanuit maatschappelijk oogpunt uitsluitend negatieve effecten. Om gunstige-risicoselectie te voorkomen, zijn de normuitkeringen, zeker in de eerste jaren, aangevuld met een grote mate van risicodeling tussen de Algemene Kas en de ziekenfondsen. Helaas vermindert risicodeling niet alleen de prikkels voor gunstige risicoselectie, maar ook de prikkels om doelmatige zorg in te kopen. Bij risicodeling vindt er dus een afruil plaats tussen prikkels tot gunstige-risicoselectie en prikkels tot doelmatigheid (Van Barneveld et al., 2001).

In 2002 en 2004 zijn belangrijke verbeteringen aangebracht in de formule om de normatieve kosten van een verzekerde te berekenen. Thans zijn de normatieve kosten niet uitsluitend gebaseerd op demografische kenmerken van de verzekerden, maar wordt er ook rekening gehouden met enkele gezondheidskenmerken. Door de verbetering van de formule om de normatieve kosten van een verzekerde te berekenen, kon de mate van risicodeling worden teruggebracht, waardoor de prikkels tot doelmatige zorginkoop in de ziekenfondssector zijn toegenomen zonder dat er problemen als gevolg van (prikkels voor) risicoselectie zijn ontstaan (Van de Ven, Van Vliet & Lamers, 2004).

de stijging van de kosten van jongeren. Immers, niet alleen de zorgkosten van jongeren stijgen, maar ook de compensatie die een ziekenfonds voor een jongere verzekerde ontvangt via het risicovereveningssysteem. Tegelijkertijd ondervinden ziekenfondsen met relatief veel oudere verzekerden geen voordeel van de daling van de kosten van ouderen, omdat ook de compensatie via het risicovereveningssysteem voor ouderen daalt.

De aanpassing aan het risicovereveningssysteem is echter met aanzienlijke onzekerheidsmarges omgeven. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat binnen de beschikbare DBC-informatie voor het onderzoek geen onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende verzekeringssectoren. Daarom moest - zoals eerder vermeld - worden verondersteld dat

de schadelastverschuiving voor iedere leeftijd-geslachtsgroep voor ziekenfondsverzekerden hetzelfde zal zijn als voor niet-ziekenfondsverzekerden. In een extra berekening ('gevoeligheidsanalyse') is deze veronderstelling deels losgelaten.

Vangnet

De gevoeligheidsanalyse laat zien dat de schadelastverschuivingen per leeftijd-geslachtsgroep voor ziekenfondsverzekerden aanzienlijk onder- of overschat zouden kunnen zijn (Van Barneveld, Ludwig & Visser, 2004). De beleidsmatige conclusie die hieruit door de begeleidingscommissie van het onderzoek is getrokken, is dat de kwaliteit van het risicovereveningssysteem in de ziekenfondssector door invoering van DBC's lager zal zijn dan gebruikelijk.⁴ Om de financiële onzekerheid die hieruit voortvloeit voor ziekenfondsen te beperken, heeft de minister van VWS besloten een 'vangnet' te introduceren. Dit 'vangnet' begrenst de winsten of verliezen van een ziekenfonds ten opzichte van de gemiddelde winst of het gemiddelde verlies van alle ziekenfondsen. Op deze manier zijn voor 2005 tijdelijke oplossingen gevonden voor het aanpassen van het risicovereveningssysteem in de ziekenfondssector voor de schadelastverschuivingen die bij de ziekenfondsen optreden door invoering van DBC's.

Premies particuliere ziektekostenverzekeringen

De tweede beleidstoepassing betrof het aanpassen van de premies in de privaatrechtelijke particuliere sector in verband met de schadelastverschuivingen bij de privaatrechtelijke verzekeraars als gevolg van de invoering van DBC's. Zoals eerder toegelicht is binnen deze verzekeringssector het onderscheid tussen maatschappijpolissen en standaardpakketpolissen van belang.

Het algemene beeld is dat de kosten van 0- tot 4-jarigen en van 65-plussers dalen, terwijl de kosten van 5- tot 64-jarigen stijgen

Maatschappijpolissen

Voor de maatschappijpolissen dragen zorgverzekeraars zelf het financiële risico en zij stellen dan ook zelf de premie vast. Omdat er geen risicoverevening plaatsvindt zijn de verzekeraars genoodzaakt de schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's op te vangen via hun premies. Zoals eerder vermeld komt uit de basisresultaten van het onderzoek naar voren dat de kosten van ziekenhuiscare van 65-minners in de privaatrechtelijk particuliere sector met circa 10% stijgen. De uitgevoerde gevoeligheidsanalyse suggereert vervolgens dat dit percentage ook wel eens aanzienlijk hoger zou kunnen uitvallen.

Op grond van de basisresultaten en de resultaten van de gevoeligheidsanalyse heeft Zorgverzekeraars Nederland berekend dat de schade op een maatschappijpolis tussen de 4 en 8% kan stijgen door de invoering van DBC's (Basant, 2004). Dat de stijging van de schade op een maatschappijpolis (4 tot 8%) lager is dan de door ons gepresenteerde stijgingspercentage van de kosten van ziekenhuiscare (10 procent of meer) wordt veroorzaakt doordat een maatschappijpolis niet alleen betrekking heeft op de kosten van ziekenhuiscare, maar ook op de kosten van bijvoorbeeld geneesmiddelen, hulpmiddelen en meestal ook de huisarts. De verschillende particuliere verzekeraars hebben deze informatie naar eigen inzicht meegenomen bij het vaststellen van hun premies voor hun maatschappijpolissen.

Standaardpakketpolissen

Voor standaardpakketpolissen wordt de premie vastgesteld door de overheid en dragen zorgverzekeraars dan ook geen financieel risico (WTZ-omslagregeling). Voor deze polissen zijn eventuele schadelastverschuivingen voor de verzekeraars niet relevant, omdat zij volledig worden opgevangen door de omslagregeling. Voor de overheid zijn eventuele schadelastverschuivingen voor deze polissen wel relevant in verband met de vaststelling van de premie.⁵ Zoals eerder vermeld komt uit de basisresultaten van het onderzoek naar voren dat de kosten van ziekenhuiscare van 65-plussers in de privaatrechtelijk particuliere sector met circa 15% dalen. Op grond hiervan zou de premie voor de standaardpakketpolis dus kunnen dalen. Inmiddels heeft de overheid de premie voor de standaardpakketpolissen in 2005 evenwel op ongeveer hetzelfde niveau vastgesteld als in 2004. Als reden hiervoor heeft het ministerie van VWS aangegeven dat bij de vaststelling van de premie voor de standaardpakketpolissen niet alleen de schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's een rol spelen, maar ook verschillende andere aspecten (ministerie van VWS, 2004a).

Conclusie

De invoering van DBC-financiering van ziekenhuizen leidt tot aanzienlijke veranderingen in de uitgaven aan ziekenhuiscare van zorgverzekeraars. Voor 2005 zijn tijdelijke oplossingen gevonden om de inkomsten van zorgverzekeraars aan te passen aan deze nieuwe situatie. In 2006 wil minister Hoogervorst een nieuwe Zorgverzekeringswet invoeren. Het wetsvoorstel dat reeds de Tweede Kamer is gepasseerd, gaat uit van het opheffen van het onderscheid tussen verschillende verzekeringssectoren. Voor een succesvolle invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is een goed systeem van risicoverevening onmisbaar (ministerie van VWS, 2004b). Daarom is het van belang nader onderzoek te doen naar de schadelastverschuivingen die bij zorgverzekeraars optreden als gevolg van de invoering van DBC's. Hierbij zou gebruik moeten worden gemaakt van meer en betere gegevens over DBC's dan de gegevens over DBC's die voor het hier gepresenteerde onderzoek beschikbaar waren.

Erik van Barneveld, Martijn Ludwig en Johan Visser

Literatuur

Barneveld, E.M. van, M. Ludwig & J.S. Visser (2004) *Schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's*:

vervolgonderzoek. *Rapport, november*, Utrecht: Prismant.

Barneveld, E.M. van, L.M. Lamers, R.C.J.A. van Vliet & W.P.M.M. van de Ven (2001) Risicodeling als aanvulling op imperfecte normuitkeringen: een afruil tussen selectie en doelmatigheid. *Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen*, 79 (2), 110-117.

Bassant, E. (2004) Marktwerking jaagt premies fors aan. *Financiële Dagblad*, 15 oktober.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004a) *Premie standaardverzekeringen en omslagbijdragen 2005 vastgesteld*. Persbericht, 22 november.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004b) *De nieuwe zorgverzekering in kort bestek*. Den Haag, september.

Ven, W.P.M.M. van de, R.C.J.A. van Vliet & L.M. Lamers (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs*. 23 (3), 45-55.

Vliet, R.C.J.A. van, L.M. Lamers & W.P.M.M. van de Ven (2000) Doelmatigheid en solidariteit in de ziekenfondsmarkt. *ESB*, 28 januari, 64-67.

1 Vektis is het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche, zie www.vektis.nl.

2 De projectorganisatie DBCZorg beheerde de Centrale Gegevens en Analyse Omgeving (CGAO) waarbinnen de DBC-systematiek is ontwikkeld.

3 Er wordt een onderscheid gemaakt in een A- en een B-segment. Alleen in het B-segment vinden vrije prijsonderhandelingen plaats tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Naar verwachting zal het A-segment gemiddeld genomen circa negentig procent van de ziekenhuisomzet beslaan en het B-segment circa tien procent.

4 In de begeleidingscommissie zaten vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, het College voor Zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland en een aantal ziekenfondsen.

5 Naast de premie stelt de overheid ook de zogenaamde WTZ-heffing vast die iedere privaatrechtelijk particulier verzekerde verplicht is te betalen. Deze heffingen dienen om de omslagregeling te financieren.