

Vergaderjaar 2008–2009

**29 689**

## Herziening Zorgstelsel

**Nr. 232**

### VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 25 november 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 26 september 2008 inzake het risicovereveningssysteem 2009 (29 689, nr. 222).

De op 23 oktober 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 25 november 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	6

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIE

### Vragen en opmerkingen van de CDA- en de ChristenUnie-fractie

#### *Inleiding*

De leden van de CDA- en de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de minister over de risicoverevening. Met de minister zijn zij van mening dat een kernpunt van de nieuwe zorgverzekeringswet is dat verzekeraars risico dragen over de kosten die zij kunnen beïnvloeden. Zij zien dat de minister stappen onderneemt om dat van jaar op jaar beter vorm te geven. Wel zien zij deze stappen graag gekoppeld aan concrete, meetbare en afrekenbare resultaten van het vereveningsmodel. Ook merken deze leden op dat de brief iets aan de late kant komt. Immers wanneer op 26 september wordt aangegeven dat de beleidsregels en de ministeriele regelingen op 1 oktober worden vastgelegd, bevat de brief meer een mededeling dan een discussie. Is het mogelijk om volgend jaar een soortgelijke brief te ontvangen voor het eind van het zomerreces? Is er overigens een site, document van de overheid, waarin het hele stelsel, inclusief de frequente veranderingen, te allen tijde beschikbaar zijn? De minister schrijft dat «Het ex-ante systeem wint van jaar op jaar aan voorspelkracht». Welke kwantitatieve maatstaf heeft ontwikkeld om dit te kunnen stellen?

#### *Basisgegevens en ex-ante vereveningsmodel 2009*

De leden van de CDA- en de ChristenUnie-fractie zijn tevreden dat er voor de risicoverevening over 2009 nu eindelijk gebruik gemaakt kan worden van uniforme data. Dat was hard nodig.

Maar zij schrikken wel behoorlijk van het feit dat de data van 2006 gebruikt worden voor de risicoverevening van 2009. Bewust heeft de Kamer meerdere keren aangedrongen op snellere afhandeling van administratieve processen, al was het alleen maar om inzicht te krijgen in wie onnodig risico loopt in de zorg. Zo mag een verzekeraar alleen het eigen risico tot een jaar na datum in rekening brengen en niet meer tot 3 of 5 jaar na afloop van het verzekeringsjaar zoals het oorspronkelijke voorstel luidde. Is de minister daarom bereid om een plan te maken, waarbij op de korte termijn (één tot twee jaar) ernaar gestreefd wordt om de verevening afhankelijk te maken van het jaar t-2 (en niet meer t-3) en op de middellange termijn van het jaar t-1? Immers het medicijngebruik van 3 jaar geleden is toch echt een mindere voorspeller dan het medicijngebruik van het jaar ervoor. Kan de minister ten slotte de stand van zaken geven voor de afhandeling van de verevening 2006, 2007 en 2008 en het tijdspad waarop de afwikkeling plaatsvindt?

#### *WOR-advies*

Het is goed dat de twee aanbevelingen van de werkgroep onderzoek risicoverevening (WOR) worden opgevolgd door de minister. Maar er zijn nog meer aanbevelingen van de WOR. «De WOR beveelt aan om .... In ieder geval aandacht te besteden aan: de ontwikkeling van een objectieve maatstaf, die een relatie legt tussen de mate van modelverbetering en de inzet van ex-post compensaties.» Is de minister bereid zo'n objectieve maatstaf van modelverbetering te (laten) ontwikkelen en voor mei 2009

met een voorstel te komen? Kan de minister daarbij ook uiteenzetten hoe die maatstaf gekoppeld wordt aan de verdere afbouw van de ex-post verevening? Kan in zo'n maatstaf ook worden meegenomen:

- de mate waarin kosten in jaar t-3 de kosten in het jaar t verklaren?
- de mogelijkheid tot het meenemen van meerdere jaren farmaceutische kosten groepen (FKG's) en diagnose kosten groepen (DKG's), een wens, die de Kamer al meerdere keren te kennen gegeven heeft (zie onder andere motie: 29 763, nr. 78) en die nu in zicht moet komen. Bij de compensatie voor het eigen risico moet een persoon 2 jaar in een FKG zijn gevallen. Dat laat zien dat de minister ook zelf inziet dat 2 jaar een betere voorspelling van chronisch ziek en meerkosten is dan één jaar.

Is de minister in staat om een overzicht te geven van de voorspelkracht van de modellen van de afgelopen jaren? Kan er een overzicht gegeven worden van de variabelen die de komende twee jaar onderzocht zullen worden en mogelijk zullen worden toegevoegd aan het risicovereveningsmodel? Er wordt momenteel gewerkt aan een hulpmiddelenregistratie. Vanaf wanneer zullen verzekeraars hulpmiddelen op een uniforme manier moeten registreren, zodat de gegevens bruikbaar zullen zijn voor de verevening? Indien dit al gebeurd is, kan de minister dan uitleggen hoe zij geadministreerd moeten worden?

#### *Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*

Het is spijtig te moeten constateren dat er voor GGZ kosten in 2009 nog geen enkele risicodragendheid is bij de verzekeraars. Zullen verzekeraars in 2010 wel enig risico dragen over de kosten voor de GGZ? Welke planning op het pad naar risicodragendheid heeft de minister voor ogen en hoe zal een goed model ontwikkeld worden voor de GGZ?

#### *Overig*

Wanneer is de conferentie voor de eerste evaluatie van de risicoverevening gepland? Nu de gegevens over 2006 beschikbaar zijn, kan de minister hierbij ook aandacht geven aan de kwantitatieve evaluatie? Graag een toezegging van de minister op dit punt. In de brief over kapitaallasten (16 oktober 2008) schrijft de minister «Als gevolg van de fasering van de overheveling van de kapitaallasten zal de omvang van het deelbedrag kosten van B-DBC's afnemen en als gevolg daarvan zal ook de risicodragendheid van verzekeraars gedurende de overgangsregeling afnemen». Kunt de minister precies aangeven welke gevolgen het advies van de commissie-Havermans hebben voor de risicoverevening?

#### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met veel belangstelling kennis genomen van de brief van de minister waarin de Kamer wordt geïnformeerd over de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2009. Genoemde leden zijn tevreden dat de risicodragendheid van zorgverzekeraars stapsgewijs wordt vergroot. Zij zijn wel van mening dat deze brief buitengewoon laat is toegezonden aan de Kamer. Wanneer op 26 september wordt aangegeven dat de beleidsregels en de ministeriele regelingen op 1 oktober worden vastgelegd, zijn de mogelijkheden beperkt om de minister het standpunt van de leden van de PvdA-fractie over te brengen. Zij zouden het op prijs stellen als de brief over de risicoverevening 2010 voor het eind van het zomerreces aan de Kamer wordt verzonden.

Genoemde leden hebben over de brief van de minister nog de volgende vragen. De minister schrijft in zijn brief dat meer risicodragendheid van zorgverzekeraars voor de inkoop van ziekenhuiszorg de substitutie-

belemmeringen beperkt. In hoeverre kan concreet meetbaar worden gemaakt of er sprake is van substitutiebevordering?

Aangegeven wordt dat het risicovereveningsstelsel wordt gebaseerd op de meest recente, zo veel mogelijk, uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Het betreft de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2006. Deze leden zijn tevreden dat er voor de risicoverevening over 2009 nu, zoals de minister aangeeft, gebruik gemaakt kan worden van uniforme data. De minister geeft aan dat de kosten van ziekenhuiszorg zoveel mogelijk zijn gecorrigeerd ten aanzien van de overfinanciering van ziekenhuizen in 2006. In hoeverre is er precies rekening is gehouden met de problematiek van overfinanciering, ook ten aanzien van (mogelijke) overfinanciering in de toekomst? Kan de minister de afhandeling van de verevening voor 2006, 2007 en 2008 en het tijdsplan waarop de afwikkeling plaatsvindt, aangeven?

De leden van de PvdA-fractie maken uit de brief van de minister op dat het de bedoeling is om per 2010 een nieuwe DBC productstructuur bij de ziekenhuizen door te voeren. Kan de minister uiteenzetten of hij voornemens is om de inzet van de ex post correctie mechanismen voor 2010 te enten op de dan bestaande inzichten en omstandigheden?

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie achten het van groot belang dat zorgverzekeraars worden gestimuleerd om zo goed mogelijk zorg in te kopen, zowel kwalitatief als wat betreft de prijs. De huidige situatie blokkeert de gewenste zorginkoop. Zo liften zorgverzekeraars die niet selectief geneesmiddelen inkopen mee op die zorgverzekeraars die dat wel doen. Het levert een zorgverzekeraar geen concurrentievoordeel op om te investeren in preferentiebeleid. Sterker nog, doordat zorgverzekeraars die hierin helemaal niet investeren daar uiteindelijk hun voordeel mee kunnen doen in de huidige systematiek (je biedt wel alle geneesmiddelen aan, maar komt financieel niet slechter uit dan zorgverzekeraars die maar een selectief pakket geneesmiddelen aanbiedt door de nacalculatie). Hetzelfde geldt eigenlijk voor inkoop van zorg in de eerste lijn. Deze zorg is inmiddels volledig risicodragend in tegenstelling tot de ziekenhuiszorg. Risicomijdende zorgverzekeraars zijn daardoor eerder geneigd zorg te blijven afnemen van de veel duurdere tweede lijn.

Genoemde leden hebben ingestemd met een nacalculatie om de overgang van het oude naar het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem soepel te laten verlopen. Ook toen hebben zij uitdrukkelijk aangegeven dat dit van tijdelijke aard moet zijn, om de concurrentieontwikkeling niet te belemmeren. Deze leden steunen de stappen die de minister aankondigt om de ex-post compensatiemechanismen af te bouwen. Maar zij tekenen daarbij aan dat dit best wat royaler had gekund, zeker gezien de achtervang van de bandbreedte die nog steeds blijft bestaan en op 45 euro is gesteld (+ of – 22,50 euro) en de hoge kosten compensatie. De minister stelt dat «het ex-post deel kan worden afgebouwd naar de mate waarin het ex-ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld en de juiste prikkels te genereren». Genoemde leden zoude dit willen aanvullen met de stelling dat het ex-post deel moet worden afgebouwd als wordt geconstateerd dat dit een gezonde en wenselijke concurrentie belemmert. Wenselijke concurrentie is immers ten bate van de patiënt die daardoor betere zorg voor minder premiegeld krijgt. Wenselijke concurrentie wordt helaas aanwijsbaar belemmerd, daar moet dus zeker worden afgebouwd. Ook in die gebieden waar evident is dat gewenst gedrag pas van de grond komt na afschaffing van de nacalculatie. Tot slot is ook de massa een punt van overweging. Investering in een daadwerkelijk robuuste zorginkoop moet zich voor een zorgverzekeraar kunnen terugverdienen. Dat omslagpunt is beleidsmatig relevant.

In hoofdstuk 3 legt de minister uit welke nieuwe indeling er is gekozen voor de ziekenhuiskosten. De minister geeft aan dat hierachter geen andere reden ligt dan het praktische argument dat de zaken niet bijtijds konden worden aangeleverd. Derhalve is gekozen voor het huidige B-segment, 20% van de ziekenhuiskosten. In verband met de kapitaal-lasten is de afbouw stapsgewijs in 3 jaar. Betekent dat, dat in 2010 35% van de zorg – te weten het hele B-segment – niet meer wordt nagecalculeerd (of 20% helemaal niet en 15% nog voor 15%)? Als dat laatste het geval is, kan dan worden toegelicht waarom voor deze ingewikkelde weg is gekozen? Voorts stellen deze leden dat indien pas in juli bekend is welke DBC's overgaan naar het B-segment het altijd zo zal zijn dat tegelijkertijd de marktprijs nog niet beschikbaar is. Met andere woorden: zit in het huidige systeem niet altijd deze vertraging in de invoering van de risico-dragendheid. Kan de minister hier nader op ingaan en uiteenzetten wat hij voornemens is hieraan te doen?

Laten wij deze beslissing nu vertalen naar de praktijk met twee voorbeelden: het preferentiebeleid geneesmiddelen en de substitutie van zorg uit de tweede naar de eerste lijn. Niet alle geneesmiddelen waarop preferentiebeleid wordt gevoerd zitten in het B-segment. Niet alle zorg die beter in de eerste lijn kan worden aangeboden zit in het B-segment.

Daarbij valt bijvoorbeeld al te denken aan COPD, depressie en dementie, maar er zijn meer voorbeelden denkbaar. Dat wil zeggen dat de belemmeringen die bestaan niet volledig worden weggenomen, noch ongewenst free ridersgedrag, noch het niet van de grond komen van betere allocaties. Kan de minister hierop nader ingaan?

Inzoomend op de GGZ is te zien dat het besluit om de GGZ-kosten 100% na te calculeren leidt tot handhaving en versterking van de positie van de huidige GGZ-instellingen en dit ten koste gaat van de eerste lijn. In het kader van het beleid dat deze leden steunen, om zoveel mogelijk zorg die in de eerste lijn kan plaatsvinden daar ook te laten plaatsvinden, zien zij dat dit botst. De eerste lijn is volop bezig met de invoering van de praktijk-ondersteuner GGZ (PO-GGZ). Een 100% nacalculatie, zoals de minister voornemens is, zal de invoering van de PO-GGZ afremmen. Tevens bestaat daarbij het gevaar dat de eerste lijn zich weer terugtrekt op het veld van de somatiek. Er is hier voor een zorgverzekeraar niet echt een keuze. Hij kan kiezen voor zorg in de eerste lijn, dichtbij huis, kwalitatief goed, maar veel goedkoper, terwijl aan de andere kant de 100% nacalculatie uit de grote collectieve pot op de tweedelijns GGZ-zorg in de praktijk toch te aantrekkelijk zal blijken.

De leden van de VVD-fractie vragen de minister voorts hoe het tijdpad voor verdere afbouw van de nacalculatie van het A-segment zal verlopen. Bestaat er al een tijdpad? Zo ja, wat is dat tijdpad en zo nee, waarom bestaat er geen tijdpad? Indien er geen zicht is op een afbouw van de nacalculatie op redelijke termijn is het te overwegen om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars toch voor hun inspanningen, bijvoorbeeld op het gebied van het preferentiebeleid, kunnen worden beloond. Zij zorgen immers voor een daling van de geneesmiddelenprijzen en dat is geen klein geld. Ons heeft de suggestie bereikt om zorgverzekeraars het voordeel ten opzichte van de geraamde zorgkosten te laten houden, terwijl een zorgverzekeraar die deze inspanningen niet verricht wordt afgerekend op basis van de nagecalculeerde zorgkosten. Kan de minister een reactie geven op deze suggestie?

## II. REACTIE VAN DE MINISTER

### 1. Inleiding

Op 26 september jongstleden heb ik uw Kamer geïnformeerd over het risicovereveningssysteem voor het jaar 2009 (Tweede Kamer 29 689, nr. 222). In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte mij een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen naar aanleiding van deze brief. Deze vragen en het Algemeen Overleg geven voor mij eens te meer aan dat de risicoverevening een essentieel onderdeel is van de Zorgverzekeringswet.

In deze brief ga ik uitgebreid in op de vragen en opmerkingen. Ik volg bij de beantwoording de volgende opbouw:

- proces en planning, waarbij ik ook in ga op vragen over het afreken-traject;
- ex ante vereveningsmodel, waarbij ik enerzijds in ga op de kwaliteit van het ex ante model en anderzijds op specifieke elementen die van invloed zijn of kunnen zijn op de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel, zoals de overfinanciering en de kapitaallasten;
- ex post compensatiemechanismen, waarbij het zal gaan over de afbouw en over mogelijke belemmeringen voor de substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg;
- overige vragen, zoals over de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de internationale evaluatie.

### 2 Proces en planning

De leden van de CDA- en ChristenUnie-fractie vragen of ik de brief over het risicovereveningssysteem volgend jaar vóór het eind van het zomerreces kan versturen.

Het proces om het risicovereveningssysteem voor het komende jaar gereed te krijgen, is strak neergezet. Waar mogelijk is de afgelopen jaren al een versnelling aangebracht. Een aantal onderzoeksbureaus doet onderzoek naar verschillende mogelijkheden om het risicovereveningssysteem het komende jaar vorm te geven. De resultaten van de bureaus die onderzoek doen naar de mogelijke invulling van het risicovereveningssysteem het komend jaar komen half augustus beschikbaar. Na bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland rond 1 september neem ik een beslissing over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel en de inzet van ex post compensatiemechanismen voor het komend jaar. Ik streef ernaar uw Kamer vervolgens zo spoedig mogelijk over mijn beslissing te informeren. Gegeven het belang van de risicoverevening voor individuele verzekeraars hecht ik sterk aan een weloverwogen en transparant besluit. De mogelijkheden tot versnelling van dit proces heb ik onderzocht en zijn helaas niet aanwezig. De vaststelling van het ex ante vereveningsmodel (in het bijzonder de bijbehorende normgewichten) kan pas plaatsvinden na het openbaar maken van de begroting en kostenramingen voor het komende jaar op Prinsjesdag. De juridische afhechting in de regeling zorgverzekering moet vervolgens voor 1 oktober plaatsvinden in verband met de premievaststellingen door zorgverzekeraars.

De leden van dezelfde fracties vragen of er een site is waarop het risicovereveningssysteem (inclusief veranderingen) beschreven wordt. Zoals ik heb aangegeven in het verslag van een schriftelijk overleg (Tweede Kamer, 26 689, nr 220) is er een uitgebreide beschrijving van het risicovereveningssysteem te downloaden van de site [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl). Op deze site staan ook het relevante hoofdstuk van de regeling zorgverzekering en de wijzigingen hierop. Ook op de site van het CVZ

(www.cvz.nl) zijn onder het kopje «Financiering» per jaar alle relevante stukken te raadplegen.

Na de vaststelling door het CVZ van de ex ante vereveningsbijdragen in oktober van het jaar voorafgaand aan het jaar waarop de verevening betrekking heeft, volgt er een afrekentraject. Het tijdpad voor de afrekening van de jaren 2006, 2007 en 2008, waar zowel de leden van de CDA-fractie als van de PvdA-fractie naar vragen ziet er in theorie als volgt uit.

In het voorjaar van jaar t wordt de ex ante vereveningsbijdrage bijgesteld op basis van werkelijke aantallen verzekerden. In oktober van jaar t+1 vindt de voorlopige vaststelling plaats. Bij deze voorlopige vaststelling heeft het CVZ inmiddels de beschikking over alle verzekerden kenmerken (leeftijd, geslacht, postcode, FarmacieKostenGroep, DiagnoseKostenGroep, Aard Van Inkomen en Sociaal Economische Status). Daarnaast beschikt het CVZ ook over voorlopige kostengegevens. Aan het eind van jaar t+2 zijn ook de definitieve gegevens over de kosten bekend, en volgt de definitieve vaststelling waarbij ook de ex post compensaties worden toegepast.

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief (Tweede Kamer 29 689, nr. 220) zal het niet mogelijk zijn om een vaststelling sneller gereed te hebben dan twee jaar na sluiten van het «vereveningsjaar».

Als gevolg van de overfinanciering van de ziekenhuizen kan de definitieve vaststelling risicoverevening 2006 zelfs pas op 1 juli 2009 plaatsvinden. Het CVZ streeft ernaar om de verzekeraars op 1 mei 2009 voorinformatie over deze vaststelling te verstrekken.

De definitieve vaststelling van het jaar 2007 zal naar alle waarschijnlijkheid niet in 2009 plaatsvinden. Ook in 2007 was sprake van overfinanciering. De NZa verwacht rond 1 oktober 2009 deze overfinanciering 2007 af te wikkelen. Deze afwikkeling is relevant voor de definitieve vaststelling risicoverevening 2007. Deze definitieve vaststelling zal daardoor medio 2010 plaatsvinden.

In september 2009 zal de voorlopige vaststelling risicoverevening 2008 plaatsvinden.

### **3 Ex ante vereveningsmodel**

Zoals reeds eerder door mij aangegeven is het risicovereveningsmodel een robuust model. Het model is bestand tegen veranderingen in de omgeving en wordt ieder jaar beter in voorspelkracht. De leden van de CDA- en ChristenUnie-fractie vragen in dit verband naar de kwantitatieve maatstaf die daarvoor ontwikkeld is. Een maat voor de voorspelkracht (op individuniveau) van het model is de R-kwadraat. De R-kwadraat is een standaard statistische maat en geeft aan hoe goed het vereveningsmodel op individueel verzekerdeniveau kosten verklaard.

De voorspelkracht van het vereveningsmodel komt ook tot uitdrukking in de aansluiting van de verwachte kosten met het vereveningsmodel en de werkelijke kosten voor groepen verzekerden. Deze aansluiting wordt weergegeven door de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) op verzekeraarsniveau. De GGAA wordt uitgedrukt in euro per verzekerdenjaar. Gemiddeld wijken de verwachte kosten met het vereveningsmodel 2009 met ruim 16 euro per verzekerde af ten opzichte van de werkelijke kosten. Dit kan zowel positief als negatief zijn en kan daarmee voor een zorgverzekeraar uitmiddelen. De GGAA wordt ook gezien op andere subgroepen dan volledige verzekerdenportefeuilles.

Naast de R-kwadraat en de GGAA is de bandbreedte in vereveningsresultaten tussen verzekeraars een maat voor voorspelkracht van het vereveningsmodel. De bandbreedte geeft het verschil in gemiddeld resultaat per verzekerde weer tussen de verzekeraar met het laagste

vereveningsresultaat en de verzekeraar met het hoogste resultaat per verzekerde. Bij de bepaling van de bandbreedte worden een beperkt aantal, namelijk de zeer kleine risicodragers buiten beschouwing gelaten.

In onderstaand overzicht treft u de resultaten van de doorrekening van het model 2008 en model 2009 op de gegevens 2006.

	R-kwadraat	GGAA verzeke- raarsniveau	Bandbreedte
Model 2008	21,0 %	16,9	121
Model 2009	20,8 %	16,4	119

Ik wil hier ook ingaan op de vraag van de leden van de CDA- en Christen-Unie-fractie over de objectieve maatstaf die een relatie legt tussen de mate van modelverbetering en de inzet van ex post compensaties. De werkgroep onderzoek risicoverevening (WOR) is een technische werkgroep, die mij jaarlijks adviseert over de technische verbetermogelijkheden van het risicovereveningsmodel. In haar advies heeft de WOR aangegeven een objectieve maatstaf te willen ontwikkelen, waarmee een relatie te leggen is tussen de mate van modelverbetering en de inzet van ex post compensatiemechanismen. De WOR zal zich de komende tijd bezig houden met de vormgeving van een dergelijke maatstaf en de bijbehorende eisen aan een dergelijke maatstaf. Afhankelijk van de uitkomsten hiervan kan een tijdpad worden uitgezet voor de bepaling van deze maatstaf binnen het reguliere onderzoeksprogramma of nader onderzoek naar deze maatstaf. Ik kom hier bij de behandeling van het onderwerp ex post compensatiemechanismen nog op terug.

Er zijn een aantal vragen gesteld over factoren die de kwaliteit van het vereveningsmodel beïnvloeden.

Een verbetering van de kwaliteit en betrouwbaarheid van het vereveningsmodel ligt ten eerste in verbetering van de gegevens op basis waarvan de relatie tussen kosten en vereveningscriteria econometrisch wordt vastgesteld.

Ten tweede hebben veranderingen in de bekostiging van zorgaanbieders invloed op de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel. Voor het vaststellen van de relatie tussen de kosten en de vereveningscriteria dienen nagenoeg volledig uitgedeclareerde kostengegevens gebruikt te worden. Als gevolg van de lange doorlooptijd van dbc's worden daarom declaraties gebruikt uit jaar t-3. Medio 2008 heb ik derhalve op basis van kosten- en verzekerdenkenmerkengegevens uit 2006 de relatie tussen kosten en de vereveningscriteria vastgesteld. De kosten en daarmee de vastgestelde relatie moeten echter wel representatief zijn voor de kosten en daarmee voor de relatie met de verzekerdenkenmerken van jaar t, in dit geval 2009. Als er sprake is van wijziging in de bekostiging in de jaren tussen t-3 en t, dan komt deze representativiteit onder druk te staan. Ik probeer de consequenties van de veranderingen in de bekostiging tussen t-3 en t op de individuele declaraties van zorgverzekeraars en daarmee op de schadelast te simuleren. Deze simulaties gebruik ik om de relatie tussen de kosten en de verzekerdenkenmerken representatief te maken voor de verwachte relatie in jaar t.

En ten derde moet er continu onderzoek plaats vinden naar nieuwe vereveningscriteria, danwel een actualisatie van de bestaande criteria om het vereveningsmodel actueel te houden.

Ik ga hierna verder in op deze drie verbetermogelijkheden aan de hand van de verschillende vragen.



## *Gegevens*

Een verbetering die het model actueler zou maken is het gebruik van gegevens van jaar t-2 of zelfs t-1, zo suggereren de leden van de CDA-fractie. Zoals hiervoor aangegeven bepaal ik medio jaar t-1 de relatie tussen kosten en verzekerdenkenmerken. Ik kan niet anders dan deze te baseren op uitgedeclareerde kostengegevens. Dit betreft dan gegevens uit jaar t-3.

Het zal niet lukken bij het bepalen van de relatie tussen kosten en verzekerdenkenmerken uit te gaan van gegevens uit jaar t-2 of jaar t-1 in plaats van jaar t-3. Overigens wordt voor de vaststelling van de ex ante vereveningsbijdragen wel uitgegaan van recente gegevens. Bij het bepalen van de uiteindelijke normbedragen wordt namelijk uitgegaan van verwachte kosten in het jaar t en van het verwachte aantal verzekerden per verzekerdenkenmerk. Deze verwachte aantallen worden gebaseerd op de meest recente inzichten en aantallen verzekerden. Al met al ben ik van mening dat het vereveningsmodel in principe actueel is, maar dat de voorspelkracht afhangt van de mogelijkheden om goed aan te sluiten bij verandering in bekostiging van zorgaanbieders.

## *Bekostiging*

Een van de elementen in de bekostiging die van invloed is op de mate van risicodragendheid van verzekeraars is de overfinanciering van ziekenhuizen. In het verslag van 15 september (Tweede Kamer 29 689, nr. 220) heb ik aangegeven dat de voortgang van het afwikkeltraject van de overfinanciering mijn hoogste aandacht heeft. Ik heb al eerder toegezegd uw Kamer nader te informeren over deze afwikkeling van de overfinanciering. Ik heb de brief hierover in voorbereiding en verwacht u deze brief voor het einde van het jaar te kunnen sturen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre er precies rekening is gehouden met de problematiek van de overfinanciering van ziekenhuizen in 2006.

Door de overfinanciering zijn de declaraties 2006 van ziekenhuizen aan zorgverzekeraars feitelijk hoger geweest dan de bedoeling was. De tarieven waren hoger vastgesteld dan nodig om het budget van de ziekenhuizen te vullen. De NZa heeft in samenwerking met CvZ de overfinanciering 2006 per ziekenhuis en per verzekeraar berekend en vastgesteld. Ziekenhuizen moeten de overfinanciering terug betalen aan de betreffende zorgverzekeraars. Hierdoor wordt de feitelijke schadelast 2006 van zorgverzekeraars lager. Bij de vaststelling van het vereveningsmodel 2009 is met deze verlaging van de schadelast op individueel dbc-declaratieniveau rekening gehouden. De feitelijke declaraties over 2006 zijn gecorrigeerd door de tarieven achteraf te verlagen. Dit is gebeurd door aanpassing van het zogenaamde verrekenpercentage 2006. Hierdoor zijn de basisgegevens uit 2006 volledig op declaratie-niveau gecorrigeerd voor de overfinanciering 2006 en zo representatief gemaakt voor de verwachte kosten 2009.

Naar verwachting zal er over 2007 ook sprake zijn van overfinanciering. Er zal voor de vaststelling van het vereveningsmodel 2010 ook een soortgelijke correctie van de basisgegevens 2007 plaatsvinden.

Op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar de gevolgen van het advies van de commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen voor de risicoverevening kan ik het volgende antwoorden. Het effect van de overgangmaatregel sec is voor zorgverzekeraars en voor ziekenhuizen gelijk. Een deel van de kapitaallasten (75% in 2009) van de uitbreiding van het B-segment in 2009 wordt van risicodragende naar risicoloze uitvoering van ziekenhuizen overgeheveld. Voor alle verzekeraars gezamenlijk betekent dit dat ze minder risico op de uitvoering zullen gaan lopen.

In de risicoverevening wordt er voor de kosten ziekenhuiszorg onderscheid gemaakt naar drie deelbedragen, te weten vaste kosten, variabele kosten en kosten van b-dbc's.

De kosten uit het B-segment worden toegerekend aan kosten b-dbc's waar het dbc's betreft die ook in 2008 tot het B-segment behoren en aan variabele kosten, waar het de uitbreiding van het B-segment in 2009 betreft. Voor het deelbedrag kosten b-dbc's geldt 15% nacalculatie, voor variabele kosten geldt 40% nacalculatie en op vaste kosten geldt 100% nacalculatie. Als gevolg van de overgangmaatregel wordt in 2009 75% van de kapitaallasten van de deelbedragen variabele kosten en kosten van b-dbc's aan het deelbedrag vaste kosten toegerekend. Over dit deelbedrag vaste kosten lopen verzekeraars geen risico.

Als gevolg van de overgangmaatregel moeten de kapitaallasten ziekenhuisspecifiek worden bepaald. In de huidige berekeningen ben ik uitgegaan van een generieke verwerking van de kapitaallasten. Ik verwacht dat het effect hiervan op de kwaliteit van het vereveningsmodel nihil is.

#### *Onderhoud bestaande vereveningsmodel*

De leden van de CDA- en ChristenUnie-fractie vragen naar de variabelen die de komende tijd worden onderzocht en mogelijk toegevoegd aan het vereveningsmodel. Dit onderzoeksjaar laat ik onderzoek doen naar de FKG's en DKG's. Ik verwacht dat dit tot aanpassingen in de FKG's en DKG's zal leiden in het risicovereveningsmodel 2010. Op dit moment wordt ook onderzoek uitgevoerd om de hulpmiddelen kosten groepen (HKG's) verder te ontwikkelen. Ik verwacht dat dit onderzoek volgend jaar nog een vervolg krijgt en dat HKG's niet eerder dan in het risicovereveningsmodel 2011 kunnen worden opgenomen. Tot slot zal ik de komende jaren onderzoek laten uitvoeren naar de vormgeving van hoge risico verevening en meerjarige hoge- en meerjarige lage schades als vereveningscriteria. Zoals uiteengezet in een eerdere brief over dit onderwerp aan uw Kamer (Tweede Kamer, 29 689, nr. 165) zal dit onderzoek op zijn vroegst tot wijzigingen in het vereveningsmodel 2012 leiden.

In 2007 is er een verkennend onderzoek gedaan naar het gebruik van hulpmiddelen als aanvullend vereveningscriterium in de risicoverevening. Dit jaar, begin volgend jaar zal er vervolgonderzoek plaatsvinden. Op basis de resultaten van dit onderzoek zal een beslissing genomen worden over het gebruik van hulpmiddelen als aanvullend vereveningscriterium in de risicoverevening en zal een tijdpad voor invoering worden uitgezet. Bij het onderzoek wordt nader onderzocht welk hulpmiddelengebruik met welk gewicht als aanvullend vereveningscriterium in aanmerking komt. Hierbij wordt nog gebruik gemaakt van de gegevens 2005 van ziekenfondsen. Een volgende stap zal zijn om een en ander nogmaals door te rekenen met recentere gegevens van zorgverzekeraars. Dit wil zeggen hulpmiddelengebruik over het jaar 2006 relateren aan kosten 2007. Deze kosten 2007 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

In een brief van maart jl. naar Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft mijn departement zorgverzekeraars al gevraagd om de uniformering van de hulpmiddelenregistratie ter hand te nemen. In de bewuste brief staat de volgende passage: «Om er voor te zorgen dat de registratie van het hulpmiddelengebruik bij verzekeraars niet de bottleneck bij de invoering van het criterium op basis van het hulpmiddelengebruik wordt, zou het streven er op gericht moeten zijn dat alle verzekeraars dit jaar hun hulpmiddelenregistratie op orde brengen en dat ze, het liefst al vanaf 2008, maar in ieder geval vanaf 2009 het hulpmiddelengebruik van verzekerden zodanig registreren dat ze gebruikt kunnen worden voor de invulling van een vereveningscriterium. Daarvan uitgaand is het in prin-

cipe mogelijk om vanaf 2010 hulpmiddelen (op basis van hulpmiddelengegevens 2009) in de risicoverevening een rol te laten spelen.»

In aanvulling op deze brief heeft mijn departement op 1 oktober jl. nogmaals bij ZN de wenselijkheid van een goede hulpmiddelenregistratie bij zorgverzekeraars onder de aandacht gebracht. In haar antwoord geeft ZN aan dat ze volledig de conclusie deelt dat het noodzakelijk is dat verzekeraars een gedetailleerde schaderegistratie inrichten op basis van een uniforme prestatiecodering. ZN zet een aantal kanttekeningen ten aanzien van de randvoorwaarden, die relevant zijn voor de realisatie van een uniforme registratie en dientengevolge ook bij het moment waarop een dergelijke registratie geschikt kan zijn voor de beoogde doelen. Het betreft hier het punt welke codering de hulpmiddelenleveranciers moeten gaan gebruiken en de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om hulpmiddelenleveranciers er toe te bewegen om de beoogde codering ook daadwerkelijk te gebruiken. Bij het laatste gaat het om het punt dat niet alle hulpmiddelenleveranciers door zorgverzekeraars gecontracteerd worden en de WMG voor het merendeel van de artikelen niet op deze beroepsgroep van toepassing is. Hierdoor kan niet in alle gevallen het toepassen van een prestatiecode op de declaratie door de zorgverzekeraars verplicht worden gesteld.

Op basis van het bovenstaande moet geconcludeerd worden dat het voor 2009 nog niet mogelijk zal zijn dat alle hulpmiddelenleveranciers op hun declaraties een uniforme prestatiecode zullen gebruiken en de zorgverzekeraars deze uniforme code registreren.

Verwachting is dat dit wel voor 2010 het geval zal zijn. Indien dat onverhoopt niet het geval zou zijn dan zal – als een second best oplossing – worden uitgezocht of het mogelijk is om de hulpmiddelen die uit het onderzoek als relevant voor het vereveningscriterium voren zijn gekomen in 2010 toch op een voldoende betrouwbare wijze uit de registraties van de zorgverzekeraars kunnen worden afgeleid. Indien dat het geval is, kan – ondanks een nog niet volledig geüniformeerde hulpmiddelenregistratie – vanaf 2011 een vereveningscriterium gebaseerd op het hulpmiddelengebruik in risicoverevening worden meegenomen.

Het hulpmiddelengebruik zal ook een rol gaan spelen bij de compensatie van het verplicht eigen risico en de Wtcg. In beide gevallen zal het hulpmiddelengebruik wel een andere rol spelen dan in de risicoverevening.

Bij de risicoverevening gaat het om het opsporen van groepen van verzekerden die langdurig systematisch hogere kosten (ongunstige risico's) voor de verzekeraar betekenen en waarvoor het gebruik van bepaalde hulpmiddelen als voorspeller kan dienen.

Bij het hulpmiddelengebruik als criterium in de compensatie verplicht eigen risico gaat het om de afbakening van verzekerden die een hoog hulpmiddelengebruik hebben en daardoor het verplicht eigen risico volmaken. Indien verzekerden twee aaneengesloten jaren een hoog hulpmiddelengebruik hebben, komen zij in het daaropvolgende jaar in aanmerking voor de compensatie voor het verplicht eigen risico. Hierbij zal dezelfde systematiek gaan gelden als bij de indeling in FKG's.

Bij het hulpmiddelengebruik in de Wtcg gaat het om het opsporen van chronisch zieken en gehandicapten die zelf met systematisch hogere kosten worden geconfronteerd. Bij de Wtcg gaat het om het gebruik van aanzienlijk meer categorieën hulpmiddelen dan bij de risicoverevening. Uit de brief waarin de concept regeling Wtcg in hoofdlijnen aan de Kamer wordt uiteengezet, kan worden opgemaakt dat het bij het relevante hulpmiddelengebruik in de Wtcg gaat om vrijwel al het hulpmiddelengebruik met uitzondering van een beperkt aantal categorieën. Hierbij geldt dat het vooral van belang is of de zorgverzekeraars de genoemde uitzon-

deringscategorieën goed kunnen traceren. Min of meer vergelijkbaar met de hierboven geschetste second best oplossing voor de risicoverevening is voor de Wtcg door ZN bij de zorgverzekeraars nagegaan hoe groot het risico is dat binnen de huidige registratie van hulpmiddelen geldt dat niet alle personen die – op basis van hulpmiddelengebruik – in aanmerking komen voor een tegemoetkoming deze ook krijgen. ZN heeft per brief laten weten dat de hulpmiddelen op individueel niveau voor de uitvoering van de Wtcg voldoende specifiek worden geregistreerd.

Omdat naar de huidige inzichten de registratie van hulpmiddelengebruik niet eerder dan in 2009 zal plaatsvinden met een dusdanige precisie dat deze als basis is te gebruiken voor de tegemoetkoming aan individuele verzekerden, heeft dit ook consequenties voor het jaar waarin hulpmiddelengebruik als afbakeningscriterium voor de compensatie verplicht eigen risico kan worden aangewend. Omdat het bij deze compensatie om een hoog hulpmiddelengebruik gedurende twee opeenvolgende jaren moet gaan en 2009 het eerste jaar is waarvoor de registratie voldoende precies is, kan hulpmiddelengebruik niet eerder dan voor de compensatie voor het jaar 2011 als afbakeningscriterium worden gehanteerd. Voor de compensatie verplicht eigen risico in het jaar 2011 vormen dan de registraties over 2009 en 2010 de basis.

#### **4 Ex post compensatiemechanismen**

##### *Inzet van ex post compensatiemechanismen*

Zoals door mij steeds aangegeven is het mijn bedoeling de ex post compensatie mechanismen zo snel en ver mogelijk af te bouwen als verantwoord is.

De leden van de VVD-fractie geven aan dat ze van mening zijn dat het de ex post compensaties moeten worden afgebouwd als geconstateerd wordt dat dit een gezonde en wenselijke concurrentie belemmert. Ik ben het eens met de VVD-fractie, maar hieraan zit echter een essentiële voorwaarde. Doelstelling van de risicoverevening is het creëren van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, waarbij risicoselectie niet lonend is. Het doel bij de vormgeving van het risicovereveningssysteem is dat er voldoende prikkels bestaan voor doelmatige zorginkoop. Beide doelen moeten in ogenschouw genomen worden in de wijze waarop met ex post compensatiemechanismen kan worden omgegaan. Afbouw van ex post compensaties is mijn inziens gewenst in verband met prikkels voor zorginkoop. Maar dit mag niet leiden tot een toename van prikkels voor risicoselectie en verstoring van het gelijke speelveld van zorgverzekeraars op de verzekeringsmarkt.

Ik ben van mening dat ik in 2009 een forse stap zet in de afbouw van de ex post compensatiemechanismen. De zorgverzekeraars lopen in 2009 op ruim 50 procent van de ziekenhuiskosten risico. Mijn insteek voor 2010 is om voor het hele B-segment zoals dat in 2009 gold, zijnde ongeveer 35 procent van de ziekenhuiszorg, de nacalculatie te laten vervallen.

De leden van de VVD-fractie vragen verder nog naar de beschikbaarheid van marktprijzen voor de over te hevelen dbc's. Deze marktprijzen zullen inderdaad nooit tijdig gereed zijn om te gebruiken voor de berekening van de normbedragen in het vereveningsmodel. Zoals hiervoor aangegeven worden berekeningen voor het risicovereveningssysteem 2009 gebaseerd op declaraties uit 2006. Voor de dbc's die in het B-segment zitten, wordt in eerste instantie dus gerekend met de tarieven zoals die in 2006 golden. Met betrekking tot de dbc's die in 2008 in het B-segment zitten heb ik echter wel gebruik gemaakt van meer recente gegevens. Ik heb namelijk voor deze dbc's niet de tarieven 2006 gebruikt in de berekening, maar ik

heb deze vervangen door de zogenaamde schoningsprijzen. Dit is een betere indicatie voor de verwachte marktprijzen in 2009 dan de (oude) tarieven zoals die in 2006 golden. Voor de dbc's die in 2009 overgaan naar het B-segment waren deze schoningsprijzen – als zijnde een indicator voor de verwachte marktprijzen – niet tijdig, dat wil zeggen in juni van dit jaar, gereed om voor de vaststelling van het risicovereveningssysteem 2009 te kunnen gebruiken.

De leden van de VVD-fractie vragen mij hoe het tijdpad van de afbouw van nacalculatie er uit ziet. Zoals al eerder door mij aangegeven (Tweede Kamer 29 689, nr 220), kan ik geen vast omljnd tijdpad schetsen. De verdere afbouw van de nacalculatie zal stapsgewijs plaatsvinden. Het tempo en de mate van afbouw is geclausuleerd. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen van de risicoverevening – gaat werken. Elk jaar maak ik op basis van de dan beschikbare informatie een afweging of een grote dan wel een kleine stap mogelijk is. Bij die afweging beschouw ik de inzet van de verschillende compensatiemechanismen in samenhang.

In paragraaf 3 van deze brief ben ik al ingegaan op de ontwikkeling van een maatstaf die een relatie legt tussen de mate van modelverbetering en de inzet van ex post compensatiemechanismen. Op de vraag van de leden van de CDA- en ChristenUnie-fractie over de koppeling van de maatstaf aan de verdere afbouw kan ik aangeven dat indien de vormgeving van de maatstaf tijdig bekend is, deze maatstaf bij de vaststelling van het vereveningsmodel 2010 kan worden berekend. Ook de eigenschappen van de maatstaf moeten dan bekend zijn. Daarmee bedoel ik dat duidelijk moet zijn waar deze maatstaf gevoelig voor is. Ik zal bij de bepaling van de inzet van de ex post compensaties de nieuwe maatstaf dan naast andere berekende maten en informatie, bijvoorbeeld over kwaliteit van de gegevens, meewegen in mijn besluit.

De WOR wil een objectieve maatstaf ontwikkelen. Ik zal de WOR vragen bij de ontwikkeling van de maatstaf er rekening mee te houden dat deze maatstaf toepasbaar is op alle modelwijzigingen en modelverbeteringen. De maatstaf kan dan in principe ook worden bepaald bij de door de CDA- en ChristenUnie-fractie genoemde modelwijzigingen door de toevoeging een vereveningscriterium gebaseerd op kosten in het verleden of van FKG's en DKG's over meerdere jaren.

### *Substitutie*

Door de inzet van verschillende ex post compensatiemechanismen waren er in het verleden verkeerde prikkels voor verzekeraars om tweedelijnszorg te substitueren naar eerstelijnszorg. Met de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2009 is een grote stap gemaakt in het opheffen van een belemmering voor substitutie veroorzaakt door de risico-verevening. Door de invoer van een segment «kosten van b-dbc's» is het verschil in risicodragendheid tussen eerstelijnszorg en b-dbc's substantieel afgenomen. Bedacht moet worden dat het juist b-dbc's zijn die in aanmerking komen voor substitutie naar de eerste lijn. Vanuit het risicovereveningssysteem is de prikkel om dergelijke zorg in de tweede lijn te leveren nu dus vrijwel verdwenen. Over de kosten van b-dbc's wordt immers nog maar 15 procent nagecalculeerd. Mijn voornemen is om per 2010 deze nacalculatie af te bouwen naar 0 procent, waarmee de risicodragendheid exact gelijk wordt tussen eerstelijnszorg en b-dbc's en de belemmeringen voor substitutie vanuit de risicoverevening zijn weggenomen.

De leden van de VVD-fractie hebben een punt als wordt gesteld dat voor die vormen van zorg die in de ziekenhuizen in het A-segment vallen, de verkeerde prikkel nog wel aanwezig is. Maar ook deze prikkel wordt

verminderd in 2009 omdat de nacalculatie op de zorg in het A-segment afgebouwd wordt van 50 naar 40 procent en de bandbreedteregeling is verruimd. De risicodragendheid van zorgverzekeraars op het A-segment is dus ook al dichterbij de risicodragendheid op de overige prestaties gekomen. Het is mijn insteek om in de komende jaren verdere stappen te zetten in het vergroten van de risicodragendheid op het A-segment. Verder zal ik bij de beoordeling van een mogelijk verdere uitbreiding van het B-segment in de toekomst het criterium substitueerbaarheid ook een belangrijke plaats geven in de beoordeling van de a-dbc's die over kunnen worden geheveld naar het B-segment.

Over de meetbaarheid van de mate van substitutiebevordering, waar de leden van de PvdA-fractie naar vragen, moet ik aangeven dat door de verschillen tussen bekostiging tussen de eerste- en tweedelijnd het op dit moment niet goed aantoonbaar is dat er meer zorgverlening heeft plaats gevonden in de eerste lijn die voorheen werd geleverd in de tweede lijn. Om dit in de toekomst beter inzichtelijk te krijgen, wil ik toe naar een meer eenduidige bekostiging die gericht is op de zorgvraag en niet op de zorgaanbieders die de zorg leveren. Door bekostiging te baseren op heldere functieomschrijvingen wordt de zorg inkoopbaar en meetbaar aan de hand van prestatie-indicatoren. Daarmee wordt substitutie van zorg gestimuleerd en kunnen verzekeraars hun zorginkoop bepalen aan de hand van te leveren prestaties. De zorg kan dan daar geleverd worden waar de kwaliteit en doelmatigheid het grootst zijn. De introductie van een functionele bekostiging maakt de macrobudgettaire verschuivingen, als gevolg van veranderend zorgaanbod door substitutie, zichtbaar. Ik zal u dit jaar nader informeren over de uitwerking van mijn plannen.

## **5 Overige zaken**

### *GGZ*

Begin deze zomer is duidelijk geworden dat verzekeraars ook in 2009 geen risico zullen kunnen lopen op de geneeskundige ggz. De kwaliteit van de gegevens die gebruikt worden voor de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel bleek onvoldoende, verzekeraars zijn er niet van overtuigd dat de modelstructuur die nu gehanteerd wordt tot een juiste verdeling van de vereveningsbijdrage leidt en de operationalisering van één van de belangrijkste vereveningscriteria (ggz gebruik in het voorgaande jaar) is voor de uitvoering door CVZ niet te implementeren. Hierover stellen de leden van de CDA en ChristenUnie-fractie vragen.

Deze leden stellen de vraag of verzekeraars in 2010 wel enig risico dragen over de kosten van de geneeskundige ggz. Hierop kan ik stellen dat het mijn bedoeling is de verzekeraars in 2010 risico te laten dragen over de kosten van de geneeskundige ggz.

Nu de geneeskundige ggz is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, komen diagnose en kostengegevens op reguliere wijze via de declaraties in de administratie van verzekeraars beschikbaar. Als rekening gehouden wordt met de periode dat een dbc open kan staan en de declaratieperiode, verwacht ik dat deze gegevens (over het jaar 2008) begin mei 2010 beschikbaar zullen zijn voor de modelontwikkeling van het vereveningsmodel 2011 of 2012. Begin februari 2010 kunnen onderzoekers beschikken over declaraties van zeven kaskwartalen. Daarmee kan een eerste inschatting worden gemaakt van de effecten van de vereveningskenmerken. Alle problemen met betrekking tot volledigheid van de gegevens zullen dan automatisch opgelost zijn. Voor de modelontwikkeling van het risicovereveningsmodel 2010 wordt gebruikgemaakt van de productiegegevens van instellingen, omdat indivi-

duale declaratiegegevens bij verzekeraars ontbreken. Om de kwaliteit van deze gegevens te verbeteren ten opzichte van begin dit jaar, wordt extra aandacht besteed aan de verzameling van de gegevens. De tot nu toe niet responderende ggz instellingen worden nogmaals door een onderzoeksbureau benaderd. Hiermee wordt een representatief beeld gecreëerd van de zorg die in instellingen geleverd wordt. Daarnaast wordt onderzocht op welke manier productiegegevens van PAAZ-en ontsloten kunnen worden, zodat deze gegevens ook voor het onderzoek beschikbaar zijn. Tenslotte wordt bezien of een beeld van de productie bij vrijgevestigden verkregen kan worden door productiecijfers van franchise-organisaties in de ggz te ontsluiten.

Daarnaast streef ik er naar dit voorjaar de discussie over de modelstructuur en schattingsmethode af te ronden. Ik betrek hierbij het lange termijn perspectief van de inbedding van de geneeskundige ggz in het huidige risicovereveningssysteem voor de somatische zorg, substitutiemogelijkheden met andere delen van de curatieve zorg, ontwikkelingen in de bekostiging van de ggz en de praktische uitvoerbaarheid. Ik verwacht aan het eind van zomer 2009 over een risicovereveningsmodel 2010 voor de geneeskundige ggz te kunnen beschikken. Op dat moment kan ik ook bepalen in welke mate de inzet van ex post compensatiemechanismen noodzakelijk is.

#### *Internationale evaluatie*

De leden van de CDA- en ChristenUnie fractie vragen naar evaluatie van de risicoverevening. De conferentie voor de eerste evaluatie van de risicoverevening door internationale experts is nog niet gepland. Ik blijf bij mijn voornemen van een kwalitatieve evaluatie. Een kwantitatieve evaluatie vraagt om gegevens van meerdere jaren, waarbij FKG's en DKG's gebaseerd op informatie uit het zorgverzekeringswet-tijdperk (2006 en later) gerelateerd kunnen worden aan kosten in een volgend jaar.

#### *Inkoopbeleid*

De leden van de VVD-fractie stellen dat het zorgverzekeraars geen concurrentievoordeel oplevert om te investeren in preferentiebeleid. Ze vragen een reactie op de suggestie om zorgverzekeraars het voordeel ten opzichte van de geraamde zorgkosten te laten houden, terwijl een zorgverzekeraar die deze inspanningen niet verricht wordt afgerekend op basis van de nagecalculeerde zorgkosten.

Ik heb ook vernomen dat er zorgverzekeraars zijn die aangeven dat de macro-nacalculatie en de verevening er toe leiden dat actieve zorgverzekeraars die kostenbesparingen realiseren deze (relatieve) voordelen kwijtraken en dat andere zorgverzekeraars hiervan profiteren. Zo is er een verzekeraar die graag zou willen dat de kostenvoordelen via de maatschappij gebonden nominale premie aan de verzekerden doorgegeven kunnen worden.

Een dergelijke verzekeraar wil individueel voordeel hebben van de eigen inspanningen. Concurrerende zorgverzekeraars en verzekeraars die geen preferentiebeleid voeren, zouden niet mogen meeprofiteren. Met het preferentiebeleid wordt de aanspraak van de verzekerden per zorgverzekeraar nader gespecificeerd tot (een) specifieke variant(en) van een geneesmiddel met een werkzame stof.

In reactie hierop wil ik kort uitleggen hoe dit meeprofiteren tot stand komt. Dit ontstaat namelijk niet door de risicoverevening, maar dit ontstaat door de manier waarop de zorgverzekeraars preferente geneesmiddelen aanwijzen. Dit gebeurt door het aanwijzen van de middelen van de fabri-

kanten met de laagste adviesprijs. De geneesmiddelen en hun adviesprijzen staan in de zogenaamde Taxe(-lijst). Deze adviesprijzen gelden echter ook voor andere verzekeraars. De andere verzekeraars profiteren dus in hun tariefsafspraken met apothekers mee als een verzekeraar (of meerdere verzekeraars) fabrikanten er toe bewegen hun adviesprijs in de Taxe te verlagen.

Als een verzekeraar op een andere manier preferente middelen aanwijst, dan kan deze verzekeraar wel een individueel voordeel behalen. Dit kan nu al binnen de huidige wet- en regelgeving. Het zou bijvoorbeeld kunnen door via onderhandeling, aanbesteding of het bedingen van lagere declaratieprijzen onder de adviesprijs in de Taxe. Het gaat dan om kortingen die alleen voor de betreffende verzekeraar gelden. Hierdoor realiseert die verzekeraar een kostenvoordeel ten opzichte van andere concurrerende zorgverzekeraars.

Binnen de risicoverevening behoudt een verzekeraars ook een groot deel van dit voordeel. De door verzekeraars bereikte voordelen leiden door de macro-nacalculatie tot een lager totaal bedrag aan vergoedingen voor geneesmiddelen. Door deze macro-nacalculatie wordt het nominale voordeel voor een individuele verzekeraar weliswaar minder, maar door de macro-nacalculatie ontvangen andere verzekeraars ook een lagere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. Het relatieve voordeel van de zorgverzekeraar die een actief beleid voert verandert daardoor niet. Het voorgaande geeft aan dat het knelpunt dus niet zit bij de risicoverevening, maar dat het knelpunt veeleer zit bij de manier van aanwijzen van preferente geneesmiddelen.