

Vergaderjaar 2011–2012

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 403**

### **MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2012

In mijn brief van 6 maart jl<sup>1</sup>, heb ik uw Kamer toegezegd in juni een stand van zaken brief over het ex ante risicovereveningsmodel 2013 te sturen. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van het onderzoeksprogramma risicoverevening en over de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2013. Gedurende de komende maanden wordt het voorgenomen ex ante vereveningsmodel toegepast op de meest recente onderzoeksgegevens waarbij rekening gehouden wordt met besluiten in het kader van het verzekerde pakket en de hoogte van het eigen risico. Op basis van het inzicht in de verevenende werking van het vereveningsmodel bepaal ik in augustus de inzet van de ex post compensaties voor 2013. In september leg ik de uiteindelijke vormgeving van het risicovereveningssysteem voor aan uw Kamer. Het risicovereveningssysteem 2013 moet voor 1 oktober in de ministeriële regeling risicoverevening vastgelegd zijn.

#### **1 Ex ante vereveningsmodel**

Een adequaat model van risicoverevening is een belangrijk fundament onder de Zorgverzekeringswet. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie in de Zorgverzekeringswet kan zonder aanvullend beleid het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars aangetast worden. Door de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van hun verzekerdenpopulatie en wordt het gelijke speelveld geborgd. Van jaar op jaar wordt gewerkt aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. De kwaliteit van het ex ante model heeft het mogelijk gemaakt om in 2012 een aanzienlijke stap te kunnen zetten in het afbouwen van de ex post compensaties. Dat neemt niet weg dat een duurzaam goede werking van het risicovereveningssysteem vereist dat voortdurend wordt gezocht naar verdere jaarlijkse verbeteringen van het ex ante systeem, teneinde de prikkels tot risicoselectie voor verzekeraars te minimaliseren.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 380.

De afgelopen jaren is een groot aantal onderzoeken uitgevoerd die verschillende handvatten bieden voor het optimaliseren van bestaande vereveningscriteria en de introductie van nieuwe criteria.

Een eerste stap zet ik in 2013 door het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg uit te breiden met zogenaamde poliklinische DKG's. Voor het uitvoeringsjaar 2014 zal ik onderzoeken:

- Of met een criterium gebaseerd op het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg meer rekening gehouden kan worden met comorbiditeit.
- Of met nieuwe vereveningscriteria gebaseerd op hulpmiddelen- en/of fysiotherapiegebruik, AWBZ-indicaties en langdurig zorggebruik verbeteringen gerealiseerd kunnen worden.
- Hoe de werking van het ex ante model voor de geneeskundige GGZ verbeterd kan worden, door de introductie van een vereveningscriterium dat gebaseerd is op zorggebruik in de geneeskundige GGZ (psychische DKG).

Daarnaast zal voor het jaar 2014 groot onderhoud plaatsvinden aan het vereveningscriterium gebaseerd geneesmiddelengebruik (FKG's).

Hieronder ga ik nader in op de wijzigingen die ik in 2013 in de ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg, voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor het vereveningsmodel voor het verplicht eigen risico aan wil brengen. Deze wijzigingen in de vormgeving zijn in lijn met het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)<sup>1</sup>. De vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen kunnen op de instemming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rekenen.

### *1.1 Ex ante vereveningsmodel somatische zorg*

Ik heb, zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg van 15 september 2011, onderzoek laten doen naar de mogelijkheid om naast klinische ook niet-klinische behandelingen toe te voegen aan het vereveningscriterium gebaseerd op ziekenhuisopnamen (somatische DKG's). Uit dit onderzoek is gebleken dat het op basis van medisch inhoudelijke argumenten wenselijk is om niet-klinische behandelingen toe te voegen aan de DKG's. Daarnaast zullen de DKG's uitgebreid worden met een aantal diagnoses. Per saldo levert de nieuwe vormgeving van de somatische DKG's een verbetering op van de verevenende werking. Door deze aanpassing van de somatische DKG's geef ik bovendien invulling aan een van de aanbevelingen van de commissie Don<sup>2</sup>.

Met het vereveningscriterium meerjarig hoge kosten (MHK) wordt een betere compensatie gegeneerd voor groepen verzekerden met chronische aandoeningen. Deze verzekerden hebben structureel (voorspelbaar) hoge kosten. Omdat in de klasse met verzekerden die twee jaar achter elkaar hoge kosten gehad hebben veel verzekerden terecht komen die niet chronisch ziek zijn, wordt deze klasse aangepast. Op die manier werkt het criterium beter voor de specifieke groep verzekerden met een chronische aandoening.

In 2013 is in het vereveningscriterium gebaseerd op extramuraal geneesmiddelengebruik (FKG's) de klasse «FKG reuma TNF-alfaremmers» niet meer te operationaliseren vanwege het verlies aan noodzakelijke gegevens door de overheveling van deze geneesmiddelen naar het ziekenhuiskader. Vanaf 2013 wordt deze klasse dus niet meer onderscheiden.

Bij de inzet van ex post compensatiemechanismen wordt in de risicoverevening somatische zorg onderscheid gemaakt naar verschillende ziekenhuiskosten (zogenoemde deelbedragen), te weten kosten vrije

<sup>1</sup> De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening; in de WOR nemen o.a. deskundigen van verzekeraars, onderzoeks bureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel. De rol van de WOR staat beschreven in de bijlage bij de brief van 6 maart jl. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 380).

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 391.

segment ziekenhuiszorg, variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg en vaste kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg, met elk een eigen vereveningsmodel. Tot 2012 waren er voor de verschillende deelbedragen ook verschillende ex post compensaties van toepassing. Vanaf 2012 zijn de ex post compensaties voor de kosten vrije segment ziekenhuiszorg en voor de variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg gelijk. De noodzaak voor verschillende vereveningsmodellen komt hierdoor te vervallen. Vanaf 2013 zal er één ex ante vereveningsmodel gelden voor kosten vrije segment ziekenhuiszorg en variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg.

Per 2013 worden de kosten van de geriatrische revalidatie zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Ik ben voornemens om deze kosten in 2013 onder te brengen bij de vaste kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg.

### *1.2 Ex ante vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*

Ik ben van plan het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2013 op één onderdeel te wijzigen. In het vereveningscriterium gebaseerd op extramuraal geneesmiddelengebruik (psychische FKG's) zal beter rekening gehouden worden met de zwaarte van de stoornis psychose en de bipolaire stoornis.

De onderzoeken van de afgelopen maanden bieden hoopvolle aanknopingspunten om het vereveningsmodel voor de GGZ in 2014 substantieel te verbeteren maar hebben niet tot verbeteringen voor het ex ante vereveningsmodel 2013 geleid. Ik deel de conclusie van de WOR dat met name door de introductie van een vereveningscriterium dat gebaseerd is op zorggebruik in de geneeskundige GGZ (psychische DKG) de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ toe zal kunnen nemen.

### *1.3 Vereveningsmodel eigen betaling als gevolg van het verplicht eigen risico*

De kwaliteit van het vereveningsmodel voor de eigen betaling als gevolg van het verplicht eigen risico is gezien tegen het licht van een verhoging van het eigen risicobedrag. In het vereveningsmodel voor het verplicht eigen risico ben ik van plan het model te verbeteren door de groep chronisch zieke verzekerden (d.i. de verzekerden met MHK, FKG of DKG) via de geraamde gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico te compenseren. Voor de overige verzekerden voldoet het huidige vereveningsmodel.

## **2 Overige onderwerpen onderzoeksprogramma**

### *2.1 AWBZ-indicator*

In mijn brief van 6 maart jl. heb ik u toegezegd dat er onderzoek zal plaatsvinden naar de mogelijkheden om in de risicoverevening rekening te houden met verliezen van verzekerden met een AWBZ-indicatie. Dit onderzoek heeft de afgelopen twee maanden plaatsgevonden.

Ik deel de conclusie van de WOR dat uit dit onderzoek blijkt dat vanuit het perspectief dat de risicoverevening alleen de voorspelbare verliezen dient te compenseren, er een adequaat onderscheid gemaakt moet worden tussen voorspelbare en onvoorspelbare verliezen. De voorspelbare

verliezen zijn minder groot dan gedacht en lijken vooralsnog niet bij te dragen aan versterking van het gelijke speelveld.

Uit het onderzoek blijkt dat er voldoende basis is om een kader te ontwikkelen op basis waarvan AWBZ-indicaties geselecteerd kunnen worden die samenhangen met de gezondheidstoestand van verzekerden. De ontwikkeling van het kader heeft echter meer tijd nodig.

Ook blijkt uit het onderzoek dat een model met een vereveningscriterium gebaseerd op een AWBZ-indicatie voor Verzorging en Verpleging (V&V) niet leidt tot de verwachte modelverbetering. De resultaten op het niveau van individuele verzekerden van een model met zo'n vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicatie voor V&V zijn niet overtuigend. De effecten op het niveau van verzekeraars zijn niet voldoende te duiden.

Ik deel de conclusie van de WOR dat er geen vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ indicaties kan worden opgenomen in het ex ante risicovereveningsmodel 2013. Ik zal laten onderzoeken hoe een dergelijk vereveningscriterium voor het vereveningsmodel 2014 vormgegeven kan worden.

## *2.2 Hulpmiddelen*

Tijdens het Algemeen Overleg van 15 september 2011 heb ik toegezegd te onderzoeken of op basis van hulpmiddelengebruik een extra vereveningscriterium gevormd kan worden. Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat verzekerden die hulpmiddelen gebruiken hogere Zvw-kosten dan gemiddeld hebben. Ik verwacht dan ook dat door het toevoegen van een criterium dat gebaseerd is op hulpmiddelengebruik het ex ante vereveningsmodel verbetert. Ik heb onderzocht in hoeverre de registraties van hulpmiddelengebruik uniform plaats vindt. Mij is gebleken dat er momenteel geen bruikbare, uniforme, registratie van hulpmiddelen is. Daarom ben ik voornemens in een ministeriële regeling voorschriften voor registratie vast te leggen, zodat in de toekomst mogelijk wel een dergelijk vereveningscriterium te operationaliseren is.

## *2.3 Monitoring werking vereveningsmodel*

Naar aanleiding van een kwantitatieve analyse van de risicoverevening 2006 – 2008 heb ik in mijn brief van 6 maart jl. toegezegd dat de werking van het risicovereveningssysteem jaarlijks zal worden gemonitord. Telkens als er nieuwe gegevens beschikbaar komen zal ik deze kwantitatieve analyse van de risicoverevening herhalen. Ik zal ook de resultaten van de risicoverevening voor de geneeskundige GGZ en het vereveningsmodel verplicht eigen risico bij deze analyse betrekken. Ik verwacht dit najaar wanneer er nieuwe gegevens over de risicoverevening zijn te kunnen starten met een nieuwe analyse van meer recente vereveningsjaren en zal uw Kamer in 2013 informeren over de uitkomsten.

## **3 Solvabiliteit**

Naar aanleiding van mijn brief van 6 maart jl. is door uw Kamer de motie Van der Veen – Gerbrands over de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars aangenomen. In deze brief ben ik ingegaan op de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2013. Zoals ik ook al in mijn brief van 6 maart jl. heb geschreven, is het te vroeg om nu al een goede inschatting te kunnen maken van de inzet van ex post compensaties in 2013. De Nederlandsche Bank (DNB) heeft aangegeven om dezelfde reden nog geen inschatting te kunnen geven van de gevolgen van deze maatregelen voor de minimumvereiste solvabiliteitsmarge die zorgverzekeraars

---

<sup>1</sup> Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2012). «Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau» Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

volgend jaar moeten aanhouden. Ik zie evenwel binnen de huidige minimumvereiste solvabiliteitsmarge nog ruimte om verdere stappen te zetten in het vergroten van de risicodragendheid door afbouw van ex post compensaties.

Daarnaast kan ik u melden dat er thans een wetsvoorstel (Bezemwet VWS 2012) tot wijziging van de Zorgverzekeringswet voor advisering bij de Raad van State ligt, waarmee de dekking van het catastroferisico voor zorgverzekeraars wordt aangepast. Deze aanpassing heeft een dempende werking op de hoogte van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars. Dit is vooral relevant in het kader van de invoering van nieuwe solvabiliteitsregelgeving (Solvency II).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers