

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 544**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 september 2014

Met deze brief informeer ik u over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen 2015 en de voorgenomen inzet van ex post compensaties 2015.

#### *Toezeggingen*

In mijn brief van 25 juni 2014 over het risicovereveningsmodel 2015<sup>1</sup> heb ik de voorgenomen vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2015 geschetst. Daarbij heb ik aangegeven dat ik deze modellen tijdens de zomer zou doorrekenen. Ik heb toegezegd de Tweede Kamer in september een brief te schrijven over de ex post compensaties voor 2015, waarbij ik tevens zou ingaan op de kwaliteit van de ex ante vereveningsmodellen en expliciet aandacht zou geven aan kleine zorgverzekeraars. Ook heb ik in die brief toegezegd dat ik de Tweede Kamer in september 2014 zou berichten over de uitkomsten van de onderzoeken naar buitenlandse seizoensarbeiders, mensen die vorig jaar gebruik maakten van verpleging en verzorging en verbetering van de compensatie voor chronisch zieken. Met deze brief voldoe ik aan deze toezeggingen.

Uw Kamer heeft mij een groot aantal vragen gesteld naar aanleiding van bovengenoemde brief. Deze heb ik op 3 september beantwoord.<sup>2</sup> In mijn beantwoording heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer eind september zou informeren over de resultaten van een onderzoek naar uitbreiding van het vereveningsmodel voor somatische zorg met een nieuw criterium dat rekening houdt met de hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken. Ook heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer zou informeren over de vraag in hoeverre de introductie van een tijdelijk regiocriterium verzekeraars voldoende compenseert voor regionale verschillen in het gebruik van verpleging en verzorging in de AWBZ. Voorts heb ik toegezegd dat ik

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 529

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 540

het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) als bijlage<sup>3</sup> toe zou voegen aan deze brief. Tevens heb ik toegezegd dat ik u zou informeren over mijn besluit over de toewijzing van de addons voor weesgeneesmiddelen aan de risicodragende somatische kosten. Ook aan deze toezeggingen voldoe ik in deze brief. Tot slot heb ik toegezegd dat ik u in oktober op de hoogte zou stellen van de precieze afspraken die ik met zorgverzekeraars heb gemaakt over het sjabloon voor een uniforme publieksvriendelijke verantwoording. Hiervoor ontvangt u in oktober een separate brief.

### *Leeswijzer*

In deze brief zal ik allereerst het perspectief schetsen dat ik voor 2017 heb ten aanzien van de risicodragende uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, omdat de stappen die in 2015 worden gezet in dat perspectief moeten worden gezien. Daarna ga ik in op de kwaliteit van de gegevens 2015. Vervolgens zal ik de verschillende vereveningsmodellen langslopen en daarbij ingaan op zowel de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel als de voorgenomen inzet van de ex post compensaties in 2015. Tot slot ga ik in op enkele overige aspecten waarover ik toezeggingen heb gedaan.

## **1. Perspectief 2017**

Het kabinetsbeleid is er op gericht om het systeem van correcties achteraf op het risicovereveningsmodel (de ex post compensaties) af te bouwen, om verzekeraars maximaal aan te zetten tot doelmatige zorginkoop. De afspraken die hierover zijn gemaakt in het regeerakkoord zijn in een AMvB<sup>4</sup> vastgelegd. In 2017 zal de Zvw volledig risicodragend zijn. De somatische zorg is volledig risicodragend in 2015. Voor de geneeskundige GGZ wordt de hogekostencompensatie (HKC) afgeschaft per 2015 en de bandbreedteregeling per 2017.

Voor de zorg die wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw is binnen het kabinet afgesproken dat de kwaliteit van het ex ante model leidend is bij de afbouw van ex post compensaties. Afgesproken is dat uitvoering van de geriatrische revalidatiezorg (al enkele jaren risicoloos in de Zvw) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten per 2015 volledig risicodragend is. Voor de langdurige GGZ wordt gestreefd naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten. Verpleging en verzorging zal volledig risicodragendheid zijn per 2017. De precieze invulling van de ex post compensaties voor 2015 en 2016 zal zoals gebruikelijk in september worden bepaald voor het volgende jaar<sup>5</sup>. In deze brief bericht ik uw Kamer over de inzet van ex post compensaties voor vereveningsjaar 2015.

## **2. Kwaliteit van de gegevens 2015**

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ), het verplicht eigen risico, verpleging en verzorging (V&V) en langdurige GGZ zijn gebaseerd op kostengegevens over 2012 en verzekerdenkenmerken over 2011 en 2012. De kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2015. Het gebruik van AWBZ-gegevens als gevolg van de overhevelingen en een aantal gegevensbewerkingen geeft enige onzekerheid over de kwaliteit. Dit betreft het verwerken van de

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>4</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

<sup>5</sup> Bijlage Kamerstuk 30 597, nr. 428

wijzigingen in de productstructuur, waaronder de verkorting van de doorlooptijd van DBC's per 2015 en de introductie van generalistische BasisGGZ per 2014.

Zoals ik in mijn brief van 3 september heb toegelicht, adviseert de WOR jaarlijks over onder andere de kwaliteit van de gegevens. Het volledige advies vindt u in de bijlage bij deze brief. Ik deel de conclusie van de WOR dat, met inachtneming van deze onzekerheden, de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen 2015 op te baseren.

### **3. Vormgeving van de vereveningsmodellen 2015**

#### *a. Verpleging en verzorging*

##### *Vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015*

Op dit moment is nog geen sprake van adequate risicoverevening voor de kosten voor verpleging en verzorging. Het ex ante vereveningsmodel 2015 voor de kosten voor verpleging en verzorging werkt minder goed dan het somatische model en het model voor de geneeskundige GGZ. Het model voor verpleging en verzorging inclusief een tijdelijk regiocriterium compenseert onvoldoende voor historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van verpleging en verzorging. De komende twee jaar laat ik daarom onderzoeken doen naar de verbetering van het ex ante model voor verpleging en verzorging. Ik heb er vertrouwen in dat er in 2017 sprake is van adequate verevening van verpleging en verzorging.

##### *Voorgenomen inzet ex post compensaties 2015*

In 2015 en 2016 zet ik gepaste ex post compensaties in om enerzijds het gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te borgen en de prikkel tot risicoselectie te mitigeren, en anderzijds zorgverzekeraars wel financieel te prikkelen om zich te richten op doelmatige zorginkoop en een eerste stap richting volledige risicodragendheid te zetten. Hiertoe wordt een bandbreedteregeling ingezet. Dit is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen worden begrensd. Conform de brief van 28 maart jongstleden over de toekomst van de AWBZ<sup>6</sup>, zet ik in 2015 een beperkte stap richting volledig risicodragende uitvoering van deze kosten in 2017. In 2016 zal ik vervolgens een forse stap zetten. Dit is niet alleen opportuun omdat de kwaliteit van het ex ante model dan naar verwachting beter is, maar ook omdat verzekeraars na een jaar een beter beeld hebben van – en invloed hebben op – de te leveren zorg. In 2015 kopen de zorgverzekeraars de verpleging en verzorging nog in representatie in. Ook de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is in 2016 beter uitgekristalliseerd.

Ik ben voornemens om in 2015 een bandbreedte van +/- 5 euro per verzekerde te hanteren waarbuiten het resultaat voor 95 procent wordt nagecalculeerd. Door de kosten buiten de bandbreedte niet volledig na te calculeren, zorg ik ervoor dat verzekeraars geprikkeld worden om bij de zorginkoop doelmatigheid na te streven. Bij een bandbreedte van +/- 5 euro maken, naar verwachting, bijna alle (22 van de 25) zorgverzekeraars gebruik van de bandbreedteregeling. Door toepassing van de bandbreedteregeling neemt het verschil tussen het maximale en minimale vereveningsresultaat (maximaal verschil), naar verwachting, af van ongeveer 90 euro naar 12 euro per verzekerde. Voor het vaststellen van een afbouwpad voor de bandbreedteregeling ga ik ervan uit dat de bandbreedteregeling

<sup>6</sup> Bijlage bij Kamerstuk 30 597, nr. 428

effectief afgeschaft is bij een maximaal verschil in vereveningsresultaat van ongeveer 90 euro per verzekerde. Dit betekent dat ik in 2015 een stap van 13<sup>7</sup> procent zet richting volledig risicodragende uitvoering van de kosten voor verpleging en verzorging in 2017.

#### *b. Geneeskundige GGZ*

##### *Vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015*

Ik ben voornemens het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ uit te breiden met het vereveningskenmerk meerjarige hoge kosten. De verevenende werking van een vereveningsmodel met meerjarige hoge kosten verandert niet ten opzichte van het model 2014, maar de kosten voor verzekerden met structurele (voorspelbare) hoge kosten worden wel beter gecompenseerd.

Ik stel de invoering van een vereveningskenmerk gebaseerd op zorgvraagzwaarte in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ met een jaar uit. Een noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van een vereveningskenmerk is een objectieve registratie van gegevens waarvan de kwaliteit adequaat geborgd is. Op dit moment is het onzeker op welke wijze aan deze voorwaarde kan worden voldaan, aangezien zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS nog in overleg zijn over de wijze van uitwisseling van gegevens over de zorgvraagzwaarte van de cliënt.

##### *Voorgenomen inzet ex post compensaties 2015*

Op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zal ik in 2015 geen hogekostencompensatie meer toepassen, conform de vastlegging in het Besluit zorgverzekering<sup>8</sup>. Voor de geneeskundige GGZ wordt in 2015 een bandbreedteregeling ingezet. Zoals al eerder aangegeven is dit een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd worden. Ik ben voornemens de bandbreedteregeling in 2015 te verruimen naar een bandbreedte van +/- 15 euro per verzekerde. Ik zal 90 procent nacalculatie toepassen op het deel van de kosten buiten de bandbreedte. Door de kosten buiten de bandbreedte niet volledig na te calculeren, zorg ik ervoor dat verzekeraars geprikkeld worden om ook bij de inkoop van deze zorg doelmatigheid na te streven. Een bandbreedte van +/- 15 euro per verzekerde heeft naar verwachting effect op het financieel resultaat van elf zorgverzekeraars; zeven verzekeraars worden afgeroomd en vier verzekeraars ontvangen een bijdrage na toepassing van de bandbreedteregeling.

Voor het vaststellen van een afbouwpad voor de bandbreedteregeling voor de kosten van de geneeskundige GGZ wordt er van uitgegaan dat de bandbreedteregeling effectief afgeschaft is bij een bandbreedte van +/- 30 euro per verzekerde. Dit betekent dat in 2015 de bandbreedteregeling halverwege effectieve afschaffing is.

#### *c. Langdurige GGZ*

Het ex ante vereveningsmodel voor de langdurige GGZ is niet in staat de kosten voor langdurige GGZ goed te voorspellen. De komende twee jaar laat ik daarom onderzoek doen naar de verbetering van het ex ante model voor de langdurige GGZ. In de brief van 28 maart jongstleden over de

<sup>7</sup> 12 euro per verzekerde (na inzet ex post) ten opzichte van 90 euro per verzekerde (voor inzet ex post)

<sup>8</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

toekomst van de AWBZ<sup>9</sup> is aangegeven dat ten aanzien van risicodragendheid de kwaliteit van het ex ante model leidend is. Ik streef naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten. Ik ben voornemens om de kosten voor de langdurige GGZ in 2015 volledig risicoloos te laten zijn. Dit betekent dat de kosten voor langdurige GGZ in 2015 tot de vaste zorgkosten zullen behoren en voor 100 procent zullen worden nagecalculeerd.

#### *d. Somatische zorg*

##### *Vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015*

Het model voor de somatische zorg (eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg) wordt verbeterd door de herintroductie van een farmaciekostengroep voor specifiek geneesmiddelengebruik voor reuma, door een wijziging van de indeling van sociaal economische status en door de introductie van een criterium dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen (generieke somatische morbiditeit – GSM). Dit criterium zorgt ervoor dat een grote groep chronisch zieken, geïdentificeerd met GSM, niet langer ondergecompenseerd wordt. De GSM levert geen verbetering op van de verevenende werking van het model. De toepassing van het criterium kan gezien worden als een eerste stap op weg naar verdere, meer specifieke verbeteringen van het vereveningsmodel om chronisch zieken en ouderen beter te compenseren.

##### *Uitbreiding kostengrondslag model somatische zorg*

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de kosten voor de per 2015 uit de AWBZ over te hevelen extramuraal behandeling van zintuiglijk gehandicapten worden in 2015 aan de kosten voor somatische zorg toegevoegd.

De verklaringskracht van het vereveningsmodel 2015 is iets beter dan het vereveningsmodel 2014. De WOR concludeert dat het uitgangsmodel 2015 voor de somatische zorg kwalitatief goed en robuust is (zie bijlage). Ik deel de conclusies van de WOR.

De kosten voor eerstelijnszorg zijn volledig risicodragend en per 2015 zullen ook vrijwel alle kosten (99 procent) binnen de medisch specialistische zorg volledig risicodragend zijn. Ook de addons dure geneesmiddelen en de addons weesgeneesmiddelen zijn in 2015 volledig risicodragend. De kosten voor de addons voor weesgeneesmiddelen kunnen risicodragend zijn omdat er enerzijds gegevens zijn om mee te rekenen binnen de risicoverevening. De kosten zijn normeerbaar. Anderzijds zijn de kosten voor zorgverzekeraars beïnvloedbaar, met name op het volume kunnen zorgverzekeraars invloed uitoefenen.

Dit betekent dat alleen de kosten voor addons voor dure oncolytica, DBC-expertproducten en enkele kleine andere posten nog onder de vaste zorgkosten vallen. Daarnaast zullen de kosten voor eerstelijns kortdurend verblijf (tijdelijke opname, palliatieve zorg en intensieve kindzorg) die per 2015 worden overgeheveld naar de Zvw in 2015 tot de vaste zorgkosten behoren vanwege het ontbreken van gegevens.

---

<sup>9</sup> Bijlage bij Kamerstuk 30 597 nr. 428

Voor de somatische zorg gelden geen ex post compensatiemechanismen meer in 2015. De bandbreedteregeling vervalt, conform de vastlegging hierover in het Besluit zorgverzekering<sup>10</sup>.

#### **4. Overige aspecten**

##### *Inschatting effecten risicoverevening 2015 kleine verzekeraars*

Zoals gebruikelijk ga ik in deze brief concreet in op de werking van het risicovereveningssysteem 2015 voor de kleine zorgverzekeraars. Ik ga in op de uitkomsten van de groep kleine verzekeraars aangezien ik terughoudend moet zijn met het verstrekken van resultaten van individuele verzekeraars. Dit betreft immers bedrijfsgevoelige informatie.

Er zijn zeven zorgverzekeraars met minder dan 150 duizend verzekerden. Bijna 4 procent van de verzekerden is verzekerd bij een kleine zorgverzekeraar. Na de toepassing van het ex ante systeem 2015 ontstaat voor de groep kleine verzekeraars een negatief resultaat van gemiddeld ongeveer 5 euro per verzekerde. Dit is opgebouwd uit een positief resultaat voor somatische zorg van ongeveer 7 euro, een negatief resultaat voor de geneeskundige GGZ van ongeveer 5 euro en een negatief resultaat van ongeveer 6 euro voor verpleging en verzorging. Na toepassing van de ex post compensaties ontstaat voor de groep kleine verzekeraars een positief resultaat van ongeveer 4 euro per verzekerde<sup>11</sup>. Dit is opgebouwd uit een positief resultaat voor somatische zorg van ongeveer 7 euro, een negatief resultaat voor de geneeskundige GGZ van ongeveer 2 euro, en een negatief resultaat voor verpleging en verzorging van 1 euro. Op basis van deze onderzoeksuitkomsten heb ik geen aanwijzingen dat de risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars.

##### *Overcompensatie chronisch zieken en ouderen*

Naar aanleiding van mijn toezegging in het dertigledendebat over risicoselectie van 17 april jongstleden wordt het idee om chronisch zieken en ouderen te «overcompenseren» nader onderzocht. Dit onderzoek is nog niet afgerond, maar hierbij wil ik alvast enkele voorlopige resultaten met u delen. Het onderzoek gaat in op de vraag wat inadequate compensatie is, wanneer het wenselijk is om de compensatie te verbeteren, en wat dan de mogelijkheden zijn. Die mogelijkheden worden beoordeeld op effectiviteit en op uitvoeringstechnische en juridische aspecten. In het onderzoek wordt gesproken van inadequate compensatie als een verzekeraar verlies lijdt of winst maakt op een bepaalde groep verzekerden. Het is niet wenselijk om voor iedere subgroep van verzekerden een volledige compensatie te bieden. Een deel van de inadequate compensatie voor bepaalde groepen verzekerden wordt immers bepaald door praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Daarnaast kunnen verschillen in zorginkoop tussen zorgverzekeraars leiden tot inadequate compensaties voor sommige groepen verzekerden. Volledige compensatie van de gerealiseerde zorgkosten vanuit het systeem van risicoverevening zou praktijkvariatie tussen zorgaanbieders en verschillen in zorginkoop tussen zorgverzekeraars compenseren en de doelmatigheid zoals dat met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt beoogd verminderen. Om de compensatie van specifieke groepen verzekerden te verbeteren, noemt het onderzoek verschillende mogelijkheden, waaronder «overcompensatie». In het onderzoek wordt met een beslisboom duidelijk gemaakt op welke

<sup>10</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

<sup>11</sup> Vanwege afronding is 4 niet gelijk aan 7-2.

wijze het risicovereveningssysteem aangepast kan worden. Aanpassingen aan het risicovereveningssysteem worden daarbij beoordeeld op effectiviteit, uitvoeringstechnische aspecten en op juridische aspecten, waaronder een staatssteunrechtelijke beoordeling en een toets op de wettelijke kaders van de Zorgverzekeringswet. Na afronding van het onderzoek zal ik de Kamer informeren over de definitieve uitkomsten.

#### *Ondercompensatie verpleging en verzorging t-1*

Naar aanleiding van de motie<sup>12</sup> van het Kamerlid Bruins Slot is de ondercompensatie van verzekerden die gebruik maken van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar onderzocht. In 2011 maakten ongeveer 425.000 verzekerden gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar (2,6% van de verzekerden). Deze verzekerden zijn verliesgevend voor een verzekeraar, de ondercompensatie van de somatische zorgkosten van deze groep bedraagt gemiddeld – € 701. Als ook de zorgkosten van overhevelingen uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet worden betrokken, wordt het verlies voor de groep fors groter: gemiddeld – € 3.187. Dit komt mogelijk doordat de gebruikers van verpleging en verzorging een grotere kans hebben om te overlijden, en het is bekend dat juist in het jaar van overlijden de kosten zeer hoog zijn. De vereveningsbijdrage voor gebruikers van verpleging en verzorging in een voorgaand jaar is weliswaar fors hoger dan voor andere verzekerden, maar het gaat om dermate hoge kosten dat het vereveningsmodel er (nog) niet in slaagt via een hoge vereveningsbijdrage volledig bij de kosten aan te sluiten. In 2015 geldt een apart vereveningsmodel voor de kosten voor verpleging en verzorging, en lopen zorgverzekeraars beperkt risico over deze kosten. In het onderzoeksprogramma voor komend jaar zijn enkele onderzoeken opgenomen die er naar verwachting toe leiden dat de ondercompensatie voor de gebruikers van verpleging en verzorging in het voorgaand jaar zal verminderen. Specifiek noem ik het differentiëren van morbiditeitkenmerken naar leeftijd en de uitbreiding van de huidige morbiditeitscriteria, waarbij ook de kosten van recente overhevelingen uit de AWBZ worden betrokken.

#### *Buitenlandse seizoenarbeiders*

Momenteel wordt onderzocht of het noodzakelijk is om buitenlandse seizoenarbeiders als vereveningscriterium mee te nemen in het risicovereveningssysteem. Dit naar aanleiding van het dertigledendebat van 14 mei in uw Kamer over de berichtgeving dat zorgverzekeraars goedkope zorgverzekeringen aanbieden aan uitsluitend buitenlandse seizoenarbeiders.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in drie stappen<sup>13</sup>. De eerste stap is onlangs afgerond. Hieruit blijkt dat er voor de risicoverevening bruikbare registraties zijn waaruit buitenlandse seizoenarbeiders kunnen worden gedestilleerd. In het tweede deel van het onderzoek zal worden onderzocht of er daadwerkelijk sprake is van overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders. Mocht dit zo zijn, dan zal in een derde stap worden onderzocht of een vereveningscriterium kan worden ontwikkeld zodanig dat buitenlandse seizoenwerkers niet aantrekkelijker zijn dan andere verzekerden. Ik zal u informeren over de uitkomsten van deze onderzoeken.

<sup>12</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 509. De motie is ingetrokken omdat de Minister in het dertig ledendebat van 17 april heeft toegezegd het onderzoek te laten uitvoeren.

<sup>13</sup> Zie de brief aan de kamer van 20 mei 2014, met Kamerstuk 29 689, nr. 516.

## **5. Tot slot**

De vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2015 wordt vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2015. De wijziging van het Besluit zorgverzekering zal eind september bij de Eerste en Tweede Kamer worden voorgehangen. Een concept van de Regeling risicoverevening 2015 wordt, zoals voorgescreven in de Zvw, vóór 1 oktober gepubliceerd in de Staatscourant. Nadat het Besluit is gepubliceerd, zal ook de definitieve regeling worden gepubliceerd en terugwerken tot 30 september 2014.

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