

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 589**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 2 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 november 2014 over Onderzoeken risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 560).

De vragen en opmerkingen zijn op 28 januari 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 27 februari 2015 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Teunissen

## Inleiding

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen aan mij voor te leggen over mijn brief van 25 november 2014 inzake Onderzoeken risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 560). Alvorens ik antwoord geef op de gestelde vragen, wil ik graag het volgende opmerken over de risicoverevening.

De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zijn belangrijke elementen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zij zorgen voor solidariteit in het stelsel. Het is cruciaal dat een oudere dame van 88 met gezondheidsproblemen onder dezelfde voorwaarden een verzekering kan krijgen als een gezonde man van 21 die nooit bij de dokter komt. Keerzijde van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is echter dat het gelijke speelveld tussen verzekeraars erdoor wordt aangetast. De risicoverevening is primair bedoeld om het gelijke speelveld voor verzekeraars juist weer te borgen. Hiertoe worden verzekeraars gecompenseerd voor voorspelbare kosten als gevolg van de gezondheidkenmerken van hun verzekerdenportefeuille. De risicoverevening brengt de zorgverzekeraars zodoende zo veel mogelijk in een gelijke uitgangspositie, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles.

De kwaliteit van de risicoverevening is de afgelopen jaren sterk verbeterd. Op het niveau van verzekeraars voorspellen de modellen de kosten goed. Hierdoor konden de ex post compensaties worden afgebouwd zonder dat het gelijke speelveld werd aangetast. Op dit moment zijn zorgverzekeraars voor ongeveer 83% van de schade volledig risicodragend (eerstelijns- en tweedelijns somatische zorg), voor bijna 9% gedeeltelijk risicodragend (geneeskundige GGZ), voor bijna 8% beperkt risicodragend (verpleging en verzorging) en voor 1% niet risicodragend (vaste zorgkosten waaronder de langdurige GGZ). Verzekeraars worden hiermee geprikkeld tot inkoop en organisatie van goede en doelmatige zorg. Om verzekeraars verder te prikkelen, heeft het kabinet in het Regeerakkoord aangekondigd de ex post compensaties de komende jaren verder af te bouwen tot volledige risicodragendheid in 2017. Om dit mogelijk te maken laat ik op dit moment onderzoeken uitvoeren die er onder andere op gericht zijn om de kosten van de zorg die nog niet risicodragend wordt uitgevoerd (zoals de verpleging en verzorging) beter te voorspellen. Daarmee verwacht ik per 2016 verbeteringen in de vereveningsmodellen te kunnen doorvoeren, die een volgende stap in de afbouw van ex post compensaties kunnen faciliteren.

Daarnaast is nog verbetering nodig en mogelijk op het niveau van groepen verzekerden. Grosso modo worden jonge, gezonde verzekerden nog steeds overgecompenseerd en oudere, ongezonde verzekerden ondergecompenseerd. Het kan dus aantrekkelijk zijn om bepaalde subgroepen aan te trekken of juist te weren. De uitdaging binnen de risicoverevening is daarom om de ex ante vereveningsmodellen zodanig te verbeteren dat groepen verzekerden beter worden geïdentificeerd en gecompenseerd. Zoals ik in de brief «Kwaliteit loont» heb aangegeven gaat mijn prioriteit uit naar het maximaal verbeteren van de risicoverevening voor groepen chronisch zieken en ouderen, zodat deze groepen aantrekkelijk worden voor zorgverzekeraars. Door veel betere compensatie van chronisch zieken en ouderen zullen ook de overcompensaties van jonge, gezonde verzekerden afnemen. De risicoverevening herverdeelt immers de beschikbare middelen van jonge en gezonde verzekerden naar oudere en ongezonde verzekerden. Hiermee wordt de prikkel tot risicoselectie van goede risico's verder verkleind. Op dit moment wordt er via het vereveningsmodel al zo'n 15 miljard euro

herverdeeld: van jong naar oud ruim 3,5 miljard euro en van gezond naar ongezond zo'n 11,5 miljard euro.

Ook als de risicoverevening goed compenseert voor de gemiddelde kosten van een bepaalde groep chronisch zieken, zijn er binnen die groep, verzekerden die lagere kosten hebben dan gemiddeld en verzekerden die hogere kosten hebben dan gemiddeld. In de risicoverevening is het daarom zaak om niet alleen nieuwe chronische aandoeningen te identificeren en te compenseren. Ook zal er een omslag gemaakt moeten worden naar differentiatie in de compensatie van chronische zieken en ouderen door de bestaande vereveningscriteria verder te verfijnen. De verwachte kosten van een jonge chronisch zieke verzekerde verschillen bijvoorbeeld van de verwachte kosten van een oudere chronisch zieke verzekerde. Hetzelfde geldt voor een verzekerden met comorbiditeit of verschillen in stadium van een bepaalde chronische aandoening. Ook aan deze differentiatie besteed ik dit jaar en volgende jaren aandacht.

Om bovenstaande verbeteringen te bewerkstelligen wordt er op dit moment een onderzoeksagenda uitgevoerd (zie ook het antwoord op vraag 29). Ik zal u in juni informeren over de uitkomsten van de onderzoeken en de voorlopige conclusies die ik op basis daarvan heb getrokken voor de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen 2016. In september informeer ik u zoals gebruikelijk over de definitieve vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen en de inzet van ex post compensaties in 2016.

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

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	4
II.	Reactie van de Minister	11

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van voorliggende brief, waarover zij nog enkele vragen en opmerkingen hebben.

De leden van de VVD-fractie ondersteunen de ambitie van de Minister om in te zetten op het verbeteren van de risicovereveningsmodellen. De Minister benoemt hierbij dat zij groot onderhoud laat uitvoeren op bestaande morbiditeitskenmerken, en laat onderzoeken of de differentiatie van de morbiditeitskenmerken naar leeftijd voorspelbare verliezen mitigeren. Wanneer verwacht de Minister de resultaten van de genoemde onderzoeken? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

De Minister geeft aan dat zij blij is dat verschillende partijen meedenken over alternatieven om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Welke partijen denken momenteel mee, en welke alternatieven worden hiervoor aangedragen?

De leden van de VVD-fractie hebben geregeld aandacht gevraagd voor het verder verbeteren van de risicovereveningsmodellen. Zo hebben zij de Minister gevraagd bij de evaluatie van de vereveningsystematiek specifiek aandacht te besteden aan enkele vereveningscategorieën, zoals zwangere vrouwen, inkomen en arbeidsmigranten. Kan de Minister aangeven wat op deze punten de huidige stand van zaken is?

### **Inbreng PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van de brief met betrekking tot de risicoverevening, en hebben hierover nog een enkele vraag.

#### *Overbetaling ouderen en chronisch zieken*

De leden van de fractie van de PvdA zijn voorstander van een robuust en fijnmazig risicovereveningssysteem. Niet alleen helpt een dergelijk systeem om risicoselectie tegen te gaan, maar zorgt het voor een gelijk speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Beide zijn noodzakelijk om de toegang tot de zorg voor kwetsbare groepen te garanderen, alsook een pluriform aanbod van polissen en verzekeraars in stand te houden. Ondercompensatie van vooraf voorspelbare groepen draagt het gevaar tot risicoselectie in zich en dient daarom vermeden te worden zo geven deze leden aan. Genoemde leden zijn dan ook verheugd dat de onderzoekers van het SiRM ervoor hebben gekozen om niet alleen overbetaling als oplossing voor ondercompensatie van bepaalde groepen te onderzoeken maar ook naar andere beleidsinstrumenten te kijken. Tevens merken zij op verheugd te zijn dat dit onderzoek de complexe problematiek van de risicoverevening op een toegankelijke manier heeft weten te beschrijven. Toch hebben zij nog enkele vragen over de gemaakte keuzen in dit onderzoek.

Zo merken deze leden op dat de twee verschillende doelen die dit onderzoek identificeert worden voorgesteld als zijnde geheel verschillend. Echter, deze doelen liggen volgens deze leden eerder in elkaars verlengde. Het doel om risicosolidariteit te borgen, het doel wat de onderzoekers

kiezen voor de insteek van hun onderzoek, is volgens genoemde leden niet los te zien van het tegengaan van risicoselectie. Immers, het selecteren van risico's en daarmee het uitsluiten van subgroepen, bijvoorbeeld door het slechts beperkt inkopen van zorg voor chronisch zieken, doet volgens deze leden ook afbreuk aan de risicosolidariteit in dit stelsel. Hoe ziet de Minister dit? Graag krijgen deze leden op dit punt een toelichting.

Genoemde leden zijn verder blij dat er in het onderzoek wordt in gegaan op de grenzen van de risicoverevening. Al eerder hebben zij gevraagd naar de grenzen van dit systeem. Hierbij spelen vragen, zo geven de onderzoekers ook terecht aan, tot welk maximum niveau van compensatie kan worden gekomen, binnen de grenzen van de uitvoerbaarheid. Ook is hierin de vraag van belang welke verschillen in gemaakte kosten toe zijn te schrijven als gevolg van praktijkvariatie waarvoor geen verevening wordt beoogd en welke kosten toe zijn te schrijven aan de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. Genoemde leden vragen hoe de Minister dit soort vragen ziet, en welke consequenties zij daaraan verbindt voor de doorontwikkeling van het risicovereveningstelsel. Kan zij daarbij aangeven waar zij staat in de discussie over «acceptabele costs» waar deze onderzoekers van het SiRM op wijzen?

Genoemde leden vragen voorts of de Minister een toelichting kan geven op de opmerking dat preventie inadequate compensatie weg kan nemen. Zij merken namelijk op dat zij al sinds lange tijd op het belang van preventie in de gezondheidszorg wijzen. Zij zijn dan ook verheugd dat de onderzoekers er op wijzen dat goede preventie ook inadequate compensatie tegen kan gaan. Kan de Minister een toelichting geven op dit specifieke voordeel van preventieve maatregelen? Hoe wil zij de zorgverzekeraars ertoe bewegen deze maatregelen ook daadwerkelijk te treffen?

#### *Kwantitatieve analyse 2009*

De leden van de fractie van de PvdA zijn blij dat de werking van het model voor de gGGZ in 2009 is toegenomen ten opzichte van 2008. Wel zijn zij nog steeds bezorgd over de beperkte voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel voor de kosten van gGGZ, iets waar de onderzoekers van SiRM eind 2012 nog op wezen. Deze leden vragen dan ook welke lessen de Minister trekt uit de evaluatie die nu voorligt. Welke belemmeringen ziet de Minister voor de verdere doorontwikkeling van het vereveningsmodel gGGZ, en hoe en wanneer wil zij deze belemmeringen uit de weg ruimen? Verder vragen deze leden hoe de onlangs overgehevelde delen van de GGZ, waaronder de intramurale GGZ, betrokken worden bij de verdere ontwikkeling van de risicoverevening. Hoe wordt aan deze veranderingen recht gedaan in het van toepassing zijnde risicovereveningsmodel? Welke barrières ziet de Minister om dit model verder te vervolmaken en hoe wil zij deze barrières wegnemen?

#### **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met grote zorg kennisgenomen van de brief van de Minister over risicoverevening en de onderliggende vier onderzoeken. Zij kunnen niet vaak en krachtig genoeg benadrukken dat het huidige systeem van marktwerking en onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders en -verzekeraars niet het systeem is dat volgens hen tot een goede en doelmatige zorg leidt. Dat gezegd hebbende zijn deze leden het met de Minister eens dat binnen het huidige stelsel een goed werkend ex ante risicovereveningsmodel van cruciaal belang is. Alleen bij een goed werkend ex ante risicovereveningsmodel is het volgens deze leden mogelijk risicoselectie, het door zorgverzekeraars

weren van bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken, te voorkomen. Zolang er geen deugdelijk ex ante model is zijn deze leden van mening dat de ex post compensatie niet verder kan worden afgebouwd. Daarbij moet gezegd worden dat zij van mening zijn dat het volgens hen een utopie is een volledig kloppend ex ante model op te tuigen. Het in stand houden van de ex post compensatie is volgens hen uiteindelijk de enige mogelijkheid om binnen het huidige systeem risicoselectie volledig uit te sluiten. Zij roepen de recente uitspraak van een bestuursvoorzitter van een grote zorgverzekeraar in herinnering dat wijkverpleging en GGZ naar de Wlz moeten, omdat dit nooit rendabel te maken is, en derhalve te compenseren met het ex ante risicovereveningsmodel. Wat is de reactie van de Minister op deze opmerking?<sup>1</sup>

De leden van de SP-fractie concluderen op basis van de door de Minister aangedragen onderzoeken, dat de overbetaling ouderen en chronisch zieken op alle onderzochte onderdelen faalt. De overbetaling is door de Minister altijd als een belangrijk onderdeel van het ex ante risicovereveningsmodel aangedragen, zo memoreren deze leden. Nu dit belangrijke onderdeel niet blijkt te werken zet dat de geloofwaardigheid van het ex ante risicovereveningsmodel op het spel. Daarmee vervalt volgens hen voor een belangrijk deel de argumentatie van de Minister dat het verantwoord is zorgverzekeraars steeds verder risicodragend te maken. Zij herinneren de Minister aan haar uitspraak «Ik ben van mening dat het model dermate adequaat is dat het risico op risicoselectie voldoende beperkt is». Staat de Minister nog altijd achter die uitspraak? Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting.<sup>2</sup>

Staat de Minister ook nog achter haar uitspraak «Bij de uiteindelijke beslissing over de afbouw van ex post compensaties is de kwaliteit van de ex ante modellen inderdaad leidinggevend»? Zo nee, wanneer heeft de Minister besloten de koppeling met de kwaliteit los te laten? Zo ja, moet er volgens de Minister dan niet per direct een pas op de plaats gemaakt worden? Deze leden zijn van mening dat er gestopt moet worden met het meer en meer risicodragend maken van zorgverzekeraars. Zij vragen de Minister nogmaals de stringente datum van 1 januari 2017, waarop zorgverzekeraars volledig risicodragend moeten zijn, los te laten en dit te koppelen aan de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Die kwaliteit lijkt volgens deze leden voorsnog bij lange na niet voldoende. Zij dagen de Minister uit op korte termijn met een overtuigend verbeterplan te komen, waaruit blijkt dat er binnen nu en twee jaar een kwalitatief ex ante risicovereveningsmodel is wat risicoselectie uitsluit.<sup>3</sup>

#### *Overbetaling ouderen en chronisch zieken*

De leden van de SP-fractie constateren dat uit de onderzoeken blijkt dat het instrument overbetaling ouderen en chronisch zieken, niet leidt tot minder prikkels en niet leidt tot minder risicoselectie. Wat is de reactie van de Minister hierop, en wat gaat zij concreet doen om risicoselectie wel aan te pakken? Zij vragen of deze onderzoeken voldoende aanleiding zijn voor een koerswijziging van de Minister? Zo nee, waarom is de Minister blind voor deze signalen? Zo ja, wat houdt die wijziging dan concreet in? De leden van de SP-fractie zijn van mening dat we al lang een stap verder zijn dan het risico op risicoselectie. Er is al lang sprake van risicoselectie door zorgverzekeraars. Om de schadelast beperkt te houden waren ook afgelopen overstapperperiode zorgverzekeraars weer opzichtig aan het hengelen naar de meest rendabele verzekerden. Ziet de Minister dit ook

<sup>1</sup> Bijzondere procedure Zorgstelsel en de rol van zorgverzekeraars, 19 januari 2015

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

<sup>3</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nr. 540

zo? Zij vragen de Minister een uitgebreide analyse van de reclames en andere acquisitieactiviteiten (zoals weggeven van cadeautjes). Waren deze campagnes volgens de Minister ook niet erg gericht op jonge, gezonde en hoogopgeleide mensen?

Deze leden merken ook op dat overbetaling op de lange termijn niet leidt tot een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Evenals de Minister zijn deze leden van mening dat het binnen het huidige stelsel van belang is dat verzekerden een ruime keuze uit soort en aanbieders van zorgverzekeringen hebben. Zij constateren dat risicoselectie met name nadelig is voor kleine zorgverzekeraars. Nu uit onderzoek blijkt dat een belangrijk middel in de strijd tegen risicoselectie niet werkt, vrezen deze leden dat dit tot gevolg zal hebben dat er een nieuwe fusiegolf op gang komt onder zorgverzekeraars. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de huidige oligopolie, waarbij slechts vier concerns meer dan 90% van de markt in handen hebben, niet verder versterkt maar juist doorbroken wordt? Zij vragen hoe de Minister hierbij de rol van de NZa en de ACM ziet.

De leden van de SP-fractie erkennen evenals de Minister het belang om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Ook de onderzoeken bevestigen dit volgens hen. Zij zijn echter, in tegenstelling tot de Minister, niet van mening dat het huidige beleid van het steeds verder zoeken naar verbeteringen voor het ex ante risicovereveningssysteem, de voorkeur verdient. Zij zien ook geen concrete verbetervoorstellen van de Minister. Zij missen bovendien een gevoel van urgentie bij de Minister. Leiden de conclusies van de betreffende onderzoeken tot extra of gewijzigde personele inzet bij het onderzoek naar verbetering van het vereveningsmodel?

### **Inbreng CDA fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de verschillende onderzoeken over het functioneren van de risicovereveningssysteem. Zij bedanken de Minister voor het toesturen van de onderzoeken. Uitgangspunt van de leden van de CDA-fractie bij de behandeling van deze rapporten en de risicoverevening is dat het systeem van risicoverevening goed moet functioneren, zodat het zorgverzekeringstelsel aan de voorkant voor de gezonde verzekerde en de chronisch zieke patiënt een gelijke toegang blijft waarborgen. Deelt de Minister dit uitgangspunt, en is zij het met hen eens dat dit steeds meer en meer onder druk komt te staan? Het risicovereveningssysteem wordt ook wel het financiële hart van het stelsel genoemd. De onderzoeken: «Definitief rapport het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening en het rapport ondercompensatie van verzekerden met V&V gebruik in het voorafgaande jaar» tonen wat deze leden betreft aan dat de risicoverevening een dringende en gedegen onderhoudsbeurt nodig heeft. Is de Minister het met de zienswijze van hen eens? Zo ja, kan zij dan een duidelijk overzicht geven wat er in 2015 en 2016 op het terrein van de gehele risicoverevening allemaal onderzocht gaat worden.

### *Overbetaling ouderen en chronisch zieken*

De Minister noemt in haar brief diverse argumenten waarom overbetaling van ouderen en chronisch zieken niet leidt tot minder prikkels tot risicoselectie, en niet noodzakelijk tot een verbetering van de mogelijkheden voor zorginkoop leidt. Ook is het in de praktijk lastig uitvoerbaar en het instrument van overbetaling zou ter beoordeling aan de Europese Commissie moeten worden voorgelegd. Vervolgens stelt de Minister dat het wel belangrijk is om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Immers, bij een onvoldoende betrouwbaar ex antemodel kan bij zorgverzekeraars – in afwezigheid van ex postmechanismen –

leiden tot (indirecte) risicoselectie en/of premieverhogingen waarvan de verzekerde de dupe is.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat het complex is als variabelen en kenmerken in het vereveningssysteem wijzigen. Maar dit is toch juist een consequentie van het gevoerde overheidsbeleid om delen van de langdurige zorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen? Graag ontvangen zij een reactie hierop.

Vervolgens vragen deze leden aan de Minister wat er specifiek in 2015 en 2016 gaat gebeuren om de compensatie voor ouderen en chronisch zieken te verbeteren. Zij zijn met de Minister van mening dat overcompensatie, en dus ook ondercompensatie, in het risicovereveningssysteem ongewenst is. Het probleem blijft echter bestaan.

In de zomermaanden is aan de vereveningsmodellen een criterium toegevoegd. De Generieke Somatische Morbiditeit» (GSM). Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar een alternatief hiervoor. Het leeftijdsafhankelijk maken van de criteria «FarmacieKostenGroep» (FKG), «DiagnoseKostenGroep»(DKG) en «HulpmidelenKostenGroep» (HKG). Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit inhoudelijk beter is, en beter uit te leggen is. Graag ontvangen zij een reactie van de Minister hierop. Wanneer is dit onderzoek klaar, en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

#### *Ondercompensatie gebruikers verpleging en verzorging in voorgaand jaar*

Ape concludeert in zijn onderzoek dat de ondercompensatie van gebruikers V&V in een vorig jaar substantieel is (– € 701 bij het model voor met alleen somatische zorgkosten en – € 3.681 bij het model voor de zorgkosten inclusief (recente) overhevelingen uit de AWBZ). De ondercompensatie is sterker bij verzekerden met een extramurale indicatie, bij verzekerden met een intramurale indicatie zonder behandeling (de verzekerden in voormalige verzorgingshuizen) en bij jongere verzekerden (65-). Toevoeging van het criterium Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) verbetert het resultaat van verzekerden met gebruik V&V in een vorig jaar nauwelijks. De ondercompensatie in de sector V&V is het hoogst.

Er loopt een onderzoek naar de morbiditeitscriteria maar in het onderzoek worden meer aanbevelingen gedaan. Wat vindt de Minister van de aanbeveling

- a) om de vereveningsbijdrage voor de morbiditeit te differentiëren naar leeftijd.
- b) Het maken van een specifiek regiomodel waarin de variabelen van aanbod van V&V zorg en GRZ zorg worden meegenomen?
- c) of een vereveningskenmerk van het V&V-gebruik in t-1?

Deze leden ontvangen graag op alle drie aanbevelingen een reactie van de Minister.

Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie van de Minister weten of zij van mening is dat in 2017 een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ-kosten reëel is. In het januarinumnummer van Economisch Statistische Berichten (ESB) staat een artikel over de risicoverevening voor verpleging en verzorging. De auteurs willen een model met ex ante hoogrisicoverevening; een systeem waarbij verzekeraars een beperkte groep verzekerden vooraf mag aanmelden. Wat vindt de Minister van dit voorstel? Wat zijn volgens de Minister de voor- en nadelen als zo'n soort model wordt ingevoerd? Doet zij hier onderzoek naar?

Deze leden vragen de Minister ook in hoeverre een MHK-ingroei-traject voor de eerste jaren een bijdrage zou leveren aan een acceptabele risicoverevening voor de verpleging en verzorging. In hoeverre kan met de V&V ook gewerkt worden met Ve&V-kostengroepen?



Klopt het dat er op dit moment geen onderzoek plaats vindt dat gericht is op verbetering van het de risicoverevening van de V&V door middel van nieuwe criteria? Zo ja, waarom is dit niet het geval? Moet de verbetering van het risicovereveningsmodel juist niet komen van nieuwe verdeelcriteria voor de verpleging en verzorging? Is de Minister bereid het onderzoek hieromtrent met een hoge urgentie op te pakken?

#### *Risicoverevening GGZ*

Wat betreft de GGZ en de risicoverevening constateren deze leden dat het eerste jaar GGZ de risicoverevening wordt afgebouwd. De overgehevelde langdurige GGZ is nu nog op 100% nacalculatie. In de GGZ zijn de kosten uit het verleden vaak een belangrijke indicatie voor kosten in de toekomst. Dit blijkt ook uit onderzoeken van VWS en zorgverzekeraars naar zogenaamde «kostenvoorspellers» ten behoeve van de zorginkoop. Comorbiditeit, het ziekteverleden en de fase waarin de ziekte en de behandeling van de stoornis zich bevinden zijn op groepsniveau, naast diagnose en het sociaal en maatschappelijk functioneren de belangrijkste voorspellers voor kosten in de toekomst.

GGZ Nederland geeft aan dat, wanneer de meerjarig hoge kosten geen onderdeel meer uitmaken van het vereveningssysteem, het systeem verder uit balans raakt. Deelt de Minister deze zienswijze? Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie op dit specifieke punt. Hoewel nog beperkt operationaliseerbaar is het de meest betrouwbare voorspeller voor de zorguitgaven van de GGZ-patiënt, en vooraansnog onmisbaar om het tekort aan goede voorspellers voor ziekteverloop en zorggebruik te ondervangen. Denk de Minister dat het mogelijk is voor 1 januari 2016 een adequaat ex-ante model te ontwikkelen voor de langdurige GGZ? Wat vindt de Minister van het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland die aangeeft uitstel te willen van de risicodragendheid voor de wijkverpleging en de GGZ. Als de Minister denkt dat dit wel zou moeten kunnen, welk tijdpad en welke deadline worden er dan gehanteerd? Deze vormen van zorg hebben namelijk een heel ander karakter dan de curatieve zorg. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel zullen daarom onvolgende de kosten van de overgehevelde zorg op individueel verzekerden-niveau kunnen voorspellen. Dit kan vervolgens leiden tot voorspelbaar winstgevende en voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Wat er kan leiden tot (indirecte) risicoselectie. Ziet de Minister dit risico ook? Wat is de Minister van plan hieraan te doen?

#### *Overige vragen*

In de laatste jaren is zichtbaar dat het positieve resultaat uit 2012 en 2013 niet in zijn geheel terugvloeit naar verzekerden. Zorgverzekeraars stellen dat dit het gevolg is van onzekerheid rondom de hoogte van de premie, in verband met de overhevelingen vanuit de AWBZ, onzekerheid rondom de bijdrage uit het risicovereveningsfonds en houden daarmee een vrijwillige solvabiliteit aan. De zorgverzekeraars hebben in 2015 in ieder geval meer eigen vermogen dan in 2006. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister meer inzicht kan geven in de minimale vereiste solvabiliteit die zich vanaf 2006 heeft ontwikkeld (in euro's op basis van de kosten van het MPB), en waardoor de stijging is veroorzaakt. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt.

Op eerdere vragen over risicoverevening en risicoselectie die mevrouw Bruins Slot op 17 november 2014 heeft ingezonden heeft de Minister geantwoord dat zij niet weet welke zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie, en niet voor welke groepen patiënten precies en hoe lang dit al zou spelen (Handelingen II 2014/15, nr. 767). Dit voorgaande blijkt uit het onderzoek van KPMG Evaluatie

Zorgverzekeringswet 2014. De leden van de CDA-fractie vinden het verontrustend dat de Minister niet over deze informatie beschikt. Zij verzoeken de Minister contact op te nemen met KMPG voor welke zorgverzekeraars dit het geval is.

Uit de onderzoeken inzake het eigen risico blijkt dat er zowel in 2008 als in 2009 sprake is geweest van een misraming. KPMG geeft aan dat dit procentueel een grote afwijking is. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat de onderliggende oorzaken zijn dat de raming van het eigen risico niet klopt.

De Minister zou de Kamer ook voor het einde van 2014 informeren over de werking van het gehele risicovereveningssysteem van 2010. Klopt het dat de Kamer dit onderzoek nog niet ontvangen heeft? Zo ja, wanneer kan zij dit ontvangen?

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de Minister over de vier onderzoeken op het gebied van de risicoverevening. Deze leden achten een goed werkend risicovereveningsmodel essentieel voor het gelijke speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Zij vinden het dan ook positief dat de Minister blijft inzetten op onderzoek naar verbetering van de risicovereveningsmodellen. Intussen blijft het probleem van een onvoldoende betrouwbaar model echter bestaan en daar maken deze leden zich zorgen over. Zij hebben daarom nog een paar vragen aan de Minister.

De leden van de PVV-fractie staan op het standpunt dat de compensatie van chronisch zieken en ouderen moet verbeteren. Deze leden denken dat, indien deze groepen extra gecompenseerd worden, dit wel degelijk verliesgevend verzekeerden ten goede kan komen. Ook op de lange termijn, want volgens deze leden wisselen chronisch zieken en ouderen bijna niet van verzekeraar. Heeft de Minister gegevens over het overstapgedrag van chronisch zieken en ouderen? Kunnen deze leden deze gegevens krijgen? Heeft de Minister in dit kader ook overwogen om het afsluiten van meerjarige contracten toe te staan?

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat de Verpleging en Verzorging (V&V) en de langdurige GGZ een heel ander karakter hebben dan de curatieve zorg. Het zal heel moeilijk, zo niet onmogelijk, zijn om hier een goed werkend ex ante model voor te ontwikkelen. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel kunnen onvoldoende de kosten van de overgehevelde zorg voorspellen op individueel verzekerdenniveau. Een oplossing hiervoor zou kunnen liggen in het overhevelen van de V&V en de langdurige GGZ van de Zorgverzekeringswet naar de Wet langdurige zorg. Deze leden vragen nadrukkelijk of de Minister dit wil overwegen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister naast onderzoek voor verbetering ook naar alternatieve oplossingen kijkt. Bijvoorbeeld het introduceren van «pooling» waarbij verzekeraars de meerkosten van specifieke groepen verzekeerden met elkaar delen. Kunnen deze leden hier een reactie op krijgen?

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van de onderzoeken gerelateerd aan de risicoverevening in de zorgverzekeringssector. Een goede ex ante risicoverevening is van belang voor de werking van het stelsel. Met betrekking tot de huidige stand van zaken op het

gebied van risicoselectie en de voortgang naar een meer ex-ante gerichte systematiek hebben deze leden nog enkele vragen die zij hierbij aan de Minister willen voorleggen.

### *Chronisch zieken en gehandicapten*

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het van groot belang is om prikkels die leiden tot risicoselectie weg te halen uit de markt. Daarbij stellen deze leden vast dat de Minister zich nog niet heeft uitgelaten over het onderzoek van de SiRM, welke notie maakte van de zogenaamde ex ante hoge risicoverevening. In een dergelijk systeem worden zorgverzekeraars voorafgaand aan het vereveningsjaar gevraagd een groep verzekeren met een hoog risico aan te melden bij het Zorginstituut. Wat is het oordeel van de Minister over dit voorstel?

De leden van de D66-fractie constateren dat onderzoek naar de vereveningsformule 2015 aantoont dat deze formule voor verpleging en verzorging leidt tot significante ondercompensaties voor hoog risicoverzekeren. Erkent de Minister dat de huidige vereveningsformule niet in alle gevallen voorziet in het wegnemen van prikkels tot risicoselectie? Zo ja, welke stappen gaat zij nemen om deze formule aan te passen? Wat betekent dit in de ogen van de Minister voor (de termijn waarop) vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor V&V kan plaatsvinden?

### *GGZ*

De leden van de D66-fractie hebben de indruk dat de uitbreiding van het ex antemodel voor de GGZ de verklaringskracht van het model op verzekeraarsniveau slechts beperkt verbetert. Een van de mogelijke verklaringen daarvoor is dat de werking van het model wordt verstoord door een beperkt aantal zeer complexe patiënten. Deelt de Minister deze constatering? Is zij bereid te onderzoeken welke vormen van zorg en welke patiëntgroepen de werking van het vereveningssysteem voor de GGZ het sterkst verstoren? In dit licht vragen de hier aan het woord zijnde leden tevens of de Minister van mening is of een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ reëel is in 2017?

## **II. Reactie van de Minister**

### **Inbreng VVD-fractie**

*1. De leden van de VVD-fractie vragen wanneer ik de resultaten verwacht van het groot onderhoud op bestaande morbiditeitskenmerken en het onderzoek naar differentiatie van de morbiditeitskenmerken naar leeftijd.*

Ik verwacht dat het onderzoek naar verbetering van farmaciekostengroepen (FKG's) en het onderzoek naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken in maart afgerond zijn. Hierna zal nog een vervolgonderzoek plaatsvinden waarin beide onderzoeken worden gecombineerd. Het onderzoek naar verbetering van diagnosekostengroepen (DKG's) is naar verwachting in mei gereed. De resultaten van het onderzoek naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken vormen input voor dit onderzoek.

*2. De leden van de VVD-fractie vragen wanneer de Kamer over bovengenoemde onderzoeken geïnformeerd wordt.*

Over de uitkomsten van de onderzoeken zal ik de Tweede Kamer, zoals gebruikelijk, informeren in juni in mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor het komende jaar.

*3. De leden van de VVD-fractie vragen welke partijen momenteel meedenken over alternatieven om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren en welke alternatieven worden aangedragen.*

Er wordt door verschillende partijen meegedacht over de mogelijke verbeteringen van de compensatie van chronisch zieken en ouderen. Dit gebeurt door onderzoeksbureaus (Ape, iBMG, KPMG, Milliman, SEO, Significant en SiRM) en door de begeleidingscommissies die de onderzoeksbureaus begeleiden. De begeleidingscommissies bestaan uit deskundigen van Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, zorgverzekeraars en VWS. Daarnaast spreekt VWS twee keer per jaar met cliëntenorganisaties over de risicoverevening.

Onderzoek naar alternatieven is gedaan door SiRM (oktober 2014)<sup>4</sup>. Zie hiervoor ook mijn brief van 25 november 2014<sup>5</sup>. In het onderzoek worden vier methoden besproken om compensatie van groepen (bijvoorbeeld chronisch zieken en ouderen) te verbeteren die niet in het model zijn opgenomen. De eerste oplossing betreft het identificeren van de (sub)groep via een nieuw vereveningscriterium. De tweede oplossing betreft het identificeren van een alternatieve (sub)groep die een proxy is voor de (sub)groep waar het om gaat. Bij de derde oplossing wordt door verzekeraars zelf een beperkte groep van verzekerden die een hoog risico vormen van tevoren aangewezen. Deze groep wordt normatief gecompenseerd op basis van kosten in voorgaande jaren. De vierde mogelijkheid betreft de zogenaamde overbetaling. In deze aanpak worden compensaties uit het vereveningsmodel opwaarts aangepast. Hierdoor krijgt een verzekeraar voor chronisch zieken een compensatie, die hoger is dan de op basis van het model verwachte kosten die de verzekeraar voor die chronisch zieken zal maken. Tot nu toe is alleen met de eerste twee methoden gewerkt in de risicoverevening, omdat deze de voorkeur verdienen. Ook de onderzoeken die momenteel lopen betreffen toepassingen van de eerste twee genoemde oplossingen.

Het onderzoek van SiRM was een reactie op een eerder onderzoek van iBMG<sup>6</sup>. iBMG noemt in dat onderzoek verschillende opties om de ruimte voor risicoselectie te reduceren. De eerste betreft het verbeteren van de ex ante risicoverevening, de tweede betreft overbetaling op basis van voorspelde kosten. Indien deze twee opties niet haalbaar blijken, kan volgens iBMG nog worden gedacht aan het toestaan van premiedifferentiatie of het herinvoeren van ex post compensaties. Met premiedifferentiatie bedoelen de onderzoekers van iBMG in dit geval dat verzekeraars aan subgroepen die worden ondergecompenseerd een hogere premie kunnen vragen (en aan groepen die worden overgecompenseerd een lagere premie) waardoor de ruimte voor risicoselectie vermindert.

Beide onderzoeksbureaus zien het verbeteren van de ex ante vereveningsmodellen als de belangrijkste optie om de compensatie van chronisch zieken te verbeteren. Omdat ik daar nu volop onderzoek naar laat doen,

---

<sup>4</sup> SiRM, Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening, 16 oktober 2014

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 560

<sup>6</sup> iBMG, Risicoverevening 2014 voor somatische zorg, analyse van uitkomsten op subgroepniveau.

zie ik de resultaten van de onderzoeken van iBMG en SiRM als een ondersteuning van mijn beleid.

*4. De leden van de VVD-fractie vragen wat de huidige stand van zaken is ten aanzien van hun vraag bij de evaluatie van de vereveningsystematiek om specifiek aandacht te besteden aan enkele vereveningscategorieën, zoals zwangere vrouwen, inkomen en arbeidsmigranten.*

Er wordt in de risicoverevening impliciet rekening gehouden met kosten die samenhangen met zwangerschap. Via de bestaande criteria leeftijd en geslacht worden verzekeraars gecompenseerd voor de gemiddeld hogere verwachte kosten bij vrouwen in de vruchtbare periode. Verder is van belang dat bij pasgeborenen ook rekening wordt gehouden met hogere kosten. Er kan geen expliciet criterium voor zwangere vrouwen worden opgenomen, omdat zwangerschap niet voorspelbaar is op basis van objectieve criteria. Zie hiervoor ook mijn ex ante brief over de risicoverevening 2015.<sup>7</sup> In deze brief heb ik aangegeven dat in het risicovereveningssysteem dus voldoende rekening wordt gehouden met de hogere kosten als gevolg van zwangerschap en geboorte. Ik doe op dit moment geen onderzoek om de risicovereveningsmodellen hierop aan te passen.

In het huidige vereveningsmodel wordt rekening gehouden met het niveau en de bron van het inkomen. Aan beide criteria loopt momenteel onderzoek naar verbeteringen. Hierbij wordt onder meer nagegaan wat de samenhang is met opleiding. Ook wordt onderzocht of de beschikbare informatie over omvang en samenstelling van het huishouden beter gebruikt kan worden. Het onderzoek wordt in mei afgerond. In juni zal ik de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten, in mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen 2016.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 20 mei 2014<sup>8</sup> heb ik onderzoek in gang gezet naar de vereveningsresultaten voor seizoenarbeiders en zo nodig naar de mogelijkheid om in de risicoverevening expliciet rekening te houden met de zorgkosten gemaakt door seizoenarbeiders. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. De eerste fase is inmiddels afgerond. Hieruit blijkt dat er voor de risicoverevening bruikbare informatiebestanden beschikbaar zijn over arbeidsmigranten. Momenteel wordt in de tweede fase onderzocht of seizoenarbeiders daadwerkelijk worden overgecompenseerd. Mocht dit zo zijn dan zal in een derde fase worden nagegaan of het mogelijk is een criterium toe te voegen aan de vereveningsmodellen, zodat arbeidsmigranten niet aantrekkelijker zijn dan andere verzekerden. Het onderzoek wordt in april afgerond. Daarna zal ik het onderzoeksrapport aan de Tweede Kamer zenden.

## **Inbreng PvdA-fractie**

### ***Overbetaling ouderen en chronisch zieken***

*5. De leden van de PvdA-fractie merken op dat de twee verschillende doelen die het onderzoek naar overbetaling identificeert worden voorgesteld als zijnde geheel verschillend. Echter, deze doelen liggen volgens deze leden eerder in elkaars verlengde. Het doel om risicosolidariteit te borgen, het doel wat de onderzoekers kiezen voor de insteek van hun onderzoek, is volgens genoemde leden niet los te zien van het tegengaan van risicoselectie. Immers, het selecteren van risico's en daarmee het uitsluiten van subgroepen, bijvoorbeeld door het slechts beperkt inkopen*

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 529

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 516

*van zorg voor chronisch zieken, doet volgens deze leden ook afbreuk aan de risicosolidariteit in dit stelsel. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik dit zie en krijgen graag een toelichting op dit punt.*

Ik ben het met de leden van de PvdA-fractie eens dat risicosolidariteit en (het tegengaan van) risicoselectie met elkaar te maken hebben. Risicosolidariteit is echter een breder begrip. Om de risicosolidariteit in de Zvw te waarborgen, geldt onder andere de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Een oudere dame van 88 met gezondheidsproblemen moet onder dezelfde voorwaarden een verzekering kunnen krijgen als een gezonde man van 21 die nooit bij de dokter komt. Zoals de onderzoekers terecht opmerken, ontstaat door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie echter juist een prikkel tot risicoselectie. Een verzekeraar mag immers niet een hogere premie aan iemand vragen waarvan hij verwacht dat hij hoge zorgkosten zal maken.

De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie ondermijnen op zichzelf het gelijke speelveld tussen verzekeraars. De risicoverevening is primair bedoeld voor het borgen van een gelijk speelveld voor verzekeraars door hen voldoende te compenseren voor voorspelbare kosten als gevolg van de gezondheidsskenmerken van hun verzekerdenportefeuille. De risicoverevening brengt de zorgverzekeraars zodoende zo veel mogelijk in een gelijke uitgangspositie, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles. Bij alle verzekerdenportefeuilles is dan sprake van risicosolidariteit en daarmee is het stelsel als geheel ook solidair. Bovendien worden verzekeraars dan maximaal geprikkeld tot doelmatige zorginkoop.

Bovenstaande neemt niet weg dat er dan nog steeds een prikkel tot risicoselectie kan bestaan. Er is dan wel sprake van risicosolidariteit op het niveau van een verzekeraar, maar nog steeds kan het aantrekkelijk zijn om bepaalde subgroepen aan te trekken of juist te weren. Ook als de risicoverevening goed compenseert voor de gemiddelde kosten van een bepaalde groep, is er binnen die groep een subgroep die lagere kosten heeft dan gemiddeld en een subgroep die hogere kosten heeft dan gemiddeld. De risicoverevening wordt in toenemende mate ingezet om de prikkels tot risicoselectie verder te mitigeren. Dit gebeurt door de risicovereveningsmodellen steeds verder te verfijnen. In enkele gevallen wordt expliciet een kenmerk opgenomen (bijvoorbeeld of iemand studeert), waarmee de compensatie voor een specifieke groep wordt verhoogd of verlaagd. Risicoselectie kan de risicosolidariteit in de Zvw weer ondermijnen. De doelen zijn dus inderdaad niet strijdig, maar liggen in elkaars verlengde.

*6. De leden van de PvdA-fractie vragen naar de grenzen van de risicoverevening. Hierbij spelen vragen, zo geven de onderzoekers ook terecht aan, tot welk maximum niveau van compensatie kan worden gekomen, binnen de grenzen van de uitvoerbaarheid. Ook is hierin de vraag van belang welke verschillen in gemaakte kosten toe zijn te schrijven als gevolg van praktijkvariatie waarvoor geen verevening wordt beoogd en welke kosten toe zijn te schrijven aan de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik dit soort vragen zie en welke consequenties ik daaraan verbind voor de doorontwikkeling van het risicovereveningsstelsel.*

Bij de doorontwikkeling van de risicoverevening spelen diverse aspecten een rol, zoals het tegengaan van prikkels tot risicoselectie, de uitvoerbaarheid voor het Zorginstituut, de prikkelwerking bij verzekeraars, de verevenende werking en eenvoud en transparantie. Wanneer ik overweeg

om nieuwe criteria aan het model toe te voegen, maak ik een weging tussen die verschillende aspecten.

Daarnaast is inderdaad de meer principiële vraag tot welk niveau de risicoverevening moet compenseren. Idealiteit compenseert het model wel voor kostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen van de verzekerdenportefeuilles, maar niet voor kostenverschillen als gevolg van praktijkvariatie. In de praktijk zijn die twee echter lastig van elkaar te scheiden.

In de modellen zijn de afgelopen jaren grote verbeteringen doorgevoerd. We zullen uiteraard doorgaan met het finetunen van de bestaande modellen. Daarnaast zullen wij grote inspanning plegen om de prikkels tot risicoselectie weg te nemen door het adequaat compenseren van groepen die nu over- of ondergecompenseerd worden. Ook hebben we specifieke aandacht voor verbetering van de compensatie voor de kosten van de zorg die is overgeheveld uit de AWBZ. Tot slot heeft onderhoud van bestaande vereveningskenmerken naar aanleiding van onder andere pakketwijzigingen en wijzigingen in de bekostiging onze aanhoudende aandacht.

*7. De leden van de PvdA-fractie vragen of ik aan kan geven waar ik sta in de discussie over «acceptabele costs» waar de onderzoekers van SiRM op wijzen.*

SiRM geeft aan dat een algeheel verbod op premiedifferentiatie leidt tot prikkels tot risicoselectie ten aanzien van alle risicofactoren die de variatie in zorgkosten van verzekerden bepalen, inclusief bijvoorbeeld praktijkvariatie. Risicoverevening wordt ingezet voor de verevening van deze variatie, zodat de door het verbod veroorzaakte prikkels tot risicoselectie worden weggenomen. De vraag is echter of alle variatie in de kosten moet worden gecompenseerd. Kortom, welke kosten(verschillen) zijn wel of niet acceptabel. Het is terecht dat de onderzoekers van SiRM hierop wijzen. In de evaluatie Zvw wijst KPMG hier in feite ook op. De vraag ligt al sinds de beginfase van de ontwikkeling van de risicoverevening voor. In de praktijk van de risicoverevening is het echter bijzonder lastig om onderscheid te maken tussen kosten en kostenvariatie waarvoor het wel of niet acceptabel is om voor te compenseren via de risicoverevening. Daarom wordt in de risicoverevening met alle kosten rekening gehouden. Dit betekent dat de vereveningsbijdrage gebaseerd is op gemiddelde kosten (van subgroepen naar alle vereveningscriteria) van verzekerden.

Ik zal een onderzoek naar de mate waarin zorgvraagvariabelen als DKG's en FKG's beïnvloed worden door praktijkvariatie opnemen op de groslijst van mogelijke onderzoeken voor volgend onderzoeksjaar.

*8. De leden van de PvdA-fractie vragen voorts of ik een toelichting kan geven op de opmerking van de onderzoekers dat preventie inadequate compensatie weg kan nemen. Zij vragen of ik een toelichting kan geven op dit specifieke voordeel van preventieve maatregelen.*

Door effectieve preventie kunnen aandoeningen of verergering van een aandoening voorkomen worden. Door bijvoorbeeld leefstijlinterventies kan voorkomen worden dat iemand aan een aandoening gaat lijden en door screening kunnen aandoeningen in een vroeg stadium opgespoord worden. Bij mensen die reeds een (chronische) aandoening hebben kunnen complicaties voorkomen worden of uitgesteld worden door kwalitatief goede zorg te bieden. Preventieve maatregelen zijn daarom een essentieel onderdeel van kwalitatief goede zorg. Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg en de selectie van zorgaanbieders hierop

sturen. Op de langere termijn kunnen effectieve preventieve interventies een kostenbesparend effect hebben. Verzekerden waarop de zorgverzekeraar verlies leed, kunnen door effectieve preventieve interventies minder zorgkosten hebben, waardoor de verliezen voor een deel of geheel verdwijnen. De compensatie verandert dus niet, maar omdat de kosten dalen, is de compensatie meer in lijn met de kosten.

*9. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de zorgverzekeraars ertoe wil bewegen deze maatregelen ook daadwerkelijk te treffen.*

Preventie is een onderdeel van kwalitatief goede zorg. Het is in het belang van zorgverzekeraars om zorgaanbieders te contracteren die kwalitatief goede zorg leveren waar preventieve maatregelen integraal onderdeel van zijn, omdat deze zorg op de langere termijn kostenbesparend kan zijn.

### **Kwantitatieve analyse 2009**

*10. De leden van de PvdA-fractie zijn blij dat de werking van het model voor de geneeskundige GGZ in 2009 is toegenomen ten opzichte van 2008. Wel zijn zij nog steeds bezorgd over de beperkte voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel voor de kosten van geneeskundige GGZ, iets waar de onderzoekers van SiRM eind 2012 nog op wezen. Deze leden vragen dan ook welke lessen ik trek uit de evaluatie die nu voorligt.*

De evaluatie richt zich op de werking van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2009. Uit de evaluatie blijkt dat het noodzakelijk is dat het model verder verbeterd wordt. De afgelopen jaren zijn daarin stappen gezet. Zo zijn de farmaciekostengroepen stapsgewijs uitgesplitst naar zeven klassen van psychiatrische geneesmiddelen; en zijn de diagnosekostengroepen psychische aandoeningen ingevoerd om verzekerden te compenseren met langdurig, chronische psychiatrische problematiek; en is het risicovereveningsmodel uitgebreid met het vereveningskenmerk meerjarige hoge kosten waarmee verzekerden gecompenseerd worden met een kostenhistorie in de GGZ. Het risicovereveningsmodel 2015 is daarmee qua verevenende werking verbeterd ten opzichte van het risicovereveningsmodel 2009, waarop de evaluatie zich richt.

*11. De leden van de PvdA-fractie vragen welke belemmeringen ik zie voor de verdere doorontwikkeling van het vereveningsmodel geneeskundige GGZ, en hoe en wanneer ik deze belemmeringen uit de weg wil ruimen.*

Het gebruik van de GGZ is zeer scheef verdeeld over de verzekerden. Gedurende het jaar maakt slechts 6 à 7 procent gebruik van GGZ. Daarnaast zijn er nauwelijks risicofactoren aan te wijzen die voorspellen of iemand GGZ-patiënt wordt. Risicofactoren voor het ontwikkelen van een psychische aandoening die bekend zijn uit de literatuur zijn vaak weinig specifiek of niet objectief geregistreerd (zoals ingrijpende of traumatische gebeurtenissen, genetische factoren, of sociaal en maatschappelijk functioneren). De samenhang met leeftijd is veel minder sterk bij de GGZ dan bij de somatische zorg. De scheve verdeling van de kosten over de verzekerden en het gebrek aan objectieve voorspellende factoren maakt het lastig om een vereveningsmodel te maken dat geldt voor alle (volwassen) Nederlanders.

Ondanks bovenstaande beperkingen is de verevenende werking van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ redelijk. Op een aantal criteria waarop de verevenende werking van het model beoordeeld wordt, doet het model voor de geneeskundige GGZ niet onder voor het somatische model (zie bijvoorbeeld ook het antwoord op vraag 35). Via



chronisch medicijngebruik en via eerder gestelde diagnoses kunnen verzekerden met chronische psychiatrische problematiek geïdentificeerd worden. Daarnaast is gemiddeld genomen het GGZ-gebruik onder bijstandsgerechtigden en arbeidsongeschikten, onder vrouwen, mensen van middelbare leeftijd, mensen met een lager inkomen en alleenstaanden hoger dan onder andere groepen verzekerden. Door deze kenmerken is een belangrijk deel van de kosten te voorspellen, zij het dat de kosten van de groep allerduurste geneeskundige GGZ-patiënten niet volledig gecompenseerd worden. Deze zeer hoge kosten zijn voor een belangrijk deel onvoorspelbaar (dat wil zeggen, het is vooraf niet te zeggen welke patiënt zeer hoge kosten zal hebben). In de risicoverevening is het van belang te compenseren voor voorspelbare kosten, niet voor onvoorspelbare kosten. Vanuit het oogpunt van risicoselectie zijn immers voorspelbare kosten van veel groter belang dan onvoorspelbare kosten. Bovendien is juist sprake van een verzekering, omdat er zich onvoorspelbare kosten voordoen.

Voor de verdere ontwikkeling van vereveningskenmerken is het noodzakelijk dat er landelijk dekkende, objectief geregistreerde gegevens beschikbaar zijn over de gezondheidstoestand van verzekerden. Thans zijn vereveningskenmerken gebaseerd op gegevens die de zorgverzekeraars zelf aanleveren of gegevens die van overheidsinstanties afkomstig zijn (zoals de Belastingdienst, het UWV, DUO). Zorgverzekeraars ontvangen vanwege privacyoverwegingen beperkte informatie over de behandeling en diagnose van een GGZ-cliënt. Zo ontbreekt bij kortdurende gespecialiseerde zorg de diagnose geheel, is de diagnose – in geval van langer durende behandelingen – alleen in hoofdgroepen weergegeven, en beschikken verzekeraars niet over informatie over nevendiaagnosen of over het sociaal en maatschappelijk functioneren van individuele cliënten.

Uit onderzoek blijkt dat informatie over de zogenaamde zorgvraagzwaarte-indicator (die onder andere wordt bepaald door de aard van de stoornis, eventuele comorbiditeit en het niveau van functioneren) het risicovereveningsmodel verbetert, omdat daarmee cliënten met een zware zorgvraag (en dus hogere kosten) beter kunnen worden onderscheiden van cliënten met een lichtere zorgvraag. Dat deze informatie niet beschikbaar is voor de zorgverzekeraar (en dus niet voor de risicoverevening) vormt nu een belangrijke belemmering voor de verdere doorontwikkeling van het vereveningsmodel geneeskundige GGZ. Op dit moment werken diverse organisaties uit het GGZ-veld aan een methode die het mogelijk moet maken om de zorgvraagzwaarte-indicator aan de zorgverzekeraars te leveren op een manier die minder belastend is voor de privacy van de verzekerde dan aanlevering via de GGZ-factuur. Bezien wordt nog of op deze wijze de belemmeringen voor het gebruik van de zorgvraagzwaarte-indicator voor de doorontwikkeling van het vereveningsmodel geneeskundige GGZ kunnen worden weggenomen.

Daarnaast kan de doorontwikkeling van de productstructuur in de gespecialiseerde GGZ helpen. Vergeleken met de somatische zorg wordt in de bekostiging van de GGZ minder gewerkt met objectieve factoren die de ziektelast van de cliënt bepalen, waardoor in de bekostiging geen rechtstreekse relatie wordt gelegd tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandelinzet. Op dit moment werkt de NZa samen met veldpartijen aan een nieuwe behandelstructuur voor de gespecialiseerde GGZ waarin deze relatie wel kan worden gelegd. Mogelijk levert dit ontwikkeltraject nieuwe elementen op die de kwaliteit van het risicovereveningsmodel voor de GGZ verder kunnen versterken.

*12. Verder vragen de leden van de PvdA-fractie hoe de onlangs overgehevelde delen van de GGZ, waaronder de intramurale GGZ, betrokken worden bij de verdere ontwikkeling van de risicoverevening. Hoe wordt aan deze veranderingen recht gedaan in het van toepassing zijnde risicovereveningsmodel?*

Op dit moment loopt een onderzoek naar de vormgeving van vereveningskenmerken gericht op de langdurige GGZ. Het blijkt lastig om op basis van de gegevens over verzekerdenkenmerken die beschikbaar zijn voor de risicoverevening te voorspellen welke GGZ-cliënt langdurig opgenomen wordt en welke cliënt ambulant behandeld wordt. Het onderzoek richt zich daarom noodgedwongen op de voorspelling van de kosten langdurige GGZ op basis van gebruik van intramurale zorg in het voorafgaande jaar.

*13. De leden van de PvdA-fractie vragen welke barrières ik zie om dit model verder te vervolmaken en hoe ik deze barrières weg wil nemen.*

De kosten van de langdurige GGZ zijn nog schever verdeeld over de verzekerden dan de kosten van geneeskundige GGZ. Van de dertien miljoen volwassenen maken slechts enkele duizenden gebruik van de langdurige GGZ, terwijl de risicoverevening wel op alle verzekerden geënt is. Het blijkt lastig om op basis van de gegevens die beschikbaar zijn voor de risicoverevening te voorspellen welke GGZ-cliënt langdurig opgenomen wordt en welke cliënt ambulant behandeld wordt. Op dit moment richt het onderzoek zich op een vereveningskenmerk dat gebaseerd is op intramuraal gebruik in een vorig jaar. Een dergelijk vereveningskenmerk heeft als nadeel dat het primair gebaseerd is op zorggebruik in het verleden, en niet primair op gezondheidsverschillen tussen verzekerden, waardoor ongewenste prikkels kunnen ontstaan. Een andere optie die in het onderzoek wordt meegenomen, is om verzekeraars alleen het prijsrisico te laten lopen op cliënten in de langdurige GGZ, niet het volumerisico. Dit kan worden gedaan door een forfaitair bedrag te verstrekken per cliënt langdurige GGZ dat gelijk is aan de gemiddelde kosten of de kostprijs. De resultaten van het onderzoek moeten uitwijzen of één van deze routes begaanbaar is en welke route de voorkeur heeft. Daarbij zullen de (evidente) nadelen van deze varianten worden meegewogen.

### **Inbreng SP-fractie**

*14. De leden van de SP-fractie vragen wat mijn reactie is op de recente uitspraak van een bestuursvoorzitter van een grote zorgverzekeraar dat wijkverpleging en GGZ naar de Wlz moeten, omdat dit nooit rendabel te maken is, en derhalve te compenseren met het ex ante risicovereveningsmodel.<sup>9</sup>*

Op dit moment zijn de ex ante modellen nog niet goed in staat om de kosten van verpleging en verzorging en langdurige GGZ te voorspellen. Daarom zet ik bij deze zorg nog ex post compensaties in. Bij de verpleging en verzorging lopen verzekeraars dit jaar daardoor slechts beperkt risico. De langdurige GGZ laat ik dit jaar zelfs nog volledig risicoloos uitvoeren door verzekeraars. Bij mijn verwachtingen over de mogelijkheden om de ex ante modellen in de toekomst te verbeteren, maak ik onderscheid tussen de verpleging en verzorging en langdurige GGZ.

---

<sup>9</sup> Bijzondere procedure Zorgstelsel en de rol van zorgverzekeraars, 19 januari 2015

Voor de verpleging en verzorging heb ik er vertrouwen in dat de ex ante modellen de komende twee jaar voldoende kunnen verbeteren om de ex post compensaties af te bouwen. Ik laat op dit moment een groot aantal onderzoeken uitvoeren dat er onder andere op is gericht om de kosten voor verpleging en verzorging beter te kunnen voorspellen (zie antwoord op vraag 29 voor een overzicht van alle onderzoeken).

Ten aanzien van de langdurige GGZ heb ik meer twijfels of er perspectief is op risico-

dragende uitvoering door zorgverzekeraars. Zoals ik tijdens het AO Zvw/Risicoverevening op 23 september 2014 heb aangegeven, hoort de langdurige GGZ wat mij betreft niet thuis in de Zvw, als deze niet risicodragend kan worden uitgevoerd (Kamerstuk 29 689, nr. 557). Ik vind het nu echter nog te vroeg om al conclusies te trekken. Ik laat op dit moment onderzoek doen naar de ontwikkeling van een model voor de langdurige GGZ. Daaruit zal moeten blijken of er perspectief is op risicodragende uitvoering. Zoals ik tijdens het VAO Zvw/Risicoverevening op 30 september 2014 heb toegezegd, zal ik u uiterlijk 1 juli 2016 laten weten of de langdurige GGZ risicodragend kan worden uitgevoerd door verzekeraars en dus in de Zvw kan blijven, of dat de zorg beter elders kan worden ondergebracht (Handelingen II 2014/15, nr. 7, item 9).

*15. De leden van de SP-fractie concluderen op basis van de door mij aangedragen onderzoeken, dat de overbetaling ouderen en chronisch zieken op alle onderzochte onderdelen faalt. De overbetaling is volgens deze leden door mij altijd als een belangrijk onderdeel van het ex ante risicovereveningsmodel aangedragen, zo memoreren deze leden. Nu dit belangrijke onderdeel niet blijkt te werken zet dat de geloofwaardigheid van het ex ante risicovereveningsmodel op het spel. Daarmee vervalt volgens hen voor een belangrijk deel mijn argumentatie dat het verantwoord is zorgverzekeraars steeds verder risicodragend te maken. Zij vragen of ik nog steeds sta achter mijn uitspraak «Ik ben van mening dat het model dermate adequaat is dat het risico op risicoselectie voldoende beperkt is». Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting.<sup>10</sup>*

Ik wil graag het misverstand wegnemen dat overbetaling een belangrijk onderdeel van de ex ante risicoverevening zou zijn. Dat is niet het geval. Overbetaling is op dit moment namelijk helemaal geen onderdeel van de risicoverevening. In mijn brief licht ik toe dat overbetaling een alternatief zou kunnen zijn voor verdere verbetering van de ex ante risicovereveningsmodellen om de compensatie voor chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Tegelijkertijd geef ik echter aan dat er belangrijke nadelen aan het instrument overbetaling kleven. Mijn inzet is in eerste instantie gericht op het wegnemen van ondercompensatie van chronisch zieken en ouderen. Mijn argumentatie dat het verantwoord is om zorgverzekeraars steeds verder risicodragend te maken vervalt dan ook niet. Ook sta ik nog steeds achter mijn hierboven geciteerde uitspraak.

*16. De leden van de SP-fractie vragen of ik nog steeds sta achter mijn uitspraak «Bij de uiteindelijke beslissing over de afbouw van ex post compensaties is de kwaliteit van de ex ante modellen inderdaad leidend»? Zo nee, wanneer heb ik besloten de koppeling met de kwaliteit los te laten? Zo ja, moet er dan niet per direct een pas op de plaats gemaakt worden?*

Ja, ik sta nog steeds achter mijn uitspraak dat bij de uiteindelijke beslissing over de afbouw van ex post compensaties de kwaliteit van de ex ante modellen leidend is. Een pas op de plaats acht ik niet nodig. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 14 heb aangegeven, verwacht ik het ex ante

<sup>10</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nr. 540

model voor verpleging en verzorging komende twee jaar voldoende te kunnen verbeteren om de ex post compensaties verantwoord af te bouwen. Voor de langdurige GGZ heb ik meer twijfels. Indien de langdurige GGZ niet risicodragend uitgevoerd kan worden, hoort deze naar mijn mening niet thuis in de Zvw. Zoals ik bij mijn antwoord op vraag 14 uiteen heb gezet, zal ik u uiterlijk 1 juli 2016 daarover informeren.

*17. De leden van de SP-fractie vragen mij nogmaals de stringente datum van 1 januari 2017, waarop zorgverzekeraars volledig risicodragend moeten zijn, los te laten en dit te koppelen aan de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel.*

Ik blijf vasthouden aan de ambitie van het kabinet, zoals afgesproken in het Regeerakkoord, om de Zvw in 2017 volledig risicodragend uit te laten voeren door zorgverzekeraars. Zoals ik al vaak heb aangegeven, is de kwaliteit van de ex ante modellen leidend bij de afbouw van ex post compensaties.

*18. De leden van de SP-fractie dagen mij uit op korte termijn met een overtuigend verbeterplan te komen, waaruit blijkt dat er binnen nu en twee jaar een kwalitatief ex ante risicovereveningsmodel is wat risicoselectie uitsluit.<sup>11</sup>*

Ik voer dit jaar een zeer ambitieus onderzoeksprogramma uit. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 6 heb aangegeven, is het verbeteren van de compensatie van groepen die nu feitelijk over- of ondergecompenseerd worden één van de aspecten waar ik mij op richt bij de doorontwikkeling van de risicoverevening. Enerzijds doe ik onderzoek naar groepen die nu mogelijk overgecompenseerd worden, zoals hoogopgeleiden en seizoensarbeiders. Anderzijds werk ik aan het wegnemen van de prikkel tot risicoselectie door onderzoek te doen naar vereveningscriteria die aangrijpen bij groepen die momenteel juist ondergecompenseerd worden, zoals het gebruik van fysiotherapie of verpleging en verzorging in voorgaand jaar. Ook laat ik diverse onderzoeken uitvoeren die er onder andere op gericht zijn om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Zoals ik in mijn brief van 6 februari<sup>12</sup> heb aangegeven wil ik het verzekeraars mogelijk maken om zich te richten op chronisch zieken en kwetsbare verzekerden. Ik maak zoals aangekondigd extra middelen vrij voor onderzoek op dit terrein en de begeleiding ervan. Voor een uitgebreid overzicht van de onderzoeken die ik dit jaar laat doen, verwijs ik naar het antwoord op vraag 29. Uit dit onderzoeksprogramma valt op te maken dat ik de kwaliteit van de ex ante verevening buitengewoon belangrijk vind en er een beleidsprioriteit van heb gemaakt.

### **Overbetaling ouderen en chronisch zieken**

*19. De leden van de SP-fractie constateren dat uit de onderzoeken blijkt dat het instrument overbetaling ouderen en chronisch zieken, niet leidt tot minder prikkels en niet leidt tot minder risicoselectie. Zij vragen mijn reactie hierop, en wat ik concreet ga doen om risicoselectie wel aan te pakken.*

Zoals ik in mijn brief van 25 november 2014 en hierboven in mijn antwoord op vraag 15 heb aangegeven, kleven er nadelen aan het gebruik van het instrument overbetaling. Dat neemt niet weg dat ondercompensatie in het model moet worden tegengegaan. Hoe beter de ex ante modellen zijn, des te minder lonend is risicoselectie voor zorgverzeke-

<sup>11</sup> Zie Kamerstuk 29 689, nr. 540

<sup>12</sup> Zie Kamerstuk 31 765, nr. 116

raars. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar risicoselectie. De uitkomsten van het onderzoek zal de NZa in het voorjaar van dit jaar publiceren. Als uit het onderzoek naar voren komt dat er sprake is van risicoselectie, dan zal ik de nodige maatregelen nemen.

*20. De leden van de SP-fractie vragen of deze onderzoeken voldoende aanleiding zijn voor een koerswijziging? Zo nee, waarom ben ik blind voor deze signalen? Zo ja, wat houdt die wijziging dan concreet in?*

De onderzoeken zijn geen aanleiding voor een koerswijziging. Ik sta altijd open voor signalen om de risicovereveningsmodellen verder te kunnen verbeteren. Die signalen komen niet alleen uit deze onderzoeken, maar bijvoorbeeld ook uit marktscans van de NZa, vanuit de wetenschap, vanuit de literatuur en natuurlijk vanuit de samenleving en de Tweede Kamer. Daarbij teken ik aan dat er veel waardering is voor het Nederlandse risicovereveningsmodel, dat uniek is in de wereld.

*21. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat er al lang sprake is van risicoselectie door zorgverzekeraars. Om de schadelast beperkt te houden waren ook afgelopen overstapperiode zorgverzekeraars weer opzichtig aan het hengelen naar de meest rendabele verzekerden. Zij vragen of ik dit ook zo zie.*

In mijn brief van 2 december 2014<sup>13</sup> heb ik de NZa verzocht aan te geven wat de praktijksituatie is ten aanzien van risicoselectie en welke maatregelen op het terrein van verbodsbepalingen c.q. verevening kunnen worden genomen om dit tegen te gaan. In haar antwoordbrief van 8 december 2014<sup>14</sup> heeft de NZa aangegeven dat zij onderzoekt of er polissen zijn die erin slagen om winstgevendende verzekerden aan te trekken en verliesgevendende verzekerden af te houden, hoe dat werkt en welke marketingstrategieën zorgverzekeraars voor die polissen inzetten. De uitkomsten van het onderzoek zal de NZa in het voorjaar van dit jaar publiceren. Als uit het onderzoek naar voren komt dat er sprake is van risicoselectie bij bepaalde polissen, dan zal ik de nodige maatregelen nemen. Een aanbeveling die de NZa regelmatig doet<sup>15</sup> is het verbeteren van het ex ante vereveningsmodel. Dat beschouw ik als een ondersteuning van het door mij ingezette beleid.

*22. De leden van de SP-fractie vragen een uitgebreide analyse van de reclames en andere acquisitieactiviteiten (zoals weggeven van cadeautjes).*

Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoorden van 2 februari 2015 op de vragen van het Kamerlid Leijten, is het in de zorgverzekeringmarkt gebruikelijk om nieuwe verzekerden te werven door middel van marketing (Aanhangsel Handelingen II 2014/15, nr. 1204). Het staat zorgverzekeraars vrij hun eigen marketingstrategie te bepalen. Zorgverzekeraars maken hun eigen strategische keuzes over de hoogte van het budget voor marketingdoeleinden. Zij houden hierbij uiteraard ook rekening met de invloed die dergelijke uitgaven hebben op de premie. Immers, de premiehoogte heeft invloed op de concurrentiepositie.

*23. De leden van de SP-fractie vragen of deze campagnes volgens mij ook niet erg gericht waren op jonge, gezonde en hoogopgeleide mensen.*

<sup>13</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116, bijlage 3.

<sup>14</sup> kenmerk 109538/153162

<sup>15</sup> Bijvoorbeeld in het «Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013» en het «Verdiepend onderzoek naleving acceptatieplicht zorgverzekeraars»

Zie mijn antwoord op vraag 21.

*24. De leden van de SP-fractie vragen hoe ik ervoor ga zorgen dat de huidige oligopolie, waarbij slechts vier concerns meer dan 90% van de markt in handen hebben, niet verder versterkt maar juist doorbroken wordt.*

*25. De leden van de SP-fractie vragen hoe ik hierbij de rol van de NZa en de ACM zie.*

Of er sprake is van een oligopolie is niet een vaststaand feit zoals de leden van de SP-fractie stellen. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) oordeelt hier anders over. Zoals ik in mijn brief van 6 februari jongstleden<sup>16</sup> heb aangegeven, vind ik het van belang dat er een gezond evenwicht in de zorgsector bestaat. In dat kader wordt het sectorspecifieke markttoezicht (de zorgfusietoets en het instrument van de Aanmerkelijke marktmacht) overgeheveld van de NZa naar de ACM. In dat kader zal ook worden gezocht naar een maximale aanscherping van het beleid op dit vlak.

*26. De leden van de SP-fractie vragen of de conclusies van de betreffende onderzoeken leiden tot extra of gewijzigde personele inzet bij het onderzoek naar verbetering van het vereveningsmodel?*

De conclusies van de onderzoeken bevestigen het belang van mijn beleid om de ex ante risicoverevening verder te verbeteren. Ik gaf voordat ik de resultaten van deze onderzoeken kende al hoge prioriteit aan het verbeteren van de compensatie van ouderen en chronisch zieken in de risicoverevening. Zoals ik tijdens het AO Zvw/Risicoverevening op 23 september 2014 al aangaf, heb ik de capaciteit op het dossier risicoverevening binnen VWS verdubbeld. In mijn brief «Kwaliteit Loont» van 6 februari jongstleden heb ik aangegeven de capaciteit nog verder verhogen.

Ook buiten VWS wordt er veel werk verricht voor verbetering van de risicoverevening; door onderzoekers, Zorgverzekeraars Nederland, individuele zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland. Om de onderzoekscapaciteit op het gebied van de risicoverevening nu en in de toekomst te vergroten, heb ik ook onderzoeken uitgezet bij bureaus die tot nu toe nog geen of weinig ervaring hadden met onderzoek op dit terrein. Ik zal de komende jaren meer geld beschikbaar stellen voor onderzoek naar verbetering van het risicovereveningssysteem.

### **Inbreng CDA fractie**

*27. Uitgangspunt van de leden van de CDA-fractie is dat het systeem van risicoverevening goed moet functioneren, zodat het zorgverzekeringsstelsel aan de voorkant voor de gezonde verzekerde en de chronisch zieke patiënt een gelijke toegang blijft waarborgen. Zij vragen of ik dit uitgangspunt deel en of ik het met hen eens ben dat dit steeds meer en meer onder druk komt te staan.*

Ik deel het uitgangspunt dat er een gelijke toegang tot de zorgverzekering moet blijven bestaan voor gezonde verzekerden en chronisch zieken. In de loop der jaren is het ex ante risicovereveningssysteem fors verbeterd en daarmee deel ik niet de conclusie van de leden van de CDA-fractie. Doordat er zorg uit de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld, waarvan de kosten zeer scheef verdeeld zijn over de verzekerden, komt er anderzijds meer druk te staan op de risicoverevening. Daarom zet ik bij het meren-

<sup>16</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116

deel van de overgehevelde zorg ex post compensaties in. Ik zet op dit moment vol in op onderzoek om de risicovereveningsmodellen en daarmee de compensatie voor chronisch zieken verder te kunnen verbeteren. Ik heb er vertrouwen in dat de gelijke toegang tot de zorgverzekering gewaarborgd blijft. Naast een goede risicoverevening, wordt de gelijke toegang immers geborgd door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa ziet erop toe dat deze door verzekeraars worden nageleefd.

*28. De onderzoeken: «Definitief rapport het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening» en het rapport «Ondercompensatie van verzekerden met V&V gebruik in het voorafgaande jaar» tonen wat de leden van de CDA-fractie betreft aan dat de risicoverevening een dringende en gedegen onderhoudsbeurt nodig heeft. Zij vragen of ik het met deze zienswijze eens ben.*

Ik ben het niet met deze zienswijze eens; de bewoording «een gedegen en dringende onderhoudsbeurt» suggereert dat er grootschalig achterstallig onderhoud is en dat is er niet. Ieder jaar wordt er onderhoud gepleegd aan bestaande vereveningskenmerken en wordt er onderzoek gedaan naar nieuwe vereveningskenmerken. Er is dus continu aandacht voor verbeteringen op het gebied van de risicoverevening, nu, maar ook in de afgelopen jaren.

*29. De leden van de CDA-fractie vragen of ik een duidelijk overzicht kan geven wat er in 2015 en 2016 op het terrein van de gehele risicoverevening allemaal onderzocht gaat worden.*

Er wordt ook dit jaar fors ingezet op een verdere verbetering van de risicovereveningsmodellen. Daarom loopt er op dit moment een ambitieus onderzoeksprogramma. Hieronder treft u een overzicht aan van de onderzoeken. De onderzoekagenda heb ik in overleg met Zorgverzekeraars Nederland, individuele zorgverzekeraars en het Zorginstituut – vertegenwoordigd in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) – opgesteld. Ik zal u in juni in mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen 2016 informeren over de uitkomsten van de onderzoeken.

Ik sta altijd open voor suggesties voor vervolgonderzoek. Wanneer ik de komende tijd suggesties ontvang van bijvoorbeeld onderzoekers, verzekeraars, toezichthouders of de Tweede Kamer, zal ik deze opnemen op een groslijst met mogelijke onderzoeken voor het volgende onderzoeksjaar. De onderzoeksagenda voor het vereveningsjaar 2017 (waarvoor de onderzoeken eind 2015 en begin 2016 zullen plaatsvinden) zal ik komende zomer in overleg met de leden van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening opstellen.

Voor de overzichtelijkheid heb ik de onderzoeken gegroepeerd naar: verbetering van de bestaande vereveningskenmerken, optimalisatie van de risicoverevening voor verpleging en verzorging, optimalisatie van de risicoverevening voor de langdurige en geneeskundige GGZ, onderzoek dat gedaan wordt in het kader van tegengaan van risicoselectie, onderzoek in het kader van de jaarlijkse herijking van de risicovereveningsmodellen en systematische evaluaties van het risicovereveningsstelsel.

#### *Verbetering van bestaande vereveningskenmerken*

- *Verbetering Farmacie kosten groepen (FKG):* Bij de verbetering van de FKG's wordt naast bestaande ook nieuwe geneesmiddelen betrokken

bij de identificatie van verzekerden met chronisch aandoeningen teneinde bestaande compensaties te verbeteren en nieuwe chronische aandoeningen te identificeren. Hierdoor verbetert de compensatie van chronisch zieken. Er is speciale aandacht voor het identificeren van chronisch zieken via dure geneesmiddelen en add ons en differentiatie in de gebruikshoeveelheden.

- *Verbetering Diagnose kosten groepen (DKG):* Net als bij de FKG's dienen op basis van nieuwe ontwikkelingen nieuwe DKG's ontwikkeld te worden. Met de verbetering van de DKG's is het streven nieuwe verzekerden met chronische aandoeningen te identificeren door in de risicoverevening met meer diagnoses rekening te kunnen houden. Ook hierdoor verbetert de compensatie van chronisch zieken. Ook laat ik onderzoeken of aanpassingen van de DKG's nodig zijn als gevolg van de overheveling van geriatrische revalidatiezorg, extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten en verpleging en verzorging.
- *Verbetering aard van inkomen, sociaal economische status (AVI/SES) en personen per adres:* Sociaal economische status is een belangrijk criterium in de risicoverevening. Dit criterium is gevoelig voor beleidswijzigingen in de sociale zekerheid en de definitie van onder andere het inkomen. In dit onderzoek wordt daarom gekeken naar de eventuele toepassing van een gestandaardiseerd inkomen, en de gevolgen van wijziging van de pensioengerechtigde leeftijd. De woonsituatie van een verzekerde heeft mogelijk ook voorspellende waarde voor toekomstige zorgkosten. Daarom wordt ook een mogelijke toevoeging van het kenmerk één persoonshuishouden (met het oog op de kosten voor verpleging en verzorging) onderzocht, wordt een betere identificatie van verzekerden die in een instelling verblijven gezien, en wordt een onderscheid gemaakt tussen verzekerden die al langer in een instelling verblijven en verzekerden die daar voor het eerst in worden opgenomen.

#### *Optimalisatie van de compensatie voor kosten van verpleging en verzorging*

- *Leeftijdsafhankelijkheid van morbiditeit:* Het vereveningsmodel was niet goed in staat de zorgkosten van chronisch zieke ouderen te voorspellen. In 2015 is het criterium generieke somatische morbiditeit ingevoerd om de compensatie van chronisch zieken te verbeteren. De toepassing van het criterium kan gezien worden als een eerste (generieke) stap op weg naar verdere, meer specifieke verbeteringen van het vereveningsmodel om chronisch zieken en ouderen beter te compenseren. De zorgkosten in de Zvw slaan steeds meer neer bij chronisch zieke ouderen. Alhoewel chronisch zieken via de verschillende morbiditeitscriteria expliciet worden gecompenseerd, blijken de kosten te verschillen naar leeftijd. In dit onderzoek worden de bestaande morbiditeitscriteria naar leeftijd gedifferentieerd om zo een betere compensatie te bieden voor de afzonderlijke groepen chronisch zieken.
- *Uitbreiding somatische model met kosten verpleging en verzorging:* In dit onderzoek wordt een begin gemaakt met de ontwikkeling van een vereveningsmodel dat somatische kosten inclusief kosten verpleging en verzorging voorspelt. In dit eerste deel worden de modelspecificaties van het somatische vereveningsmodel toegepast op het totaal van somatische kosten en kosten verpleging en verzorging. Ook wordt hierbij nagegaan in hoeverre een extra regio variabele specifiek voor de kosten verpleging en verzorging de werking van het vereveningsmodel verbetert.
- *Voorspellende waarde gebruik verpleging en verzorging in een voorgaand jaar:* Ondercompensatie van verzekerden die verpleging en



verzorging ontvangen moet worden weggenomen. Daarom wordt een onderzoek gedaan naar de effecten van opname van gebruik verpleging en verzorging in een vorig jaar als verklarende variabele in het vereveningsmodel. Hiermee worden vooral chronische zieken geïdentificeerd die structureel gebruik maken van verpleging en verzorging.

- *Voorspellende waarde gebruik geriatrische revalidatiezorg in een voorgaand jaar:* Ondercompensatie van verzekerden die chronisch ziek zijn en ondercompensatie van gebruikers van verpleging en verzorging moeten worden weggenomen. Daarom wordt een onderzoek gedaan naar de effecten van opname van gebruik van geriatrische revalidatiezorg in een vorig jaar als verklarende variabele in het vereveningsmodel. Daarnaast worden in dit onderzoek varianten voor de inzet van ex post compensaties voor de verpleging en verzorging doorgerekend.
- *Alleenstaande ouderen:* Uit onderzoek blijkt dat alleenstaande ouderen vaker gebruik maken van verpleging en verzorging dan ouderen die niet alleenstaand zijn. Daarom wordt onderzocht of het zinvol is om het risicovereveningsmodel uit te breiden met het kenmerk alleenstaanden, eventueel gesplitst naar leeftijd.
- *Instroom in een institutioneel huishouden:* Hierbij wordt gekeken of het onderscheid tussen verzekerden die het eerste jaar in een instelling terecht komen en verzekerden die al langere tijd in een zorginstelling verblijven zinvol is. De nieuwkomers kunnen immers hoge extramurale kosten verpleging en verzorging hebben voorafgaand aan hun opname, die nu niet adequaat gecompenseerd worden.

#### *Optimalisatie van de risicoverevening voor de geneeskundige en langdurige GGZ*

- *Doorontwikkeling model geneeskundige GGZ en langdurige GGZ:* Het onderzoek analyseert mogelijke samenhangen tussen geneeskundige GGZ en langdurige GGZ enerzijds en andere zorgkosten anderzijds. Ook wordt nagegaan of de geneeskundige GGZ kosten mee kunnen gaan in het somatische model (met toevoeging van de vereveningscriteria uit het geneeskundige GGZ-model). Tenslotte worden nieuwe varianten van het langdurige GGZ-model doorgerekend, waarbij gebruik wordt gemaakt van een nieuw vereveningskenmerk, namelijk gebruik van intramurale zorg in een voorgaand jaar. Een andere optie die in het onderzoek wordt meegenomen is om verzekeraars alleen het prijsrisico te laten lopen op de langdurige GGZ en niet het volumerisico.

#### *Tegengaan prikkels risicoselectie*

- *Seizoenswerkers:* Ik heb tijdens het dertigledendebat op 14 mei 2014 aan de Kamer toegezegd onderzoek te doen naar de mogelijkheden om het kenmerk seizoenarbeiders in de vereveningsmodellen mee te nemen (Handelingen II 2013/14, nr.82, item 14). Dit onderzoek wordt uitgevoerd in drie fases. In de eerste, al afgeronde fase, is aangetoond dat er bruikbare bestanden beschikbaar zijn waarmee de seizoenarbeiders kunnen worden geïdentificeerd. Momenteel is fase twee gestart, waarin wordt nagegaan of buitenlandse seizoenwerkers worden overgecompenseerd. Indien dit het geval wordt in fase drie van het onderzoek onderzocht of het mogelijk is een criterium toe te voegen aan het vereveningsmodel.
- *Gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar:* Dit onderzoek moet uitwijzen of een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar (vergoed vanuit het basispakket) het vereveningsresultaat van chronisch zieken kan verbeteren.

- *Hoge opleiding*: Speciale polissen voor hoger opgeleiden suggereren dat de compensatie van hoger opgeleiden niet adequaat is. Daarom laat ik conform de op 30 september aangenomen motie Dijkstra<sup>17</sup> onderzoeken of informatie over hoger opgeleiden op basis van het diplomaregister van DUO van toegevoegde waarde is voor het risicovereveningssysteem. Het onderzoek moet uitwijzen of de informatie over hoger opgeleiden geïntegreerd kan worden in het vereveningskenmerk sociaaleconomische status.

#### *Onderzoek in het kader van de jaarlijkse herijking van de risicovereveningsmodellen*

- *Conversieonderzoek somatische kosten*: Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie over ziekenhuiskosten van 2013 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2016 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Voor zover dit niet het geval is worden conversies uitgevoerd.
- *Conversieonderzoek kosten geneeskundige GGZ*: Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de geneeskundige GGZ van 2013 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2016 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Voor zover dit niet het geval is worden conversies uitgevoerd.
- *Conversieonderzoek voormalige AWBZ-zorg*: Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de overgehevelde zorg (langdurige GGZ, verpleging en verzorging, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten) van 2013 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2016 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Voor zover dit niet het geval is worden conversies uitgevoerd.
- *Pre-Overall Toets; combinatie onderzoeken op data 2012*: Nadat alle onderzoeken naar mogelijke verbeteringen van de modellen zijn afgerond worden de voorlopige nieuwe ex ante modellen gekozen. Alle verbeteringen die volgen uit de onderzoeken worden in principe verwerkt in de nieuwe modellen. Deze modellen wordt vervolgens doorgerekend op data van 2012. Hierna wordt besloten welke modellen in de Overall Toets op de nieuwe data (2013) worden doorgerekend.
- *Normbedragen: Gegevensfase, Overall Toets en berekening normbedragen*: De vaststelling van de normbedragen gebeurt in een aantal fasen, die één groot onderzoek vormen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt (onder andere met behulp van de conversieonderzoeken). Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (vereveningscriteria) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen.

#### *Systematische evaluaties van het risicovereveningssysteem*

- *Evaluatie afschaffing macronaïcalculatie*: Aan de Tweede Kamer is een onderzoek toegezegd naar de effecten van de afschaffing van de macronaïcalculatie per 2012. In de jaren voor de afschaffing kwamen de kostenoverschrijdingen op macroniveau ten laste van de overheid, na de afschaffing draaien zorgverzekeraars daar zelf voor op. De evaluatie betreft de jaren 2010 tot en met 2013, uitgesplitst naar deelbedragen, gebaseerd op de voorlopige vaststellingen.
- *Kwantitatieve analyse 2011*: Elk jaar wordt nagegaan welk effect de verevening heeft op (de spreiding van) het financieel resultaat van zorgverzekeraars. Door de ex ante verevening neemt de spreiding in

<sup>17</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 553

het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars sterk af. De kwaliteit van de verevening wordt hiermee jaarlijks gemonitord. Daarnaast wordt duidelijk wat de kwaliteit van de beslisinformatie was ten tijde van de Overall Toets. Het onderzoek bespreekt een relatief oud jaar, omdat de definitieve vereveningsbijdrage pas na vier jaar kan worden vastgesteld.

### **Overbetaling ouderen en chronisch zieken**

*30. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat het complex is als variabelen en kenmerken in het vereveningssysteem wijzigen. Zij vragen of dit niet juist een consequentie is van het gevoerde overheidsbeleid om delen van de langdurige zorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen? Graag ontvangen zij een reactie hierop.*

De zorg die per 2015 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw, wordt gekenmerkt door een zeer scheve verdeling van de kosten over de verzekerden. De huidige criteria die in de vereveningsmodellen zijn opgenomen zijn nog niet goed in staat om de kosten van de langdurige GGZ en verpleging en verzorging te voorspellen. Zoals ik in mijn antwoord op de vorige vraag heb laten zien, laat ik dit jaar een groot aantal onderzoeken uitvoeren. Deze kunnen tot gevolg hebben dat per 2016 nieuwe criteria worden toegevoegd en bestaande criteria worden uitgebreid met extra klassen. Dat maakt de modellen inderdaad ingewikkelder, maar is noodzakelijk om de verklaringskracht van de modellen te verbeteren. Daarnaast kunnen de modellen echter ook worden uitgebreid en dus ingewikkelder worden door redenen die los staan van de overhevelingen, bijvoorbeeld om de prikkel tot risicoselectie te mitigeren. Denk aan hoogopgeleiden en seizoensarbeiders. Bij de uitbreiding van de risicovereveningsmodellen zal dus steeds een afweging moeten worden gemaakt tussen factoren als het tegengaan van risicoselectie, het verbeteren van de verklaringskracht en de eenvoud en transparantie.

*31. De leden van de CDA-fractie vragen wat er specifiek in 2015 en 2016 gaat gebeuren om de compensatie voor ouderen en chronisch zieken te verbeteren.*

Hoewel het Nederlandse risicovereveningssysteem tot de beste van de wereld behoort, bestaan er nog groepen chronisch zieken en ouderen waarvoor verzekeraars onvoldoende worden gecompenseerd. Daarom werk ik jaar op jaar aan het op peil houden en verbeteren van de risicovereveningsmodellen. Per 2015 heb ik een extra criterium in het model opgenomen dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen (generieke somatische morbiditeit). Dit criterium zorgt ervoor dat een grote groep chronisch zieken niet langer ondergecompenseerd wordt. 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. Zoals mijn antwoord op vraag 29 laat zien, laat ik op dit moment een groot aantal onderzoeken uitvoeren die onder andere tot doel hebben om de compensatie van chronisch zieken en ouderen per 2016 nog verder te verbeteren. Pas als al deze onderzoeken zijn afgerond kan ik keuzes gaan maken over aanpassing van vereveningsmodellen per 2016. In mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante modellen, die u zoals elk jaar in juni ontvangt, zal ik u hierover informeren. Vervolgens laat ik de modellen in de zomer doorrekenen, waarna ik u in september zal informeren over de definitieve vormgeving van de modellen in 2016 en de inzet van ex post compensaties.

32. *De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat in de zomermaanden een criterium aan de vereveningsmodellen is toegevoegd; Generieke Somatische Morbiditeit» (GSM). Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar een alternatief hiervoor; het leeftijdsafhankelijk maken van de criteria «FarmacieKostenGroep» (FKG), «DiagnoseKostenGroep»(DKG) en «HulpmiddelenKostenGroep» (HKG). Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit inhoudelijk beter is, en beter uit te leggen is. Graag ontvangen zij een reactie van mij hierop.*

Zoals ik in mijn brief van 19 september 2014<sup>18</sup> heb aangegeven, kan de opname van GSM als een eerste (generieke) stap worden gezien om chronisch zieken en ouderen in het vereveningsmodel beter te compenseren. De leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria leveren mogelijk een meer specifieke, en daarmee beter te onderbouwen, verbetering op. Of dat het geval is, zal het onderzoek moeten uitwijzen. Daar kan ik nu nog niet op vooruitlopen.

33. *De leden van de CDA-fractie vragen wanneer dit onderzoek klaar is en wanneer de Kamer hierover geïnformeerd wordt.*

Ik verwacht dat dit onderzoek in maart afgerond zal zijn. Daarna zal nog een vervolgonderzoek plaatsvinden waarbij dit onderzoek wordt gecombineerd met de uitkomsten van het onderzoek naar verbetering van de FKG's, zodat ook naar eventuele nieuwe of aangepaste FKG's wordt gekeken. Dit onderzoek is naar verwachting in mei gereed. Over de uitkomsten zal ik de Tweede Kamer, zoals gebruikelijk, informeren in juni in mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risico-vereveningsmodellen voor het komende jaar.

#### **Ondercompensatie gebruikers verpleging en verzorging in voorgaand jaar**

34. *De leden van de CDA-fractie vragen wat ik vind van de aanbeveling:*  
a) *om de vereveningsbijdrage voor de morbiditeit te differentiëren naar leeftijd;*  
b) *het maken van een specifiek regiomodel waarin de variabelen van aanbod van V&V-zorg en GRZ worden meegenomen;*  
c) *of een vereveningskenmerk van het V&V-gebruik in t-1?*  
*Deze leden ontvangen graag op alle drie aanbevelingen een reactie.*

- a) Het model kan mogelijk worden verbeterd door het opnemen van een criterium dat gebaseerd is op de interactie tussen morbiditeit en leeftijd. Daarom laat ik onderzoek uitvoeren naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken, waarmee de vereveningsbijdrage voor de morbiditeit naar leeftijd wordt gedifferentieerd.
- b) Deze aanbeveling is uitgevoerd. In het risicovereveningsmodel voor verpleging en verzorging voor 2015 is een regiokenmerk opgenomen, dat gebaseerd is op zorgkantorregio's. Dit regiokenmerk compenseert voor aanbodgerelateerde kostenverschillen verpleging en verzorging. De kosten van GRZ zijn per 2015 toegevoegd aan de variabele zorgkosten (het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg). In dit vereveningsmodel is ook een regiokenmerk opgenomen. Dit regiokenmerk onderscheidt geen regio's in de zin van geografisch aaneengesloten gebieden, maar betreft een clustering van postcodes die gelijkenis vertonen wat betreft demografische variabelen, inkomen, en factoren die samenhangen met aanbod van zorg (bijvoorbeeld afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis). Deze regio wordt elk jaar opnieuw berekend, en in 2015 zijn de kosten GRZ opgenomen. Voor

<sup>18</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 544

volgens onderzoeksjaar is een uitgebreidere update van het verklingsmodel voor de regio gepland.

- c) Deze aanbeveling is uitgevoerd. Recent is een onderzoek afgerond naar de voorspellende waarde van gebruik van verpleging en verzorging in een vorig jaar. Gebruik van V&V in een vorig jaar is een veelbelovend criterium om zorgkosten van chronisch zieken en ouderen beter te compenseren. Ik laat in vervolgonderzoek dit criterium in samenhang met andere modelverbeteringen bezien. Over de uitkomsten van de onderzoeken zal ik u informeren in mijn brief van juni over de voorgenomen vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2016.

*35. Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie weten of ik van mening ben dat in 2017 een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ-kosten reëel is.*

Het primaire doel van het risicovereveningssysteem is het borgen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Een maat die uitdrukt in hoeverre het gelijke speelveld geborgd wordt is de spreiding tussen verzekeraars in het financiële resultaat. Hoe groter de reductie van de spreiding in het financiële resultaat op verzekeraarsniveau door de ex ante risicoverevening, hoe beter het risicovereveningssysteem erin slaagt het gelijke speelveld te borgen. Uit de meest recent uitgevoerde kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem blijkt dat door de inzet van de ex ante risicoverevening de spreiding in het resultaat van zorgverzekeraars afneemt met ruim 80 procent<sup>19</sup>. Dit percentage is zo goed als gelijk voor het somatische model (80,6 procent) als voor het geneeskundige GGZ-model (80,5 procent).

Ik concludeer daaruit dat het risicovereveningsmodel voor de kosten geneeskundige GGZ even adequaat is als het model voor de somatische zorg wat betreft het borgen van het gelijke speelveld. De genoemde kwantitatieve analyse betreft het jaar 2010; sindsdien is het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ nog ingrijpend gewijzigd door de stapsgewijze uitbreiding van de farmaciekostengroepen naar in totaal zeven groepen, de toevoeging van de diagnosekostengroepen psychische aandoeningen en meerjarige hoge kosten. Deze wijzigingen hebben waarschijnlijk het effect dat de spreidingsreductie van het resultaat op verzekeraarsniveau verder toeneemt. Ik concludeer daaruit dat een adequaat systeem van risicoverevening voor de geneeskundige GGZ-kosten per 2017 reëel is.

Voor de langdurige GGZ ligt dat anders. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 14 heb aangegeven zal ik u uiterlijk 1 juli 2016 laten weten of de langdurige GGZ risicodragend kan worden uitgevoerd door verzekeraars, omdat er sprake is van een adequaat systeem van ex ante risicoverevening. Een blijvend niet-risicodragende uitvoering na 2017 binnen de Zvw is in mijn ogen echter geen optie. Wanneer de kwaliteit van de ex ante risicoverevening onvoldoende blijkt en de langdurige GGZ daarom niet risicodragend uitgevoerd kan worden, hoort de langdurige GGZ naar mijn mening niet thuis in de Zvw.

*36. In het januarinummer van Economisch Statistische Berichten (ESB) staat een artikel over de risicoverevening voor verpleging en verzorging. De auteurs willen een model met ex ante hoogrisicoverevening; een systeem waarbij verzekeraars een beperkte groep verzekerden vooraf mag*

<sup>19</sup> De Kamer is op 27 januari 2015 per brief geïnformeerd over dit onderzoek (Kamerstuk 29 689 nr. 577).

*aanmelden. De leden van de CDA-fractie vragen wat ik vind van dit voorstel?*

*37. De leden van de CDA-fractie vragen wat de voor- en nadelen zijn als zo'n soort model wordt ingevoerd.*

Kern van deze methode is dat van tevoren door verzekeraars een beperkte groep verzekerden wordt aangewezen waarvoor een hoog risico op hoge zorgkosten geldt. In theorie zou dit kunnen leiden tot minder prikkels voor risicoselectie en een beter speelveld voor verzekeraars. In de praktische uitvoering zie ik echter een aantal wezenlijke vragen. Is een verzekeraar goed in staat om een dergelijke hoogrisicogroep te identificeren? Kan dit op basis van objectief meetbare criteria? En voegt dit iets toe aan de groepen die nu al via de vereveningscriteria worden geïdentificeerd? Welke omvang zou een dergelijke groep moeten hebben, en moet de omvang gedifferentieerd worden naar verzekeraar en hoe zou dit dan moeten gebeuren? Hoe moet de compensatie vastgesteld worden, op basis van gemiddelde kosten uit het verleden of op basis van het gemiddelde verlies uit het verleden? Moeten deze verzekerden en hun compensatie onderdeel zijn van het ex ante risicovereveningsmodel of daarbuiten gelaten worden? De hoeveelheid vragen over de praktische uitvoering geven aan dat de invoering van hoge risicoverevening niet direct eenvoudig is. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of en in welke vorm hoge risicoverevening toepasbaar is.

Mijn voorkeur gaat uit naar het verder verbeteren van de vereveningsmodellen door middel van het verbeteren van de bestaande criteria en het testen van nieuwe criteria. Ik verwacht dat hierdoor de verevening verbetert, ook voor de gebruikers van verpleging en verzorging. De onderzoekers van SiRM (zie ook het SiRM rapport «Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening») geven zelf ook aan dat het toevoegen van criteria de voorkeur heeft boven (onder meer) het alternatief van de hoogrisicoverevening.

*38. De leden van de CDA-fractie vragen of ik hier onderzoek naar doe.*

Ik doe momenteel geen onderzoek naar de methode van ex ante hoogrisicoverevening.

Mijn voorkeur gaat uit naar verbetering van de ex ante vereveningsmodellen via verbetering van bestaande criteria en het ontwikkelen van nieuwe criteria. Ook onderzoeken van iBMG en SiRM geven aan dat dit de voorkeur verdient. Dit jaar heb ik daarom alle beschikbare onderzoekscapaciteit hier op ingezet.

*39. De leden van de CDA-fractie vragen ook in hoeverre een MHK-ingroeitraject voor de eerste jaren een bijdrage zou leveren aan een acceptabele risicoverevening voor de verpleging en verzorging.*

Voor de uitvoering van de risicoverevening is het van belang dat een criterium meerjarige hoge kosten (MHK) gebaseerd is op kosten die gedeclareerd zijn in het kader van de Zvw. Aangezien MHK gebaseerd is op een driejarige kostenhistorie, kan pas in risicovereveningsmodel 2018 de kosten meelopen bij de bepaling van de MHK (want dan zijn over 2015, 2016 en 2017 declaraties vanuit de Zvw beschikbaar). Ik heb onderzoek laten doen naar een criterium gebaseerd op het gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar. Dit criterium zou voor het risicovereveningsmodel 2016 ingevoerd kunnen worden. Dit criterium kan gezien worden als een MHK-ingroeitraject.

*40. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre met de V&V ook gewerkt kan worden met V&V-kostengroepen.*

Recent heb ik onderzoek laten uitvoeren naar de toegevoegde waarde van het gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar. Daar is expliciet een variant onderzocht waarin gedifferentieerd wordt naar verschillende kostengroepen. Over de uitkomsten van dit onderzoek zal ik de Tweede Kamer informeren in juni in mijn brief over de voorgenoemen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2016.

*41. De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er op dit moment geen onderzoek plaats vindt dat gericht is op verbetering van het de risicoverevening van de V&V door middel van nieuwe criteria. Zo ja, waarom is dit niet het geval?*

Dit is onjuist. Een belangrijk deel van de onderzoeken die thans plaatsvinden of de afgelopen maanden plaats hebben gevonden zijn gericht op de verbetering van de risicoverevening van de kosten verpleging en verzorging (naast de variabele zorgkosten en de geneeskundige GGZ). Van belang zijn de onderzoeken naar de verbetering van farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen, waarin expliciet wordt gekeken naar uitbreiding van de bestaande klassen gegeven de kosten verpleging en verzorging. Daarnaast is onderzocht of een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van verpleging en verzorging in een voorgaand jaar van toegevoegde waarde is. De komende maanden wordt gezien of onderscheid kan worden gemaakt tussen verzekerden die het eerste jaar in een instelling terecht komen en verzekerden die al langere tijd in een zorginstelling verblijven. De nieuwkomers kunnen immers hoge extra-murale kosten verpleging en verzorging hebben voorafgaand aan hun opname, die nu niet adequaat gecompenseerd worden. Ook wordt gekeken of het zinvol is om het vereveningsmodel uit te breiden met een kenmerk «alleenstaande ouderen» omdat blijkt dat zij vaker gebruik maken van verpleging en verzorging. Ten slotte wordt de toegevoegde waarde onderzocht van leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken, waardoor gezonde jongeren respectievelijk ouderen beter kunnen worden onderscheiden van ongezonde jongeren respectievelijk ouderen.

*42. De leden van de CDA-fractie vragen of de verbetering van het risicovereveningsmodel juist niet moet komen van nieuwe verdeelcriteria voor de verpleging en verzorging?*

Daar ben ik het mee eens.

*43. De leden van de CDA-fractie vragen of ik bereid ben het onderzoek hieromtrent met een hoge urgentie op te pakken?*

Dit onderzoek is de afgelopen maanden reeds met hoge urgentie opgepakt.

### **Risicoverevening GGZ**

*44. GGZ Nederland geeft aan dat, wanneer de meerjarig hoge kosten geen onderdeel meer uitmaken van het vereveningssysteem, het systeem verder uit balans raakt. De leden van de CDA-fractie vragen of ik deze zienswijze deel. Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie op dit specifieke punt.*

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ is per 2015 uitgebreid met het vereveningskenmerk meerjarige hoge kosten. Dit kenmerk onderscheidt verzekerden met driejarige hoge kosten van

verzekerden die tenminste één van de drie jaren geneeskundige GGZ-kosten hebben van verzekerden die drie jaren geen geneeskundige GGZ-kosten hebben. Dit vereveningskenmerk verbetert het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Ik ben niet van plan het vereveningskenmerk binnenkort weer af te schaffen.

*45. De leden van de CDA-fractie vragen of ik denk dat het mogelijk is voor 1 januari 2016 een adequaat ex-ante model te ontwikkelen voor de langdurige GGZ.*

Op dit moment loopt een onderzoek naar de vormgeving van een vereveningsmodel gericht op de langdurige GGZ. Het blijkt lastig om op basis van de gegevens over verzekerdkenmerken die beschikbaar zijn voor de risicoverevening, te voorspellen welke GGZ-cliënt langdurig opgenomen wordt en welke cliënt ambulante behandeld wordt. Het onderzoek richt zich daarom noodgedwongen op de voorspelling van de kosten langdurige GGZ op basis van gebruik van intramurale zorg in het verleden. Een dergelijk vereveningskenmerk heeft als nadeel dat het primair gebaseerd is op zorggebruik in het verleden, en niet primair op gezondheidsverschillen tussen verzekerden, waardoor ongewenste prikkels kunnen ontstaan.

Een andere optie die in het onderzoek wordt meegenomen, is om verzekeraars alleen het prijsrisico te laten lopen op cliënten in de langdurige GGZ, en niet het volumerisico. Dit kan worden gedaan door een forfaitair bedrag te verstrekken per cliënt langdurige GGZ dat gelijk is aan de gemiddelde kosten of de kostprijs. De resultaten van het onderzoek moeten uitwijzen of een van deze routes begaanbaar is en welke route de voorkeur heeft.

Over de uitkomsten van het onderzoek naar een vereveningsmodel gericht op de langdurige GGZ zal ik de Tweede Kamer informeren in juni in mijn brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2016.

*46. De leden van de CDA-fractie vragen wat ik vind van het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland die aangeeft uitstel te willen van de risicodragendheid voor de wijkverpleging en de GGZ.*

*47. De leden van de CDA-fractie vragen, als ik denk dat dit wel zou moeten kunnen, welk tijdspad en welke deadline worden er dan gehanteerd.*

Het uitgangspunt is volledige risicodragendheid voor deze kosten in 2017. Daarom span ik mij tot het uiterste in om de kwaliteit van het ex ante model voor de kosten voor verpleging en verzorging te verbeteren. Bij verpleging en verzorging hangt de precieze omvang van de stap die gemaakt kan worden ten aanzien van de risicodragendheid in 2016 (waarover ik u in september 2015 zal informeren), af van wat in het ex ante systeem kan worden verbeterd in combinatie met de verwachting dat verzekeraars na het overgangsjaar 2015 een beter beeld hebben van – en invloed kunnen hebben op – de te leveren zorg. Er is een geloofwaardig perspectief op effectieve risicoverevening voor verpleging en verzorging. Dat blijkt uit een aantal onderzoeken, waaronder het artikel van iBMG «risicoverevening voor de ouderenzorg» in Economische Statistische Berichten in 2013. Zoals ik tijdens het AO Zvw/Risicoverevening op 23 september 2014 heb aangegeven, houd ik daaraan vast, tenzij gedurende de komende tijd blijkt dat dit onverantwoord zou zijn.



Wat betreft de langdurige GGZ streef ik eveneens naar een volledig risicodragende uitvoering van deze zorg eind 2017. Hier is de kwaliteit van het ex ante model leidend. Zoals ik heb aangegeven tijdens het VAO Zvw/Risicoverevening op 30 september 2014, zal ik u uiterlijk 1 juli 2016 informeren over de vraag of er perspectief is op volledig risicodragende uitvoering van de langdurige GGZ door zorgverzekeraars. Indien de langdurige GGZ niet risicodragend uitgevoerd kan worden, hoort deze naar mijn mening niet thuis in de Zvw.

*48. Deze vormen van zorg hebben een heel ander karakter dan de curatieve zorg. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel zullen daarom onvoldoende de kosten van de overgehevelde zorg op individueel verzekerdeniveau kunnen voorspellen. Dit kan vervolgens leiden tot voorspelbaar winstgevende en voorspelbaar verliesgevende verzekerden, wat weer kan leiden tot (indirecte) risicoselectie. De leden van de CDA-fractie vragen of ik dit risico ook zie.*

Als de compensaties vanuit het risicovereveningssysteem inadequaat zijn, wordt risicoselectie een lonende strategie. Bij een inadequaat risicovereveningssysteem zie ik dus zeker het risico van (indirecte) risicoselectie.

*49. De leden van de CDA-fractie vragen wat ik van plan ben hieraan te doen.*

Bij een goed werkend risicovereveningssysteem is (indirecte) risicoselectie geen lonende strategie. Immers, een verzekeraar krijgt voor een ongezonde verzekerde een veel hogere compensatie dan voor een gezonde verzekerde, gelijk aan de te verwachten zorgkosten. Het belang van een adequaat werkend risicovereveningssysteem is dus groot. Ik heb daarom het onderzoek naar de verbetering van de verevening van de kosten verpleging en verzorging en de kosten van de langdurige GGZ met grote urgentie opgepakt. Voor de details verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 41 en 45.

### **Overige vragen**

*50. De leden van de CDA-fractie vragen of ik meer inzicht kan geven in de minimale vereiste solvabiliteit die zich vanaf 2006 heeft ontwikkeld (in euro's op basis van de kosten van het macroprestatiebedrag), en waardoor de stijging is veroorzaakt. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt.*

#### **Minimaal vereiste solvabiliteit (basis- plus aanvullende verzekering)**

Ultimo	in mln. euro's	als % van de schade
2006	2.713	8%
2007	2.734	8%
2008	2.737	8%
2009	2.905	8%
2010	3.387	9%
2011	3.529	9%
2012	4.241	11%
2013	4.307	11%
2014	<sup>1</sup>	11%

<sup>1</sup> Cijfers 2014 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: DNB.

In de jaren 2006–2009 gold voor zorgverzekeraars een solvabiliteitseis van 8% van de gemiddelde bruto schaden in de afgelopen drie jaar. Vanwege de risicomitigerende werking van het risicovereveningssysteem bestond er voor zorgverzekeraars een afslag van tweederde ten opzichte van de eis van 24% die voor reguliere schadeverzekeraars gold. Met oog op de afbouw van de ex post compensaties heeft DNB haar advies voor de minimaal vereiste solvabiliteit in 2010 verhoogd naar 9% en in 2012 naar 11%. De aan te houden solvabiliteit in euro's is de afgelopen jaren uiteraard ook toegenomen als gevolg van stijgende zorgkosten.

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars hogere reserves aangehouden dan wettelijk minimaal vereist. Dit vanwege de onzekerheden rondom de verhoogde minimale solvabiliteitseis onder Solvency II en de overhevelingen vanuit de AWBZ.

*51. Op eerdere vragen over risicoverevening en risicoselectie die mevrouw Bruins Slot op 17 november 2014 heeft ingezonden heb ik geantwoord dat ik niet weet welke zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie, en niet weet voor welke groepen patiënten precies en hoe lang dit al zou spelen. Dit voorgaande blijkt uit het onderzoek van KPMG Evaluatie Zorgverzekeringswet 2014. De leden van de CDA-fractie vinden het verontrustend dat ik niet over deze informatie beschik. Zij verzoeken mij contact op te nemen met KPMG voor welke zorgverzekeraars dit het geval is.*

Het is juist dat tijdens de focusgroepen in het kader van de evaluatie door deelnemers is aangegeven dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden. Het is echter niet de bedoeling dat dergelijke informatie over individuele actoren in het veld openbaar wordt. In het rapport is dan ook de disclaimer opgenomen: «de in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit».

Ik vind ook niet dat ik dergelijke informatie over individuele zorgverzekeraars behoef te hebben. Ik beschik namelijk wel over informatie in hoeverre zorgverzekeraars bezig zijn met zorginkoop. Deze informatie is ook bekend bij de Tweede Kamer. In de diverse markscans van de NZa (o.a. medisch specialistische zorg, GGZ, farmacie, ketenzorg, huisartsenzorg), die aan de Tweede Kamer zijn toegestuurd in de afgelopen tijd is informatie opgenomen over de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars.

Verder zie ik het vooral als de rol van de NZa om als marktmeester individuele zorgverzekeraars aan te spreken indien zijn niet voldoen aan de eisen die de Zvw en WMG aan hen stellen.

*52. Uit de onderzoeken inzake het eigen risico blijkt dat er zowel in 2008 als in 2009 sprake is geweest van een misraming. KPMG geeft aan dat dit procentueel een grote afwijking is. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat de onderliggende oorzaken zijn dat de raming van het eigen risico niet klopt.*

Uit de kwantitatieve analyse van het eigen risico-model 2010 door KPMG blijkt dat het eigen risico dat verzekeraars hebben geïnd bij hun verzekerden over de jaren 2008, 2009 en 2010 elk jaar circa 5% lager was dan de macro geraamde opbrengst van het eigen risico in de Rijksbegroting waarop de ingehouden vereveningsbijdrage wordt gebaseerd. De oorzaak van dit verschil tussen de macroraming en de macrorealisatie van het eigen risico is niet bekend. Mogelijk was er sprake van een te optimis-

tische macroraming, maar het verschil kan ook veroorzaakt zijn doordat het wettelijk eigen risico niet in alle gevallen geïnd is of kon worden door verzekeraars.

*53. De Minister zou de Kamer ook voor het einde van 2014 informeren over de werking van het gehele risicovereveningssysteem van 2010. De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de Kamer dit onderzoek nog niet ontvangen heeft? Zo ja, wanneer kan zij dit ontvangen?*

Ik heb dit onderzoek plus begeleidende brief op 27 januari 2015 naar de Kamer gestuurd.<sup>20</sup>

### **Inbreng PVV-fractie**

*54. De leden van de PVV-fractie vragen of ik gegevens heb over het overstappedrag van chronisch zieken en ouderen.*

*55. De leden van de PVV-fractie vragen of zij deze gegevens kunnen krijgen.*

Ik heb in december de NZa gevraagd onderzoek te doen naar mogelijke risicoselectie. In dat kader onderzoekt de NZa op polisniveau of er polissen zijn die erin slagen om winstgevende verzekerden aan te trekken en verliesgevende verzekerden af te houden. De NZa rapporteert hierover in haar Marktscan zorgverzekeringsmarkt. Zodra ik deze heb ontvangen, stuur ik u deze Marktscan toe.

*56. De leden van de PVV-fractie vragen of ik in dit kader ook heb overwogen om het afsluiten van meerjarige contracten toe te staan.*

Het afsluiten van meerjarige contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders is reeds toegestaan. Dat is niet het geval ten aanzien van zorgverzekeraars en verzekerden. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars zich blijvend inzetten voor hoge kwaliteit, goede service en een betaalbare premie is het van belang dat verzekerden kunnen stemmen met de voeten. Het recht om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen biedt verzekerden deze mogelijkheid. Ik verwijs terzake ook naar een verzoek van de VVD-fractie en mijn reactie daarop.<sup>21</sup>

*57. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat de Verpleging en Verzorging (V&V) en de langdurige GGZ een heel ander karakter hebben dan de curatieve zorg. Het zal heel moeilijk, zo niet onmogelijk, zijn om hier een goed werkend ex ante model voor te ontwikkelen. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel kunnen onvoldoende de kosten van de overgehevelde zorg voorspellen op individueel verzekerdeniveau. Een oplossing hiervoor zou kunnen liggen in het overhevelen van de V&V en de langdurige GGZ van de Zorgverzekeringwet naar de Wet langdurige zorg. De leden van de PVV-fractie vragen of ik dit wil overwegen.*

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 14 heb aangegeven, zijn de ex ante modellen op dit moment nog niet goed genoeg in staat om de kosten voor verpleging en verzorging en de langdurige GGZ te voorspellen. Voor de verpleging en verzorging heb ik er echter vertrouwen in dat dit binnen twee jaar wel het geval zal zijn. Bovenal ben ik er vanwege zorginhoudelijke redenen van overtuigd dat verpleging en verzorging thuishoort in de Zvw.

<sup>20</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 577

<sup>21</sup> Handelingen II 2013/14, nr. 17, item 7

Bij de langdurige GGZ heb ik meer twijfels of er perspectief is op volledig risicodragende uitvoering door verzekeraars. Zoals ik tijdens het VAO Zvw/Risicoverevening op 30 september 2014 heb toegezegd, zal ik u uiterlijk 1 juli 2016 laten weten of de langdurige GGZ risicodragend kan worden uitgevoerd door verzekeraars. Indien de langdurige GGZ niet risicodragend uitgevoerd kan worden, hoort deze naar mijn mening niet thuis in de Zvw.

*58. De leden van de PVV-fractie vragen of ik naast onderzoek voor verbetering ook naar alternatieve oplossingen kijk, bijvoorbeeld het introduceren van «pooling» waarbij verzekeraars de meerkosten van specifieke groepen verzekerden met elkaar delen. De leden van de PVV-fractie vragen of zij hier een reactie op kunnen krijgen.*

Momenteel heeft het verbeteren van bestaande vereveningscriteria en het ontwikkelen van nieuwe vereveningscriteria de voorkeur en prioriteit. Andere alternatieven onderzoek ik momenteel niet. Ook de methode van «pooling» wordt momenteel niet door mij onderzocht. Het risicovereveningssysteem kan overigens als een vorm van pooling worden gezien.

### **Inbreng D66-fractie**

#### ***Chronisch zieken en gehandicapten***

*59. De leden van de D66-fractie vragen wat mijn oordeel is over het voorstel van SiRM voor de zogenaamde ex ante hoge risicoverevening.*

De methode van ex ante hoge risicoverevening heeft niet mijn eerste voorkeur. Het genoemde onderzoek van SiRM, maar ook studies van iBMG geven aan dat het verbeteren van het ex ante risicovereveningsmodel de voorkeur heeft. Zie verder mijn antwoord op vraag 37.

*60. De leden van de D66-fractie constateren dat onderzoek naar de vereveningsformule 2015 aantoont dat deze formule voor verpleging en verzorging leidt tot significante ondercompensaties voor hoog risicoverzekerden. Zij vragen of ik erken dat de huidige vereveningsformule niet in alle gevallen voorziet in het wegnemen van prikkels tot risicoselectie. 61. Zo ja, dan vragen de leden van de D66-fractie welke stappen ik ga nemen om deze formule aan te passen.*

Ik erken dat de huidige vereveningsformule niet in alle gevallen de prikkels tot mogelijke risicoselectie kan voorkomen. Momenteel laat ik daarom veel onderzoek doen naar verbetermogelijkheden van het vereveningsmodel. Zie voor het complete overzicht het antwoord op vraag 29. De onderzoeken zijn gericht op het verbeteren van bestaande vereveningscriteria en het testen van nieuwe vereveningscriteria. In de onderzoeken worden onder meer leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria ontwikkeld en worden nieuwe criteria ontwikkeld zoals het gebruik van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar. Ik verwacht daarom dat de verevening van de groep hoog risico verzekerden zal verbeteren. Hiermee zullen de prikkels tot risicoselectie ook minder worden.

*62. De leden van de D66-fractie vragen wat dit in mijn ogen betekent dit voor de termijn waarop vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor V&V kan plaatsvinden.*

Het is mijn ambitie om per 2017 volledige risicodragendheid te hebben ingevoerd voor alle Zvw-kosten. De huidige resultaten van de verevening vormen voor mij geen reden om van deze ambitie af te stappen. Momenteel wordt veel onderzoek gedaan naar verbetering van de

vereveningsmodellen. Ik verwacht dat hierdoor de modellen verder zullen verbeteren. Ook is van belang dat zorgverzekeraars mijns inziens voldoende tijd krijgen toe te groeien naar de situatie van het volledig dragen van de risico's. Ook voor het komend jaar zal ik een weloverwogen keuze maken voor de inzet van ex post compensaties, waarbij enerzijds een stap gezet wordt naar volledige risicodragendheid maar anderzijds ook ruimte is voor verzekeraars om verder te groeien in de zorginkoop van verpleging en verzorging.

## **GGZ**

*63. De leden van de D66-fractie vragen of ik de constatering deel dat de uitbreiding van het ex ante model voor de GGZ de verklaringskracht van het model op verzekeraarsniveau slechts beperkt verbetert, mede omdat deze wordt verstoord door een beperkt aantal zeer complexe patiënten.*

Allereerst wil ik opmerken dat het niet aan de orde is dat patiënten een model verstoren. Het model dient de werkelijkheid zo goed mogelijk te voorspellen, en het moet niet zo zijn dat de werkelijkheid zich moet voegen naar het model. De kosten in de GGZ zijn inderdaad zeer scheef verdeeld. Een omvangrijk gedeelte van de kosten komt terecht bij een beperkte groep patiënten. Voor de geneeskundige GGZ geldt dat circa 3% van de patiënten goed is voor ruim 40% van de totale schadelast (cijfers 2011). De zorgkosten van de groep duurste patiënten zijn hoog vanwege langdurig verblijf en/of crisiszorg. Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ is per 2014 uitgebreid met de vereveningskenmerken diagnosekostengroepen psychische aandoeningen, waardoor verzekerden met chronische psychiatrische problematiek worden onderscheiden van andere verzekerden, en per 2015 met meerjarige hoge kosten, waardoor verzekerden met drie jaar lang hoge geneeskundige GGZ-kosten worden onderscheiden van verzekerden met tenminste een jaar geneeskundige GGZ-kosten en van verzekerden zonder geneeskundige GGZ-kosten. Deze kenmerken richten zich op de patiënten die chronisch dure zorg nodig hebben. Vooral de uitbreiding van het model met de diagnosekostengroepen psychische aandoeningen heeft de verevenende werking van het vereveningsmodel sterk verbeterd, ook op verzekeraarsniveau, en niet slechts beperkt verbeterd, zoals de leden van D66 stellen. Door de uitbreiding met deze kenmerken is een belangrijk deel van de hoge kosten te voorspellen, zij het dat de kosten van de groep allerduurste geneeskundige GGZ-patiënten niet volledig gecompenseerd worden. Deze zeer hoge kosten zijn voor een belangrijk deel onvoorspelbaar (dat wil zeggen, het is vooraf niet te zeggen welke patiënt zeer hoge kosten zal hebben). In de risicoverevening is het van belang te compenseren voor voorspelbare kosten, niet voor onvoorspelbare kosten. Vanuit het oogpunt van risicoselectie zijn immers voorspelbare kosten van veel groter belang dan onvoorspelbare kosten. Bovendien is juist sprake van een verzekering, omdat er zich onvoorspelbare kosten voordoen.

*64. De leden van de D66-fractie vragen of ik bereid ben te onderzoeken welke vormen van zorg en welke patiëntgroepen de werking van het vereveningssysteem voor de GGZ het sterkst verstoren.*

Het risicovereveningssysteem dient adequaat te compenseren voor kosten die samenhangen met gezondheidsverschillen, ook de kosten van groepen complexe patiënten. In het kader van onderzoek verricht naar het vereveningskenmerk diagnosekostengroepen psychische aandoeningen is aan experts gevraagd een profiel te geven van patiënten met hoge kosten. Dit leidde tot de volgende kenmerken:

- patiënten die ook zwakbegaafd of geestelijk gehandicapt zijn of andere cognitieve beperkingen hebben, zoals patiënten met organisch psychisch syndroom en hersenletsel;
- sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten;
- patiënten die ernstige beperkingen in het dagelijks leven ondervinden (voeren van een huishouden, zelfverzorging);
- patiënten met een forensisch verleden.

Destijds is geconcludeerd dat er geen gegevens ter beschikking staan om bovenstaande kenmerken te kunnen gebruiken in de risicoverevening (er zijn geen landelijk dekkende databases waarin bovenstaande kenmerken objectief geregistreerd worden). Aanvullend onderzoek acht ik daarom nu niet mogelijk.

*65. De leden van de D66-fractie vragen tevens of ik van mening ben dat een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ reëel is in 2017.*

Ik verwijs u daarvoor naar het antwoord op vraag 35.