

Vergaderjaar 2017–2018

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 918**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2018

Een goede risicoverevening is essentieel voor de borging van acceptatieplicht van zorgverzekeraars, het verbod op premiedifferentiatie en het bevorderen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Daarmee neemt de risicoverevening prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg. Bovendien hecht ik sterk aan een verbetering van de risicoverevening, zodat zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om zich te richten op goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg.

Met deze brief informeer ik u over de verbeteringen die ik van plan ben per 2019 aan te brengen in de risicoverevening voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en mijn voornemens voor de onderzoeksagenda voor de komende jaren.

#### *Toezegging*

Met bijlage 1 informeer ik u over de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd voor de risicoverevening<sup>1</sup>. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die hierover aan de Tweede Kamer is gedaan in de brief van 8 september 2017<sup>2</sup>. Verder geef ik in deze brief antwoord op de motie van lid Van den Berg over internationale evaluatie van het risicovereveningsmodel<sup>3</sup> en stuur ik u de jaarlijkse monitor risicoverevening. Tot slot geef ik via deze brief ook antwoord op de vragen die door mevrouw Van den Berg zijn gesteld over de risicoverevening tijdens het AO Pakketbeheer van 27 juni.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 855

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 77

## Kernpunten

- Afgelopen jaar is er opnieuw een uitgebreid onderzoeksprogramma uitgevoerd. Resultaat hiervan is dat een aantal verbeteringen wordt doorgevoerd in de risicovereveningsmodellen voor 2019. Daarbij gaat het voornamelijk om aanpassing van bestaande kenmerken. Na integrale doorrekening van de voorgenomen modelverbeteringen vindt na de zomer definitieve besluitvorming plaats over de risicoverevening 2019. Hierover wordt u zoals gebruikelijk in september geïnformeerd.
- De afgelopen jaren is fors ingezet op het verbeteren van het ex ante risicovereveningsmodel, met name onder invloed van het beleid «Kwaliteit loont»<sup>4</sup> dat mijn voorganger heeft ingezet. Naast het bevorderen van het gelijk speelveld is het verder verbeteren van de compensatie voor chronisch zieken en verminderen van overcompensatie van gezonde verzekerden een belangrijk streven. Zo kunnen eventuele belemmeringen voor zorgverzekeraars om zich te richten op chronisch zieken worden weggenomen. We zijn op een punt gekomen dat de grenzen van de verbetering van het ex ante model nagenoeg zijn bereikt. Onderzoeken die het afgelopen onderzoeksjaar zijn uitgevoerd laten geen grote verbeteringen meer zien. Ook is het de verwachting dat het lastig wordt om in de toekomst, gegeven de huidige bekostiging en beschikbare data, nog grote verbeteringen door te voeren in het ex ante model. Daar komt nog bij dat verdere verbeteringen ook leiden tot een steeds complexer model wat uitvoeringstechnische risico's met zich meebrengt.
- Daarom ben ik het gesprek gestart met verzekeraars om te komen tot het verleggen van de focus van het onderzoek naar de risicoverevening van doorontwikkeling van het risicovereveningssysteem naar het onderhoud van het model. Dat gesprek heeft ertoe geleid dat we gezamenlijk in deze kabinetsperiode de nadruk leggen op enkele specifieke overgebleven thema's die noodzakelijk zijn om de transitie van een «ontwikkelmodel» naar een «onderhoudsmodel» te kunnen maken. Deze thema's zijn: beter compenseren van de kleine groep zeer dure GGZ-patiënten, optimaliseren van de risicodragendheid van dure geneesmiddelen die na de sluis in het pakket worden opgenomen en een betere compensatie voor hoge kosten bij overlijden.
- Bij deze onderzoeken blijft gelden dat ik op zoek ben en blijf naar geschikte ex ante oplossingen. Ook verzekeraars hebben een voorkeur voor een model dat is gebaseerd op een ex ante voorspelling, mits dit leidt tot een adequate compensatie. Mochten die oplossingen er niet zijn, sluit ik op voorhand niet uit dat (al dan niet tijdelijk) een gerichte vorm van ex post compensatie kan worden ingezet. Dit geldt alleen op de bovengenoemde drie thema's en indien na onderzoek blijkt dat dit noodzakelijk is.
- Deze zomer wordt, in overleg met verzekeraars, het onderzoeksprogramma voor de komende jaren verder uitgewerkt. Het onderzoeksprogramma is beperkt tot de drie hierboven genoemde aandachtspunten, en daarnaast het onderhouden van het model en inspelen op bekostigingswijzigingen en het mogelijk gebruik van nieuwe databronnen (enkel wanneer de verwachting is dat ze een grote voorspellende waarde hebben voor de zorgkosten). In september dit jaar informeer ik u hierover in meer detail.

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116

## 1. Onderzoeksresultaten en verbeteringen vereveningsmodel per 2019

In de risicoverevening worden de zorgkosten voorspeld aan de hand van aparte modellen voor de somatische zorg (ruim 90% van de kosten) en voor de GGZ (bijna 10%).<sup>5</sup> Hieronder licht ik per model toe welke verbeteringen ik in de risicoverevening 2019 beoog op basis van de onderzoeken die het afgelopen jaar zijn gedaan.

### Somatisch model

- *Verzekeraars ontvangen een betere compensatie voor mensen die geneesmiddelen gebruiken.*  
Periodiek wordt groot onderhoud uitgevoerd van bestaande vereveningskenmerken. Als resultaat van het groot onderhoud zijn diverse aanpassingen gedaan die leiden tot een verbetering van de farmacie kostengroepen (FKG). Er worden bijvoorbeeld aanpassingen gedaan in de indeling van geneesmiddelen naar de farmacie kostengroepen. Zo zijn enkele nieuwe groepen geneesmiddelen toegevoegd, bijvoorbeeld voor mensen met chronische anti-stolling. Omdat iemand, voor een aantal geneesmiddelen, nu ingedeeld wordt bij een FKG vanaf 90 DDD (defined daily dose) in plaats van vanaf 180 DDD, worden hierdoor meer chronisch zieken via het kenmerk FKG geïdentificeerd. Hoewel het totaal aantal verzekerden dat wordt ingedeeld in een FKG niet toeneemt, wordt er ten opzichte van het model van vorig jaar 282 miljoen euro extra verdeeld via het kenmerk FKG.
- *Kosten van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) worden meegenomen bij kenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK)*  
Per 2018 is het kenmerk diagnose kostengroepen (DKG) dermate verbeterd dat het zogenoemde onorthodoxe kenmerk gebaseerd op gebruik van GRZ in t-1 is vervallen. De kosten voor GRZ worden vanaf 2019 meegeteld bij het MHK-kenmerk.
- *Vernieuwing van het regiocriterium*  
Voor het somatische model is een nieuwe methode ontwikkeld om regionale effecten te modelleren. De schattingsmethode is vereenvoudigd en er zijn andere variabelen gebruikt om het regio-effect te bepalen. Hierbij is gekeken naar regiovariabelen die de vraag naar zorg voorspellen.
- *Aanpassing van indeling van verzekerden die in een institutioneel huishouden verblijven*  
Een model zonder een kenmerk voor kosten wijkverpleging in voorgaand jaar (V&V-kenmerk) voorspelt de kosten al goed voor blijvers en instromers van een WLZ instelling. Dit betekent dat voor deze gebruikers van wijkverpleging het V&V-kenmerk niet noodzakelijk is en dat deze groep in te delen is in een afslagklasse van het V&V-kenmerk. Hierdoor neemt het aantal verzekerden met negatieve voorspelde zorgkosten (voorspelde zorgkosten lager dan 0) sterk af. Negatieve normkosten zijn onlogisch en daarom is een verlaging van het aantal verzekerden met negatieve normkosten een verbetering van het model. Daarnaast verbetert door deze aanpassing ook de verevende werking.
- *Vervangen van kenmerk kosten «verpleging en verzorging in voorgaand jaar» door een kenmerk gebaseerd op kosten van drie jaren*  
In het AO Pakketbeheer van 27 juni heb ik toegezegd nader in te gaan op mijn keuze om het «onorthodoxe» kenmerk gebaseerd op kosten verpleging en verzorging in het voorgaand jaar te vervangen door een meerjarig kenmerk waarbij verzekerden worden ingedeeld in een

<sup>5</sup> Deze cijfers zijn gebaseerd op het macroprestatiebedrag 2018. Het macroprestatiebedrag voor 2019 wordt op Prinsjesdag bekend gemaakt.

klasse op basis van de som van de kosten verpleging en verzorging in de afgelopen drie jaar. Hierbij geldt dat ik er een voorkeur voor heb om het kenmerk zorginhoudelijk te benaderen, dat is vanwege onvoldoende informatie echter nog niet mogelijk. Bij de introductie van dit kenmerk «kosten verpleging en verzorging in het voorgaand jaar» in 2016 is toegezegd dit criterium, mits verantwoord, uiterlijk in 2019 te vervangen. Dit kenmerk wordt onorthodox genoemd vanwege de mogelijk ongewenste prikkelwerking die uitgaat van een kenmerk gebaseerd op kosten in het voorgaand jaar. De ongewenste prikkelwerking ontstaat bij een vereveningskenmerk gebaseerd op kosten in de voorgaande jaren, omdat de zorgverzekeraar theoretisch gezien minder prikkels heeft om de zorgkosten te beheersen voor dit type zorg. Immers, hogere kosten leiden ook tot een hogere bijdrage. Dit effect is het sterkst als alleen naar het voorgaande jaar wordt gekeken, omdat het effect dan het meest direct is. Door te kijken naar een langere periode is er meer onzekerheid over of hogere kosten ook daadwerkelijk doorwerken in een hogere bijdrage, waardoor de prikkel tot ondoelmatigheden beperkter is. Omdat het nieuwe kenmerk slechts een zeer beperkte vermindering van de verevenende werking oplevert, vind ik het wenselijk om deze stap te zetten.

- *Niet-ingezetenen worden vanaf 2019 weer op de gebruikelijke wijze ingedeeld bij het kenmerk MHK*

Verzekerden woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen) worden normaliter bij het criterium MHK in het model voor de somatische zorg ingedeeld op basis van hun (bekende) kosten. In 2018 was er, vanwege de introductie van een extra klasse voor gezonde verzekerden in het MHK-kenmerk, eenmalig een afwijkende berekeningswijze. Uit onderzoek blijkt dat er geen aanleiding is om de eerder afgesproken terugkeer naar de reguliere systematiek te heroverwegen. Hierdoor wordt de gemiddelde overcompensatie van niet-ingezetenen gereduceerd.

Deze individuele aanpassingen zijn inhoudelijk gewenst en conform het eerdere beleid. Gezamenlijk leiden ze tot een voorgesteld model voor 2019 dat qua verevenende werking vergelijkbaar is met dat in het model 2018.

#### GGZ-model

In het GGZ-model voor 2019 ben ik voornemens om aanpassingen door te voeren in de farmacie kostengroepen (FKG). Verzekeraars ontvangen hierdoor een betere compensatie voor mensen die geneesmiddelen gebruiken voor psychische aandoeningen. Periodiek wordt groot onderhoud uitgevoerd van bestaande vereveningskenmerken. Het groot onderhoud leidt tot enkele aanpassingen aan de FKG-indeling. Zo wordt een aantal FKG toegevoegd voor het GGZ-model, bijvoorbeeld voor angststoornissen. Ook zijn er wijzigingen in de restricties doorgevoerd. Er wordt via het vernieuwde kenmerk in het GGZ-model 40 miljoen euro extra verdeeld ten opzichte van het model van vorige jaar. Het effect op de verevenende werking van het GGZ-model is per saldo beperkt.

## **2. Agenda komende kabinetsperiode: transitie van doorontwikkelingen naar onderhoud**

De afgelopen jaren is fors ingezet op het verbeteren van het ex ante risicovereveningsmodel met name onder invloed van het beleid «Kwaliteit loont» dat mijn ambtsvoorganger heeft ingezet.<sup>6</sup> Doel was, naast het blijvend verbeteren van het gelijk speelveld, om de compensatie voor

<sup>6</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116

chronisch zieken verder te verbeteren en overcompensatie van gezonde verzekerden te verminderen.

De risicoverevening is de afgelopen jaren als gevolg van een uitgebreid onderzoeksprogramma sterk verbeterd: de modeluitkomsten zijn verbeterd en de mate van over- en ondercompensatie van verschillende groepen is kleiner geworden. Tegelijkertijd geldt dat de grenzen van de verbetering van het ex ante model nagenoeg bereikt zijn. Dit was ook de constatering van het symposium over de toekomst van de risicoverevening dat twee jaar geleden is gehouden<sup>7</sup>. Ook de onderzoeken die afgelopen onderzoeksjaar zijn uitgevoerd, zoals aangehaald in paragraaf 1, laten geen grote verbeteringen meer zien. Er blijkt binnen het model, met de huidige modelspecificaties, databronnen en bekostiging, relatief weinig verbetering meer mogelijk. Daar komt nog bij dat verdere verbeteringen ook leiden tot een steeds complexer model wat uitvoerings-technische risico's met zich meebrengt.

Daarom ben ik het gesprek gestart met verzekeraars om te komen tot het verleggen van de focus van het onderzoek naar de risicoverevening. Het uitgangspunt hierbij is dat we overgaan van het doorontwikkelen van het model naar het onderhouden ervan. Dat gesprek heeft ertoe geleid dat we gezamenlijk in deze kabinetsperiode de nadruk leggen op enkele specifieke overgebleven thema's die noodzakelijk zijn om de transitie van een ontwikkelmodel naar een onderhoudsmodel te kunnen waarborgen. Daarnaast is deze focus van belang om de ingezette lijn om de compensatie voor chronisch zieken te verbeteren nog een stap verder te brengen. De volgende drie thema's worden onderzocht:

- Zoals ook opgenomen in het meerjarige onderzoeksprogramma van mijn ambtsvoorganger was het verder verbeteren van het GGZ model één van de speerpunten. Ik wil de komende tijd dit model verder verbeteren door onderzoek te doen naar het gericht beter compenseren van de kleine groep zeer dure GGZ-patiënten. Daar is de grootste winst te behalen. Hierbij sluit ik enige vorm van hoge kosten- of verliescompensatie op voorhand niet uit, waarbij aandacht blijft voor doelmatigheidsprikkels.
- De kosten van nieuwe medicijnen, die vanuit de sluis het pakket instromen, zijn hoog en lastig voorspelbaar met de aanwezige data. Dit heeft als gevolg dat verzekeraars risico lopen over kosten waar ze nauwelijks invloed op hebben en die wel ongelijk zijn verdeeld over verzekeraars. Op dit moment worden verzekeraars één kalenderjaar na opname van een sluismiddel in het pakket gecompenseerd via de vaste kosten. Dit betekent dat verzekeraars hier geen risico over lopen. Ik wil bekijken of de periode waar de regeling betrekking op heeft uitgebreid kan worden naar vier jaar. Reden hiervoor is dat we in deze vier jaar nog niet over data beschikken die we kunnen gebruiken om de kosten te voorspellen (kosten zijn niet normeerbaar). Daarnaast wil ik kijken naar het verbreden van het indicatiegebied. Zodra de declaratiesnelheid en daarmee de normeerbaarheid het toelaat, zal ik deze termijn met een jaar verkorten.
- Aan sterfte gaat vaak een periode met hoge zorgkosten vooraf. Deze zijn echter lastig voorspelbaar, waardoor zorgverzekeraars met relatief veel sterfgevallen potentieel worden benadeeld. In het onderzoeksprogramma is al een onderzoek naar het beter vooraf compenseren van sterfte opgenomen. Hieraan geef ik het komende jaar prioriteit om te komen tot een betere compensatie voor hoge kosten bij overlijden, eventueel gebruikmakend van gegevens van het betreffende jaar. Dit wordt ook wel gevalsnormering genoemd. Hierdoor worden zeer hoge

---

<sup>7</sup> Symposium Risicoverevening 31 maart 2016

kosten voor wijkverpleging in de laatste periode voor overlijden ook goed gecompenseerd.

Het verleggen van de focus van een ontwikkelmodel naar een onderhoudsmodel betekent niet dat er geen regulier onderzoek meer zal plaatsvinden op het terrein van de risicoverevening. De bestaande kenmerken zullen immers onderhouden moeten worden om mee te kunnen gaan met nieuwe medische technologieën en ontwikkelingen. Als er kansrijke nieuwe databronnen kunnen worden ontsloten, zullen we onderzoeken of deze van toegevoegde waarde zijn voor de verevening. Daarnaast zullen eventuele overhevelingen tussen domeinen die impact hebben op het gelijke speelveld tussen verzekeraars en gepaard gaan met hoge macro kosten ook meegenomen moeten worden in het risicovereveningsmodel. Tot slot kunnen wijzigingen in bekostiging die impact hebben op de berekening van de vereveningsbijdrage ook leiden tot aanpassingen in het model. Het model blijft dus continue onze aandacht hebben, maar wel met een andere focus.

Dat ik nu voor deze specifieke thema's alternatieve, ook niet strikt ex ante oplossingen ga onderzoeken, betekent niet dat een bredere discussie over risicodragendheid opportuun is. Dit is vanwege de waarde die ik hecht aan doelmatigheid niet aan de orde en is gegeven de kwaliteit van het model ook niet noodzakelijk. Het gaat bij deze drie thema's om specifieke en gerichte oplossingen van afgebakende problemen. Ex ante oplossingen blijven in principe altijd de voorkeur hebben. De resultaten van de onderzoeken zullen worden getoetst aan het toetsingskader en de verschillende doelstellingen van de risicoverevening (verevenende werking, doelmatigheid, risicoselectie en uitvoerbaarheid).

Met de afgesproken agenda en ambities ga ik ervan uit dat we aan het eind van de kabinetsperiode een stabiel model hebben dat inhoudelijk volledig is en we de goede balans hebben gevonden tussen het creëren van het gelijke speelveld tussen verzekeraars, het behoud van de prikkels tot doelmatige zorginkoop en het beperken van de prikkels tot risicoselectie.

### **3. Het proces**

De modelverbeteringen die ik in deze brief in paragraaf 1 beschrijf zijn gebaseerd op voorlopige resultaten op basis van diverse losse onderzoeken die al zijn afgerond en doorrekening van alle aanpassingen in het somatisch model tezamen. Deze zomer worden alle modelverbeteringen in één onderzoek integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek, zal na de zomer de definitieve besluitvorming plaatsvinden over de risicoverevening 2019. Zoals gebruikelijk zult u in september geïnformeerd worden over de uitkomsten van het onderzoek.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2019. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik op 14 juni 2018 voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal.<sup>8</sup> Na afronding van de voorhangprocedure gaat het ontwerpbesluit voor advies naar de Raad van State. Na de zomer zal het besluit worden gepubliceerd. De Regeling risicoverevening 2019 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de benodigde cijfers bekend worden gemaakt, zoals het macroprestatiebedrag en de rekenpremie. Zoals voorgeschreven in de Zvw, zal de regeling vóór 1 oktober 2018 worden gepubliceerd.

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 912

In overleg met verzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers zal het onderzoeksprogramma voor de komende jaren verder worden uitgewerkt. In september zal ik u hierover in meer detail informeren.

#### **4. Motie van het lid Van den Berg**

De Motie van het lid Van den Berg verzoekt tot het uitvoeren van internationaal onderzoek naar het huidige risicovereveningssysteem, waarbij de vraag centraal staat of het systeem nog steeds adequaat en passend is, gezien het feit dat een deel van de langdurige zorg onder de Zvw is gebracht.

Het Nederlandse risicovereveningssysteem is één van de meest geavanceerde en verfijnde modellen ter wereld. Het is het meest uitgebreid in de hoeveelheid kenmerken en klassen waarvoor verevend wordt. Ook de frequentie van herrekenen en aanpassen – namelijk jaarlijks – is vrijwel in geen enkel ander vereveningssysteem mogelijk. Er wordt internationaal dan ook meestal naar Nederland gekeken als koploper op het terrein van risicoverevening. De volgende factoren hebben een belangrijke rol gespeeld om te komen tot de hoge kwaliteit van ons systeem: a) het systeem bestaat al sinds begin jaren »90 en wordt al sinds die tijd jaarlijks onderzocht b) we hebben de beschikking over zeer veel data voor alle verzekerden die op verantwoorde wijze kunnen worden gebruikt c) in het proces van de risicoverevening werken alle betrokken partijen – zorgverzekeraars, onderzoekers, uitvoeringsinstanties en het Ministerie – nauw samen.

Nederland maakt deel uit van het Risk Adjustment Network (RAN). In dit internationale expertnetwerk wordt kennis rondom de risicoverevening en resultaten van onderzoek op dit terrein met elkaar gedeeld. Zo worden bijvoorbeeld risicovereveningssystemen van verschillende landen met elkaar vergeleken op gebied van onder andere selectieve inkoop, risicoselectie en verzekerdenmobiliteit. In dit internationale netwerk zijn onder andere onderzoekers uit Duitsland, de Verenigde Staten en Zwitserland aangesloten.

Wat betreft de overheveling van zorg naar de Zvw (2013: geriatrische revalidatie zorg, 2015: wijkverpleging en langdurige GGZ, 2017: eerste lijnsverblijf), geldt dat de verevendende werking van het model, ook voor deze zorgkosten, onze voortdurende aandacht heeft. Om bij de overheveling te garanderen dat verzekeraars voldoende zouden worden gecompenseerd zijn in 2016 drie kenmerken aan de verevening toegevoegd namelijk «verpleging en verzorging in voorgaand jaar», «geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar» en «gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar». Zodra het mogelijk was betere criteria te ontwikkelen, zijn deze kenmerken vervangen door een meer medisch inhoudelijk kenmerk of een ander alternatief waarbij de invloed van de kosten uit het vorige jaar minder groot is. De mate waarin verzekerden in het algemeen en specifieke groepen in het bijzonder worden gecompenseerd wordt elk jaar in de zogenoemde Overall Toets geëvalueerd.

Ik zie daarom geen reden om verder internationaal onderzoek naar de verevening te laten uitvoeren.

#### **5. Monitor risicoverevening 2012**

Zodra de realisatiecijfers over een vereveningsjaar definitief zijn laat ik door middel van een monitor de werking van de risicoverevening van dat betreffende jaar evalueren. In het afgelopen onderzoeksjaar is de monitor

van het vereveningsjaar 2012 uitgevoerd. De monitor laat op basis van de werkelijke kosten en aantallen verzekeren zien dat de risicoverevening heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie van de zorgverzekeraars. De monitor is als bijlage aan deze brief toegevoegd<sup>9</sup>.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>9</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)