

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 450

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2013

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van het onderzoeksprogramma risicoverevening en de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2014.

In het Algemeen Overleg van 3 juli 2012 over de risicoverevening heb ik toegezegd uw Kamer in juni 2013 te informeren over het ex ante risicovereveningsmodel 2014. Ik heb tijdens dit Algemeen Overleg toegezegd dat ik zal bezien in hoeverre ik het ex ante vereveningsmodel kan verbeteren door het invoeren van een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties, een vereveningscriterium gebaseerd op diagnose informatie uit psychische dbc's en een vereveningscriterium student. Daarnaast heb ik toegezegd te onderzoeken hoe ik er voor kan zorgen dat de kwaliteit van de registratie van hulpmiddelen verbetert, zodat ik in de toekomst een vereveningscriterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik in het ex ante vereveningsmodel kan opnemen. Over risicoselectie heb ik aangegeven onderzoek te laten uitvoeren naar gesloten collectiviteiten en naar de mogelijkheden om de regelgeving met betrekking tot tussentijds opzeggen aan te passen.

In deze brief zal ik op al deze punten ingaan. Ook informeer ik u met deze brief over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de aangenomen motie Gerbrands¹ over afbouw van de ex post compensatiemechanismen.

Gedurende de komende maanden wordt het voorgenomen ex ante risicovereveningsmodel toegepast op de meest recente onderzoeksgegevens waarbij rekening gehouden wordt met besluiten over het verzekerde pakket, de hoogte van het eigen risico en de raming van het macroprestatiebedrag 2014. In september leg ik de uiteindelijke vormgeving van het risicovereveningssysteem 2014 voor aan uw Kamer.

¹ Kamerstuk 29 248, nr. 192

Het risicovereveningssysteem 2014 moet voor 1 oktober in de ministeriële regeling risicoverevening vastgelegd zijn.

1. Ex ante vereveningsmodel

Een adequaat model van risicoverevening is een belangrijk fundament onder de Zorgverzekeringswet. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie in de Zorgverzekeringswet kan zonder aanvullend beleid het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars aangetast worden. Door de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van hun verzekerdenpopulatie en wordt het gelijke speelveld geborgd. Van jaar op jaar wordt gewerkt aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel.

Een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties is, door de in het Regeerakkoord «Bruggen slaan» opgenomen hervorming van de AWBZ, in een ander daglicht komen te staan. De aangekondigde hervorming kan consequenties hebben op de wijze van indiceren voor de diverse zorgvormen die nu onder de AWBZ zorg vallen (bijvoorbeeld na overheveling naar gemeenten). Ook zal een aantal verzekerden die nu (met indicatie) gebruik maken van AWBZ zorg, in de toekomst deze zorg niet meer ontvangen. Omdat nu nog niet duidelijk is voor welke zorg in de toekomst indicaties beschikbaar blijven, heb ik besloten vooralsnog geen onderzoek naar een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties uit te laten voeren. Er zijn op dit moment nog te veel onzekerheden om een toekomstbestendig criterium te kunnen ontwikkelen.

Het afgelopen jaar was een zeer succesvol onderzoeksjaar voor het ex ante risicovereveningsmodel. Hieronder ga ik in op de verbeteringen die ik in 2014 in de ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg en voor de geneeskundige GGZ aan wil brengen. Deze verbeteringen in de vormgeving zijn in lijn met het advies van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR)², de invoering van het criterium student komt daarnaast tegemoet aan een van de aanbevelingen van de commissie Don³. De vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen kan op de instemming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rekenen.

1.1 Ex ante vereveningsmodel somatische zorg

In het Algemeen Overleg van 3 juli 2012 heb ik toegezegd te onderzoeken hoe de kwaliteit van de hulpmiddelenregistratie verbeterd kan worden. Uit onderzoek is gebleken dat (zonder extra overheidsbeleid) de kwaliteit van deze registratie steeds beter wordt. Ook bleek de kwaliteit van de registratie goed genoeg om in 2014 al een criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik, zogenaamde hulpmiddelenkostengroepen (HKG's), in te voeren. Op dit moment is de registratie goed genoeg om vier groepen te kunnen onderscheiden. Mogelijk kunnen, als de registraties nog beter zullen zijn, in de toekomst meer groepen aan de HKG's worden toegevoegd. De invoering van HKG's levert een lichte verbetering op van de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de somatische zorg. Daarnaast neemt door invoering van HKG's de prikkel tot risicoselectie af, omdat verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik beter gecompenseerd worden.

² De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening; in de WOR nemen o.a. deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel. De rol van de WOR staat beschreven in de bijlage bij de brief van 6 maart 2012. (Kamerstuk 29 689, nr. 380)

³ Kamerstuk 29 689, nr. 391

De commissie Don heeft in het rapport «Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet»⁴ geconstateerd dat de groep studenten voorspelbaar winstgevend is in het ex-ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg. Uit nader onderzoek is gebleken dat het toevoegen van een klasse student aan het vereveningscriterium aard van het inkomen (AVI) een minimaal effect heeft op de kwaliteit van het somatische model. De groep studenten is echter voor zorgverzekeraars een herkenbare groep. Door het positieve vereveningsresultaat dat zorgverzekeraars in het huidige model op de groep studenten behalen is er een prikkel tot risicoselectie. Het opnemen van een klasse student binnen AVI neemt deze prikkel weg. Om deze reden ben ik van plan om een klasse student toe te voegen aan AVI.

1.2 Ex ante vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Tot nu toe kon in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ geen criterium opgenomen worden dat gebaseerd was op diagnose informatie. Om verzekeren te kunnen identificeren die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek (hoge) voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ werd gebruik gemaakt van het criterium kosten boven de lage drempel en van het criterium kosten boven de hoge drempel. Voor het vereveningsmodel 2014 heb ik onderzoek laten uitvoeren naar een criterium gebaseerd op diagnose, behandeling en verblijf, de zogenaamde psychische DKG's. Voor dit onderzoek is een expertcommissie met medisch deskundigen ingesteld. Deze expertcommissie heeft vanuit de medische inhoud een advies gegeven over de vormgeving van de psychische DKG's. De invoering van psychische DKG's levert een verbetering op van de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Met het oog op het kabinetsbeleid om in 2017 de ex post compensaties af te schaffen heb ik er voor gekozen om in het vereveningsmodel 2014 psychische DKG's in te voeren naast het handhaven van het criterium kosten boven de lage drempel. Op deze manier ontstaat een goede aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdrage op verzekeraarsniveau.

Net als voor het vereveningsmodel voor de somatische zorg wordt ook aan het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ een klasse student toegevoegd aan het criterium AVI.

2 Ex post compensaties

In het regeerakkoord is opgenomen dat de sleutelrol van verzekeraars in stand blijft en dat zij in 2015 volledig risicodragend zullen zijn. In de concept AMvB⁵ die ik op 7 juni jl. ter voorhang aan uw Kamer gestuurd heb, heb ik dit kabinetsbeleid vastgelegd. In de concept AMvB is vastgelegd dat er in de somatische zorg vanaf 2015 en in de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2017 geen ex post compensaties meer zijn. Ook heb ik in deze concept AMvB tussenstappen in het afschaffen van de ex post compensaties vastgelegd.

2.1 Somatische zorg

Voor de somatische zorg is de bandbreedteregeling de enige overgebleven ex post compensatie. De bandbreedteregeling wordt gebruikt als de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel tijdelijk minder goed is. Het is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 391

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 447

begrensd worden. Het is opvallend dat door het toepassen van de huidige bandbreedteregeling meer verzekeraars afgeroomd worden dan een bijdrage ontvangen. Dit is beleidsmatig gezien ongewenst. De bandbreedteregeling zou moeten werken als vangnet voor verzekeraars. Nu lijkt het er op dat de regeling er voor zorgt dat verzekeraars die goede inkoopresultaten weten te behalen gestraft worden en een deel van de opbrengst (winst) in moeten leveren. Hiermee wordt de prikkel tot inkoop van doelmatige zorg verminderd. Door het afbouwen van de bandbreedteregeling zal de prikkel tot inkoop van doelmatige zorg verder versterkt worden. In de concept AMvB heb ik vastgelegd dat afbouw van de bandbreedteregeling somatische zorg zal geschieden door de bandbreedte in 2014 te verbreden van 50 naar 80 euro. Buiten deze bandbreedte worden verzekeraars voor 90 procent nagecalculeerd. Mijn verwachting is dat er in 2014 nog slechts een enkele zorgverzekeraar (risicodragers) wordt gecompenseerd voor grotere verliezen.

2.2 Geneeskundige GGZ

Voor de geneeskundige GGZ bestaan nog twee ex post compensaties: de hogekostencompensatie (HKC) en de bandbreedteregeling. Het doel van de HKC is het compenseren van verschillen in kosten tussen zorgverzekeraars die ontstaan als gevolg van een ongelijke verdeling van verzekerden met hoge gerealiseerde schades. In 2014 zal ik psychische DKG's invoeren. Daardoor neemt met name de voorspelbaarheid van de kosten van (duurdere) chronisch zieke patiënten toe. In 2015 ben ik van plan een vorm van meerjarig hoge kosten (MHK) als vereveningscriterium in het ex ante model op te nemen. Door deze aanpassingen aan het ex ante vereveningsmodel van de geneeskundige GGZ zullen de voorspelbare (structurele) hoge kosten beter voorspeld worden. Ik heb daarom in de concept AMvB opgenomen dat de HKC in 2015 wordt afgeschaft.

De bandbreedteregeling is een vangnet dat ingezet wordt als de kwaliteit (modelspecificaties of representativiteit van onderzoeksgegevens) van het ex ante vereveningsmodel onvoldoende is. De effecten uit het hoofdlijnenakkoord GGZ hebben invloed op de kwaliteit van de onderzoeksgegevens. Daarom zal de bandbreedteregeling pas in 2017 worden afgeschaft. In september leg ik de uiteindelijke inzet van ex post compensaties voor de geneeskundige GGZ in 2014 voor aan uw Kamer.

3 Overige punten

In het Algemeen Overleg van 3 juli 2012 heb ik aangegeven dat ik de CG-raad en de NPCF wil betrekken in het proces van de risicoverevening. Inmiddels vindt tweemaal per jaar op bureau niveau overleg tussen VWS en de NPCF en CG-raad plaats.

De Commissie Don heeft opgemerkt dat zij de mogelijkheid van het tussentijds opzeggen van een verzekering in de loop van een kalenderjaar onwenselijk acht, vanwege het risico op kostenafwenteling. Een verzekeraar heeft een acceptatieplicht en moet bij een overschrijving accepteren dat de kosten meekomen met de betreffende verzekerde. In mijn brief van 28 juni 2012⁶ heb ik uw Kamer toegezegd te bezien op welke wijze ik aan de ongewenste situatie met betrekking tot tussentijdse opzeggingen een einde kan maken. Inmiddels heb ik over het tussentijds opzeggen van de basisverzekering overlegd met Zorgverzekeraars Nederland, uit deze gesprekken blijkt dat de meeste, zo niet alle, verzekeraars met ingang van 2014 zullen afzien van het aanbieden van de mogelijkheid van tussentijds opzeggen. Ik acht het daarom niet nodig om

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 405

het verbieden van tussentijds opzeggen van de basisverzekering in regelgeving vast te leggen.

De commissie Don heeft daarnaast opgemerkt dat zij het onwenselijk acht dat een verzekeraar via een tussenpersoon zelf collectiviteiten kan vormen, om zo de acceptatieplicht te omzeilen. Ik heb de Nederlandse zorgautoriteit gevraagd om in de jaarlijkse Marktscan Zorgverzekeringsmarkt aandacht te besteden aan gesloten collectiviteiten en aan nieuwe polissen in het licht van risicoselectie. Deze Marktscan zal zo spoedig mogelijk na het zomerreces naar uw Kamer gestuurd worden.

Tijdens het Algemeen Overleg over winstcijfers zorgverzekeraars en ziekenhuisfinanciering van 11 april jl. heb ik uw Kamer toegezegd om met zorgverzekeraars in overleg te gaan over de manier waarop zij verzekeren meer transparantie kunnen bieden over de besteding van de premiegelden. In een Bestuurlijk Overleg dat ik deze maand met zorgverzekeraars gevoerd heb, is dit onderwerp besproken. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dit punt op te pakken en dat zij, elk op eigen wijze, van plan zijn deze duidelijkheid te verschaffen. Dat kunnen zij bijvoorbeeld doen door de opbouw van de premie grafisch inzichtelijk te maken, of door per premiebetaler aan te geven welke kosten gemiddeld gemaakt worden.

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