

Vergaderjaar 2014–2015

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 645

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 7 september 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brieven van 16 juni 2015 inzake de aanbidding ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 616) en inzake Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 617).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 september 2015. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

1.

Is de Minister van plan om de afschaffing van de ex post compensatie uit te stellen wanneer blijkt, dat verbetering van het vereveningsmodel meer ontwikkel- of doorrekentijd vraagt dan voorzien?

Ik ben niet voornemens om de afschaffing van de ex post compensaties uit te stellen. Ik verwacht namelijk dat de risicovereveningsmodellen per 2017 van voldoende kwaliteit zullen zijn om over te gaan tot volledig risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars. De forse verbeteringen die per 2016 al kunnen worden aangebracht sterken mij in die verwachting. Zoals ik in mijn brief van 1 september¹ over de risicodragendheid van zorgverzekeraars in 2016 heb aangegeven, zal een groot deel van de verzekeraars de wijkverpleging, geneeskundige GGZ en langdurige GGZ in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren.

2.

Kan de Minister toelichten waarom er gekozen is voor een verbetering van de bestaande vereveningskenmerken?

De bestaande vereveningskenmerken zijn goede criteria om de kosten voor verzekerden te voorspellen en hebben gezorgd voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en voor prikkels tot doelmatige zorginkoop. Het risicovereveningsmodel is in de afgelopen jaren gebleken een goed model te zijn, dat internationaal hoog scoort. De focus is de laatste tijd meer aan het verschuiven naar specifieke groepen, en daar moet meer voor gedaan worden. Daarnaast moet rekening worden gehouden met de overheveling van de wijkverpleging en de langdurige GGZ. Dit houdt echter niet in dat het bestaande model en de bestaande criteria niet voldoen, er moet alleen continu onderhoud worden gepleegd en zaken worden toegevoegd. Zie ook het antwoord op vraag 31.

3.

Kan de regering onderbouwen waarom zij van mening is dat inkopen op kwaliteit door verbetering van het risicovereveningsmodel meer lonend zal zijn dan nu het geval is?

De verbeteringen aan het ex ante risicovereveningssysteem zijn er op gericht op de compensatie voor chronisch zieke en kwetsbare verzekerden te verbeteren. De compensatie via de vereveningsbijdrage voor een verzekerde die veel gebruik maakt van zorg is gemiddeld hoger dan de compensatie voor een verzekerde die geen of weinig gebruik maakt van zorg. Als een verzekeraar zorg zo kan inkopen dat de kosten voor een verzekerde lager zijn dan de vereveningsbijdrage, dan ontstaat er een financieel voordeel voor de verzekeraar. Dit is het geval bij verzekerden die veel zorg gebruiken en dus hogere zorgkosten maken. De inkoopvoordelen zijn voor een zorgverzekeraar beter te behalen als de verzekeraar meerdere verzekerden heeft met dezelfde zorgvraag. De zorgverzekeraar kan dan de zorg doelmatiger organiseren en inkopen. Door op kwaliteit in te kopen maakt de zorgverzekeraar zich juist weer aantrekkelijk voor deze groepen verzekerden. In feite is dit de basis van de Zorgverzekeringswet zoals beschreven in de memorie van toelichting bij deze wet. Zorgverzekeraars concurreren om verzekerden door goede zorg aan te bieden die doelmatig is georganiseerd en ingekocht, en met een polis met een scherpe premie. Daarom is een adequate risicoverevening essentieel in ons stelsel. Als verzekerden met hoge voorspelbare zorgkosten adequaat worden gecompenseerd dan zullen zorgverzekeraars zich ook inzetten om deze grote groep verzekerden aan zich te binden. Omdat de verzekeraars hun premie concurrerend willen houden is er vervolgens een prikkel om

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 644.

de zorg zodanig te organiseren en in te kopen dat doelmatigheidsvoor- delen worden gehaald en worden verwerkt in de premie. Door de concurrentie op de verzekeringsmarkt zullen alle verzekeraars zo doelmatig mogelijke zorg nastreven. Door dit principe leidt een concurrende zorgverzekeringsmarkt tot doelmatige, goed georganiseerde zorg en macrokostenbeheersing.

4.

In hoeverre ontstaat er een te grote druk op het verbeteren van het ex ante model waardoor er onverantwoorde en onomkeerbare besluiten genomen zullen worden?

Mijn ambities ten aanzien van de verbetering van de risicoverevenings- modellen, in het bijzonder de compensatie van chronisch zieken, zijn groot. Deze zullen er echter niet toe leiden dat ik onverantwoorde en onomkeerbare besluiten neem. Bij beslissingen over de risicoverevening neem ik grote zorgvuldigheid in acht en laat ik mij uitvoerig adviseren door experts risicoverevening van individuele verzekeraars, Zorgverze- raars Nederland, het Zorginstituut, onderzoeksbureaus en VWS. Ik ben van mening dat de druk op het verbeteren van de ex ante modellen nu ook niet te groot is.

5.

Waarop is de aanname gebaseerd dat vanwege de risicoverevening verzekeraars meer geprikkeld worden voor goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg? Welke rapporten of studies liggen hieraan ten grondslag?

Zie antwoord op vraag 3.

6.

Wanneer is er een betrouwbaar beeld te geven over de gevolgen van de wijzigingen aan het risicovereveningssysteem?

In de zomer is het ex ante model met alle voorgenomen wijzigingen integraal doorgerekend. In mijn brief van 1 september heb ik u geïnfor- meerd over de verwachte financiële resultaten voor de 25 zorgverzeke- raars. In de figuren in deze brief is te zien dat de resultaten van de modellen 2016 verbeteren ten opzichte van 2015.

Daarnaast wordt in principe jaarlijks een kwantitatieve analyse uitgevoerd, waarin achteraf wordt bekeken hoe het model heeft uitgedaan in de praktijk. Deze analyse kan worden uitgevoerd zodra de benodigde realisatiecijfers voor het betreffende jaar definitief zijn vastgesteld. Dit gebeurt enkele jaren na afloop van het vereveningsjaar.

7.

Komt het verbeteren van het ex ante model niet teveel onder druk te staan door voortdurend te blijven hameren op het afschaffen van het ex post compensaties? Aan welke concrete doelstellingen moet voldaan zijn om het ex ante model als voldoende te beschouwen?

Ik heb grote ambities om de ex ante modellen te verbeteren en ik erken dat er daardoor druk op de modellen staat, maar ben van mening dat de modellen niet «teveel» onder druk staan. Mijn ambitie om de modellen te verbeteren komt ook niet alleen voort uit de afspraak uit het Regeerak- koord om de Zvw per 2017 volledig risicodragend uit te laten voeren door zorgverzekeraars. Zoals ik in mijn brief «Kwaliteit loont» heb aangegeven, wil ik de modellen namelijk ook aanpassen om de compensatie van bepaalde groepen die veel zorg gebruiken, zoals chronisch zieken, te

verbeteren.² Hierdoor worden verzekeraars immers meer geprikkeld om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen voor mensen die veel zorg nodig hebben. Dus zelfs als ik niet zou hameren op het afschaffen van de ex post compensaties, zou er druk blijven om de modellen te verbeteren.

Doelstellingen van de risicoverevening zijn het borgen van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars, het tegengaan van risicoselectie en het bevorderen van de doelmatigheid. De ex ante modellen en de inzet van de ex post compensaties moeten in het licht van deze doelen worden beoordeeld. Daarbij moet een afweging worden gemaakt tussen deze drie doelen en randvoorwaarden zoals de uitvoerbaarheid en transparantie, maar gelden geen concrete streefwaarden. In 2015 was bijvoorbeeld het model voor de wijkverpleging nog niet goed genoeg in staat om de kosten te voorspellen. Daardoor zou het gelijke speelveld aangetast kunnen worden en risicoselectie op de loer kunnen liggen. Daarom heb ik vorig jaar besloten om per 2015 maar een beperkte stap in risicodragendheid te zetten.

8.

Hebben de aanpassingen van het ex ante model mogelijk gevolgen voor de streefdatum van de Minister van 1 januari 2017 voor het volledig risicodragend maken van zorgverzekeraars?

Nee, integendeel. De forse verbeteringen die per 2016 al kunnen worden aangebracht in de modellen, sterken mij juist in mijn verwachting dat volledige risicodragendheid per 2017 haalbaar en verantwoord is. Zoals ik in mijn brief van 1 september heb aangegeven, zal een groot deel van de verzekeraars de wijkverpleging, geneeskundige GGZ en langdurige GGZ in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren.

9.

Leiden de voorgestelde «onorthodoxe middelen» niet juist tot nog meer druk op het ex ante model? Hoe blijft het ex ante model bestuurbaar en de resultaten herleidbaar wanneer er gelijktijdig aan tal van verschillende knoppen gedraaid wordt?

Ik geloof niet dat het opnemen van nieuwe vereveningscriteria gebaseerd op het gebruik in het verleden leidt tot extra druk op het ex ante model. Deze criteria zorgen ervoor dat de compensatie voor gebruikers van de betreffende zorg verbetert en maken het mogelijk de risicodragendheid van zorgverzekeraars op verantwoorde wijze op te voeren zoals in het Regeerakkoord is vastgelegd. Wel ben ik er van overtuigd dat deze criteria, vanwege de nadelen waarmee zij gepaard gaan, slechts een tijdelijke oplossing kunnen bieden. Ik zal daarom in de komende onderzoeksjaren hoge prioriteit geven aan de ontwikkeling van alternatieve kenmerken. Daarbij ben ik me ervan bewust dat de uitbreiding van het aantal vereveningscriteria in het model en de vele verschillende modelverbeteringen die worden doorgevoerd ervoor zorgen dat de uitkomsten soms lastiger interpreteerbaar zijn. Daarom moet bij modelaanpassingen vaak een afweging worden gemaakt tussen de verbeterde verevenende werking of verbeterde compensatie van chronisch zieken enerzijds en de toename in de complexiteit van het model anderzijds. De bestaande werkwijze waarbij potentiële verbeteringen, door een brede kring van deskundigen, eerst afzonderlijk en vervolgens in samenhang worden beoordeeld, zorgt ervoor dat de resultaten goed geduid kunnen worden.

² Kamerstuk 31 765, nr. 116.

10.

Hoe kunnen de effecten van de maatregelen nauwkeurig gemonitord worden wanneer gelijktijdig de ex ante en de ex post verevening grote veranderingen ondergaan?

Het risicovereveningssysteem wordt jaarlijks geëvalueerd door middel van een uitgebreide kwantitatieve analyse. Nadat het jaar volledig is uitgedeclareerd, wordt bekeken in hoeverre de gerealiseerde kosten aansluiten bij de vereveningsbijdrage die verzekeraars hebben ontvangen. Het gaat daarbij om de resultaten van het model als geheel. De effecten van allerlei specifieke maatregelen worden niet afzonderlijk gemonitord. De effecten van veranderingen in de ex ante en ex post verevening zijn wel van elkaar te onderscheiden, omdat het Zorginstituut deze op een ander moment verrekent. Zie verder mijn antwoord op vraag 9.

11.

Wat is de reden dat de Minister de adviezen van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) zoals het handhaven van de bestaande Generieke Somatische Morbiditeit, aan de kant schuift? Wat zijn hiervoor de argumenten?

Uiteraard neem ik de adviezen van de WOR zeer serieus. Dat neemt niet weg dat ik op onderdelen een andere afweging kan maken. De WOR adviseert vanuit een technische invalshoek. Bij mijn beslissing over de modellen, weeg ik naast technische ook andere aspecten mee, zoals politieke, bestuurlijke of uitvoeringstechnische.

Specifiek voor de verfijning van het kenmerk generieke somatische morbiditeit (GSM) verschilde mijn werkwijze niet zoveel met de mening van de WOR. Ook de WOR was in beginsel positief over deze verfijning omdat deze de compensatie van groepen chronisch zieken verbetert. De WOR heeft de waarschuwing van de onderzoekers dat verfijning van de GSM in de laatste fase van het onderzoek deze zomer tot problemen kan leiden echter zwaar gewogen en daarom toch geadviseerd de bestaande GSM te handhaven. Ik vond het nog te vroeg om deze potentiële verbetering af te schrijven en heb daarom laten uitzoeken of deze technisch haalbaar is.

Inmiddels is gebleken dat dat het geval is. Er blijven echter nadelen kleven aan het gebruik van de verfijnde GSM. Zo wordt het model veel complexer, waardoor de uitkomsten moeilijker te interpreteren zijn. Ook moet er veel geld worden verevend om een relatief kleine resultaatsverbetering bij de onderscheiden subgroepen te realiseren. Daarom heeft de WOR mij naar aanleiding van de integrale doorrekening deze zomer alsnog geadviseerd om de verfijning niet door te voeren en de bestaande GSM te behouden. Dit advies heb ik overgenomen.

12.

Hoe wordt voorkomen dat er geen risicoselectie plaats vindt op juist jongeren zoals er voorheen juist drempels voor ouderen en chronische zieken werden opgeworpen?

Het is uiteraard niet de bedoeling dat er door het verbeteren van de risicoverevening voor ouderen en chronisch zieken een prikkel ontstaat om risicoselectie op andere groepen te laten ontstaan. De inzet van de verbetering van de risicoverevening is dan ook dat de compensatie aansluit bij de voorspelbare kosten van zowel jonge en gezonde mensen als van oude en ongezonde mensen.

Bovendien worden door zorgverzekeraars diverse maatregelen genomen om risicoselectie te voorkomen. Zij nemen maatregelen om verschillen in inschrijvingseisen en overstapbelemmeringen tegen te gaan, en waar nodig zullen nog aanvullende maatregelen genomen worden. Hierover heb ik u geïnformeerd in mijn brief van 30 juni 2015.³

13.

Wat zijn de effecten van de voorgestelde maatregelen voor de keuzevrijheid van de patiënt voor een arts of behandelaar?

De voorgestelde maatregelen hebben geen effect op de keuzevrijheid van de patiënt voor een arts of behandelaar. Met de voorstellen worden verzekeraars gestimuleerd om ook voor chronisch zieken polissen aan te bieden waarin goede zorg wordt gecontracteerd voor deze doelgroep. Het is aan verzekerden om de polis te kiezen die voor hen het meest geschikt is. Indien verzekerden voor een naturapolis kiezen is het van belang dat zij zich ook goed informeren over wat wel en niet vergoed wordt bij die polis en om wel of geen gebruik te maken van het zorgaanbod dat voor hun polis gecontracteerd is.

14.

Is de Minister nog altijd een fel tegenstander van de zogenoemde «budgetpolis» en wat is de definitie die de Minister hierbij hanteert?

In mijn eerder genoemde brief van 30 juni 2015 heb ik u geïnformeerd over onderzoek van de NZa naar budgetpolissen in relatie tot de zorgplicht. Voor dit onderzoek heeft de NZa gekeken naar zorgpolissen met de volgende beperkende kenmerken:

- selectieve contractering van zorgaanbieders;
- een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg;
- de verplichting om geneesmiddelen en/of hulpmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder;
- de verplichting om declaraties via internet in te dienen;
- de verplichting om administratieve zaken via internet te regelen.

Dit lijkt mij een adequate definitie voor de zogenoemde «budgetpolis».

Ik heb nooit beweerd een fel tegenstander te zijn van de zogenoemde «budgetpolis». Wel vind ik het van belang dat de NZa ook de komende jaren blijft monitoren of de zorgplicht bij alle polissen gewaarborgd is en of aanvullende maatregelen daarvoor noodzakelijk zijn.

15.

Wordt de vrije artsenkeuze van mensen die veel (keten-)zorg afnemen relatief verder ingeperkt dan die van mensen die een kleinere zorgbehoefte hebben?

Nee, dat gebeurt niet. De voorgestelde maatregelen bij de risico-verevening hebben ook geen effect op de keuzevrijheid van de patiënt voor een arts of behandelaar. Zie daarvoor het antwoord op vraag 13.

16.

Wat zijn de effecten van de voorgestelde maatregelen voor het zogenoemde hinderpaalcriterium? Zijn verzekeraars nog altijd verplicht 75 à 80 procent van niet-gecontracteerde zorg te vergoeden?

De voorgestelde maatregelen hebben geen effect op het zogenoemde hinderpaalcriterium.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 634.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht 75 à 80 procent van niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. Dit percentage is niet wettelijk vastgelegd. Door rechtspraak is bepaald dat de vergoeding geen hinderpaal mag zijn om zorg af te nemen. De rechter hanteert een breed gedragen praktijknorm als handvat voor de vaststelling of de vergoeding van de zorgverzekeraar een feitelijke hinderpaal vormt. De rechter gaat er voorlopig vanuit dat een percentage van 75–80% een breed gedragen praktijknorm is, maar heeft ook geconstateerd dat de ontwikkelingen op het gebied van de breed gedragen praktijknorm niet stilstaan. Dat kan ertoe leiden dat de rechter in de toekomst een lager percentage als breed gedragen praktijknorm gaat hanteren. In het rapport van de NZa dat ik u bij mijn eerdergenoemde brief van 30 juni 2015 heb toegestuurd kunt u lezen dat er ook polissen zijn die een lagere vergoeding dan 75% hanteren. Ik heb hier voorsnog geen oordeel over, omdat in de praktijk zal moeten blijken of de partijen hiermee de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en duurzaam betaalbaar houden. Het gaat er daarbij om dat er geen hinderpaal ontstaat.

17.

Was de ondercompensatie van ruim 5.000 euro bij gebruikers van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar al bekend, of is dit een nieuwe uitkomst uit het recente onderzoek naar de risicoverevening?

Nee, dat was nog niet bekend. In opdracht van VWS heeft het onderzoeksbureau Significant dit voorjaar nader onderzoek gedaan naar de kenmerken en zorgkosten van verzekerden die gebruik maken van geriatrische revalidatiezorg. Daar bleek dit uit. In de bijlage bij mijn brief van 16 juni heb ik u over de uitkomsten van dit onderzoek geïnformeerd.

18.

Was de ondercompensatie van bijna 1.300 euro bij gebruikers van fysiotherapie in het voorgaande jaar al bekend, of is dit een nieuwe uitkomst uit het recente onderzoek naar de risicoverevening?

De exacte ondercompensatie voor deze groep was eerder niet bekend en is voor het eerst duidelijk geworden in het onderzoek van iBMG afgelopen najaar, waarin is nagegaan in hoeverre het gebruik van fysiotherapie voorspellende waarde heeft voor de zorgkosten. Eerder zijn er wel aanwijzingen gevonden dat bij verzekerden in deze groep de feitelijke zorgkosten hoger waren dan de voorspelde zorgkosten. Deze aanwijzingen vormden aanleiding voor het onderzoek. Door de verbeteringen in de risicovereveningsmodellen, waaronder de opname van een kenmerk gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie in het voorgaande jaar, verdwijnt deze ondercompensatie per 2016.

19.

In hoeverre verbetert de voorspelbaarheid in het risicovereveningsmodel door de voorgenomen wijzigingen in de somatische zorg en de wijkverpleging?

De voorgenomen wijzigingen leiden ertoe dat de voorspelkracht van het model aanzienlijk verbetert ten opzichte van 2015, vooral ten aanzien van de kosten van wijkverpleging. In de onderliggende onderzoeken wordt daarvoor naar diverse maatstaven gekeken.

20.

Kunt u aangeven op welke manier de bijna 350 duizend extra (chronisch) zieken geïdentificeerd zijn?

Het gaat om chronisch zieken die in de risicovereveningsmodellen worden geïdentificeerd op basis van de zogenoemde morbiditeitkenmerken. Uit de eerste doorrekening blijkt dat het aantal geïdentificeerde (chronisch) zieken door de verbeteringen aan het model met bijna 350 duizend toeneemt.⁴ Deze toename is het gevolg van verbetering van de bestaande kenmerken farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen en de uitbreiding van het model met kenmerken gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar.

21.

Aan welke kenmerken moet iemand voldoen om de status «chronisch ziek» te krijgen?

In de risicovereveningsmodellen aan sich wordt de status «chronisch ziek» niet gebruikt, maar wordt gekeken naar verschillende morbiditeitkenmerken. Ik gebruik deze term echter wel in mijn brief omwille van de leesbaarheid. Zoals ik in voetnoot 7 van mijn brief van 16 juni 2015 heb toegelicht, gebruik ik deze terminologie voor chronisch zieken, zoals die door de risicovereveningsmodellen geïdentificeerd zijn. Voor het model, waarin de voorgenomen verbeteringen zijn opgenomen, betreft dit verzekerden die worden ingedeeld bij een (of meer) van de morbiditeitkenmerken farmaciekostengroepen, diagnosekostengroepen, hulpmiddelenkostengroepen, meerjarig hoge kosten of de drie nieuwe kenmerken gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Het gaat dus om verzekerden die in het voorgaande jaar (of jaren) specifieke geneesmiddelen, fysiotherapie, hulpmiddelen, wijkverpleging of revalidatiezorg hebben gebruikt of gebruik gemaakt hebben van bepaalde medisch specialistische zorg die duidt op een chronische aandoening.

22.

In hoeverre heeft u zich of de introductie van nieuwe vereveningskenmerken afdoende is? Kunt u aangeven of u nog laat onderzoeken of er andere vereveningskenmerken nodig zijn om de compensatie van chronisch zieken (volledig) dekkend te maken?

Ik wil voorop stellen dat ik buitengewoon tevreden ben met de verbeteringen die ik in 2016 kan doorvoeren. Ik baseer mij hierbij op de gebruikelijke maatstaven ten aanzien van de verevenende werking en de verbeteringen van de compensatie van specifieke groepen. De veelbelovende resultaten door onder meer de toepassing van nieuwe vereveningskenmerken nemen echter niet weg dat verdere doorontwikkeling nodig is. Daarom laat ik ook de komende jaren weer een onderzoeksprogramma uitvoeren. In dit programma zal ook ruimte zijn voor onderzoek naar nieuwe vereveningskenmerken. Momenteel wordt aan het onderzoeksprogramma gewerkt. Dit gebeurt in overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Zorginstituut Nederland en onderzoekers.

23.

Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd in het waarborgen dat zorgverzekeraars de bijkomende voordelen terug zal geven aan premiebetalers?

Het is afhankelijk van de concurrentiële overweging van zorgverzekeraars zelf of zij het voordeel van lagere kosten verdisconteren in de premie, toe

⁴ iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (pre-OT), WOR 738.

zullen voegen aan de reserves of investeren in zorgprojecten. Hoe dan ook komen de lagere kosten ten goede aan verzekerden.

24.

Voor de langdurige GGZ wordt blijkbaar in 2016 een model gehanteerd gelijk aan de geneeskundige GGZ. Mogelijk komt daar nog bij een kenmerk op basis van intramurale GGZ en langdurige GGZ in het voorgaande jaar. Ziet de Minister nog andere mogelijke verbeteringen voor het langdurige GGZ-model? Zo ja, welke? Zo nee, is dit model zo goed genoeg?

Zoals ik in mijn brief van 1 september heb toegelicht, is het ontwikkelde model 2016 voor de langdurige GGZ substantieel beter dan het model dat voor 2015 was ontwikkeld. Ik zie nog andere mogelijke verbeteringen van het model voor de langdurige GGZ in de toekomst. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de verdere ontwikkeling van het vereveningskenmerk «intramuraal gebruik GGZ in het voorgaande jaar» door differentiatie naar zorgzwaartepakketten en/of dagbesteding en door het specificeren van een drempel bij dit kenmerk. Daarnaast kan nog worden gekeken naar de samenhang tussen de kosten van de geneeskundige en langdurige GGZ.

25.

Dit voorjaar heeft de Minister als alternatief voor de mogelijkheid «einde vrije artskenkeuze» een plan geïntroduceerd om via het eigen risico te stimuleren dat verzekerden kiezen voor door de zorgverzekeraar geselecteerde zorgaanbieders. Deze verzekerden zouden dan korting op het eigen risico kunnen krijgen. In de Kamerbrief over de risicoverevening 2016 «In de toekomst kunnen zorgverzekeraars verder nog speciale polissen en/of vermindering van het eigen risico bij aangewezen aanbod gaan aanbieden. Wat bedoelt de Minister met in de toekomst? Kunnen verzekeraars dit in 2016 niet aanbieden? Met het plan moest een bezuiniging van 1 miljard euro worden gerealiseerd. Is deze bezuiniging nu van de baan?

Het is aan de verzekeraars om speciale polissen en/of vermindering van het eigen risico bij aangewezen aanbod te gaan aanbieden. Of het voor hen haalbaar is om dit al in 2016 te gaan doen kan ik niet overzien. Op het moment dat mijn brief naar u werd verstuurd waren de verzekeraars al volop bezig om hun polisaanbod voor 2016 tot stand te brengen.

De matiging van de groei van 1 miljard euro is niet van de baan. Deze groeimatiging is gekoppeld aan de hoofdlijnenakkoorden en maatregelen die daarin zijn aangekondigd waaronder aanpassing van artikel 13 van de Zvw. De maatregelen die zijn aangekondigd in mijn brief «Kwaliteit loont» kunnen worden gezien als aanvulling op de maatregelen in de hoofdlijnenakkoorden nu aanpassing van artikel 13 Zvw niet aan de orde is. Patiënten uit de hoofdlijnenakkoorden en met name de zorgverzekeraars hebben mij laten weten dat het pakket aan maatregelen in «Kwaliteit loont» een adequaat alternatief vormen voor de aanpassing van artikel 13 van de Zvw.

26.

De Minister stelt dat het meer lonend zal worden om zich op kwetsbare groepen verzekerden te richten. Er wordt echter niet duidelijk wat de concrete maatregelen en de verwachte effecten per specifieke chronische ziekten inhouden. Kan de Minister dit meer onderbouwen?

De verbeteringen die ik kan doorvoeren in de risicovereveningsmodellen voor 2016 zorgen er inderdaad voor dat het voor zorgverzekeraars meer lonend wordt om zich op kwetsbare groepen te richten. Dit komt

ondermeer door de verbetering van de bestaande vereveningscriteria farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), aard van het inkomen (Avl) en sociaaleconomische status (SES). Daarnaast worden vereveningscriteria toegevoegd op basis van het gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Deze laatste criteria zorgen ervoor dat de bestaande ondercompensaties voor deze groepen verzekerden, die wel op kunnen lopen tot meer dan vijfduizend euro, verdwijnen.

In paragraaf 3 van mijn brief van 16 juni heb ik de verbeteringen per model samengevat. In de adviezen van de werkgroep ontwikkeling risicoverevening, die ik als bijlage bij die brief heb meegestuurd, wordt in nader detail ingegaan op onder meer de concrete maatregelen per vereveningskenmerk. Deze bijlage heb ik bijgevoegd opdat u beschikt over de technische informatie. In die bijlage is te lezen dat allerlei aandoeningen en specifieke groepen verzekerden expliciet in het model zijn opgenomen.

Het effect van dergelijke aanpassingen voor deze specifieke groepen is dat de vergoeding die verzekeraars ontvangen beter aansluit bij de gemiddelde verwachte kosten van verzekerden met een bepaalde aandoening. Hierdoor zijn zij niet (meer) voorspelbaar winst- of verliesgevend voor hun verzekeraars, waardoor het voor zorgverzekeraars meer lonend wordt om zich op deze groepen te richten.

27.

Wat is de aanvankelijke reden geweest om überhaupt met ondercompensatie voor wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie te werken gezien de negatieve effecten en de prikkel tot risicoselectie?

Er is nooit bewust gewerkt met ondercompensatie van gebruikers van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie. Deze was het onbedoelde gevolg van de modellen waarmee eerder is gewerkt. Wanneer dergelijke ondercompensaties worden ontdekt, kan worden gewerkt aan een oplossing. Vanwege de overheveling van de wijkverpleging en de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw is het belang van deze groepen in de risicoverevening aanzienlijk toegenomen. Omdat vorig jaar bekend was dat het risicovereveningsmodel voor de wijkverpleging in 2015 nog onvoldoende in staat was om de kosten goed te voorspellen, lopen verzekeraars maar beperkt risico over deze zorg.

28.

Tijdens de hoorzitting «Kwaliteit Loont» is aangegeven dat de vermindering van het eigen risico bij aangewezen aanbod al kan maar dat hier geen gebruik van wordt gemaakt. Waarop is de verwachting gebaseerd dat dit in de toekomst anders zal zijn?

Met de verbeteringen die per 2016 in de risicoverevening worden doorgevoerd, wordt het voor zorgverzekeraars lonender om bij de zorginkoop meer rekening te houden met de behoefte van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen die veel zorg nodig hebben. Door met zorgaanbieders betere afspraken te maken over preventie en over kwalitatief goede en beter afgestemde zorg voor deze groepen, kunnen zorgverzekeraars zich meer richten op de kwetsbare groepen verzekerden die veel zorg gebruiken. Zulke afgesproken betere kwaliteit van zorg, zoals vroeger behandelen en minder nabehandeling omdat er minder complicaties optreden, kan leiden tot lagere kosten. Dit voordeel kunnen zorgverzekeraars teruggeven door premieverlaging of door bij specifiek aangewezen zorgaanbod vermindering van het eigen risico te gaan aanbieden waardoor ze voor deze specifieke groep die gebruikt maakt van

dit aanbod aantrekkelijker worden. Juist door deze verbeteringen in de risicoverevening en het grotere voordeel dat deze verbeteringen voor zorgverzekeraars bij kwetsbare groepen verzekerden die voorzienbaar veel zorg gebruiken mogelijk maken, vergroot ik de mogelijkheid dat verzekeraars in de toekomst meer gebruik gaan maken van de reeds bestaande mogelijkheid tot vermindering van het eigen risico.

29.

Wat zijn de gevolgen voor de privacy en herleidbaarheid van medische gegevens van het toe blijven voegen van vereveningskenmerken? Is er wat dat betreft een grens die wordt getrokken?

Het is in principe juist dat bij het toevoegen van kenmerken de kans op indirecte herleidbaarheid toeneemt. Daarom is een aantal maatregelen getroffen om de kans op herleiding zo ver mogelijk te beperken:

1. Alle gegevens die in het kader van uitvoering en onderzoek risico-verevening worden gebruikt worden door de ZorgTTP onomkeerbaar gepseudonimiseerd conform de eisen van het College Bescherming Persoonsgegevens.
2. Gegevens op het laagste aggregatieniveau zijn enkel voor geautoriseerde medewerkers van bij de risicoverevening betrokken organisaties beschikbaar.
3. De vereveningskenmerken worden zo veel mogelijk in de vorm van periodes en klassen vastgelegd. Dit betekent dat door het Zorginstituut (uitvoering) en de betrokken onderzoeksbureaus (onderzoek) de gegevens niet naar personen zijn terug te voeren.

Alle partijen die bij de risicoverevening betrokken zijn worden periodiek geaudit door een externe auditor. De indirecte herleidbaarheid is één van de punten waar bij de periodieke audit naar wordt gekeken. Vooralsnog is bij de uitgevoerde audits geconstateerd dat de kans op indirecte herleidbaarheid zodanig klein is dat deze de privacy van verzekerden niet gevaar brengt.

30.

Zijn de nieuwe vereveningskenmerken ook voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens? Wat was hierop hun reactie?

De nieuwe vereveningskenmerken zijn niet vooraf voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Dit is ook niet de afspraak met het CBP. Met het CBP is een aantal voorwaarden afgesproken waaraan moet worden voldaan om de privacy van verzekerden niet in gevaar te brengen. Deze voorwaarden worden periodiek door een onafhankelijk partij geaudit. Tot op heden hebben deze audits niet tot non-conformiteiten geleid. Het CBP ontvangt steeds de resultaten van de periodieke audit en heeft bij de meest recente audit op basis van de bevindingen aangegeven geen aanleiding te zien voor nader onderzoek.

31.

Wat houdt precies de «verbetering» van de bestaande vereveningskenmerken in?

In mijn brief van 16 juni is opgenomen welke verbeteringen op dit moment worden doorgerekend. De verbetering houdt in dat de berekening van het normbedrag, de vergoeding, beter aansluit op de verwachte kosten enerzijds. En anderzijds worden de criteria inhoudelijk aangepast. Voor de diagnosekostengroepen (DKG's) worden nieuwe diagnoses toegevoegd die leiden tot een hogere vereveningsbijdrage. Bij de farmaciekostengroepen (FKG's) worden nieuwe geneesmiddelen toegevoegd. Daarmee wordt de risicoverevening up to date gebracht op basis van ontwikkelingen in de praktijk en verbetert de compensatie van chronisch zieken. Daarnaast zijn de vereveningskenmerken aard van het

inkomen (Avl) en sociaaleconomische status (SES) verbeterd op basis van beleidswijzigingen in bijvoorbeeld de sociale zekerheid, de pensioengerechtigde leeftijd en de inkomensdefinitie. Ook wordt er in het vervolg rekening gehouden met het opleidingsniveau. Zie verder het antwoord op vraag 26.

32.

Kunt u aangeven voor welke groepen zorgverzekeraars momenteel «overcompensatie» ontvangen?

Laat ik voorop stellen dat er bij geen enkele subgroep gerichte overbetaling plaatsvindt. Voor elke subgroep die in het risicovereveningsmodel wordt onderscheiden, is de compensatie gelijk aan de gemiddelde verwachte kosten. Dat neemt niet weg dat er andere subgroepen van verzekerden kunnen zijn waarvoor het model de kosten overschat. Het is echter niet mogelijk een (volledig) overzicht te geven van groepen verzekerden waarvoor verzekeraars meer compensatie ontvangen dan dat zij aan kosten hebben. Wel zijn er onderzoeken die daar enig inzicht in bieden, zoals onderzoeken van SiRM⁵ en iBMG⁶.

Wanneer ik signalen ontvang – bijvoorbeeld uit de media, uit onderzoek of uit de Tweede Kamer – over het (mogelijk) bestaan van een dergelijk groep verzekerden, zal ik daaraan zo nodig aandacht besteden in het jaarlijkse onderzoeksprogramma. Een voorbeeld is het onderzoek naar buitenlandse seizoensarbeiders dat ik naar aanleiding van signalen uit de Tweede Kamer heb laten uitvoeren en waarover ik u via mijn brief van 16 juni 2015 heb geïnformeerd.

33.

Kunt u aangeven voor welke andere groepen, anders dan chronisch zieken, u de risicoverevening wilt verbeteren?

Ik wil de risicoverevening onder andere nog verbeteren voor seizoensarbeiders. Daarom heb ik in mijn brief van 16 juni 2015 reeds een vervolgonderzoek aangekondigd. Voor het overige kan ik nog geen specifieke informatie geven, omdat er momenteel nog wordt gewerkt aan het onderzoeksprogramma voor komende jaren. Eind september wordt dit besproken in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening.

34.

Bij de aanpassing van de risicoverevening zal bijzondere aandacht van de Minister uitgaan naar de verbetering van de compensatie van bepaalde groepen, zoals chronisch zieken. Hoe gaat de Minister dit de komende jaren aanpakken? Bijvoorbeeld, hoe gaat de Minister die groepen ondergecompenseerde chronisch zieken opsporen? Welke nieuwe kenmerken gaat de Minister toevoegen aan de risicoverevening om selecte groepen van chronisch zieken voldoende te compenseren? Welke nieuwe beoordelingsmaatstaven gaat de Minister gebruiken om te toetsen of dit doel is gerealiseerd?

Het begin van mijn aanpak is dat in overleg tussen vertegenwoordigers van individuele verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Zorginstituut, onderzoekers en VWS een onderzoeksprogramma voor komende

⁵ Visser, Sonneveld en Stam (2014), Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening, SiRM, bijlage 2.

⁶ Van Kleef, Van Vliet en Van de Ven (2015), Een innovatie schattingsmethode voor de risicoverevening, verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van «constrained regression», iBMG. Zie bijlagen voor enkele subgroepen die in het somatische model 2015 overgecompenseerd worden.

jaren wordt opgesteld. De vragen die worden gesteld komen aan de orde in het onderzoeksprogramma, waaraan momenteel wordt gewerkt. Op dit moment kan ik daarom niet op de vragen ingaan. De vraag welke nieuwe kenmerken eventueel worden toegevoegd kan ik pas beantwoorden als de resultaten van de onderzoeken bekend zijn. Zoals gebruikelijk informeer ik u in juni weer over de voorgenomen verbeteringen in de modellen.

35.

Kan aangegeven worden voor welke andere groepen, anders dan chronisch zieken, de risicoverevening verbeterd gaat worden?

Zie antwoord op vraag 33.

36.

Is er onderzocht wat de gevolgen zijn van de voorgestelde wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel voor kleine zorgverzekeraars? Wat waren de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek en wat is daarmee gedaan?

Ja, dat is onderzocht. Op basis van de uitkomsten van de onderzoeken is voor de modellen die in de zomer zijn doorgerekend, ook berekend wat de gevolgen zijn voor de kleine verzekeraars.⁷ Hieruit blijkt dat de zeven verzekeraars met minder dan 150 duizend verzekerden na toepassing van de ex ante modellen een positief resultaat hebben van gemiddeld ongeveer 9 euro per verzekerdenjaar. Dit is opgebouwd uit een positief resultaat van 4 euro voor zowel de somatische zorg als de wijkverpleging, een resultaat van 0 euro voor de geneeskundige GGZ en een positief resultaat van 1 euro voor de langdurige GGZ. Op basis van deze uitkomsten heb ik geen aanwijzingen dat de risicoverevening 2016 nadelig uitpakt voor kleine verzekeraars.

37.

Kan de Minister een vergelijking geven van de effecten van de voorgestelde maatregelen voor een kleine zelfstandige verzekeraar en die voor een grote verzekeraar die opereert in concernverband?

Ik kan niet ingaan op de vergelijking van een kleine zelfstandige verzekeraar en een grote verzekeraar die onderdeel uitmaakt van een concern. Dit om te voorkomen dat uitkomsten herleidbaar zijn tot een verzekeraar. Dit betreft immers bedrijfsgevoelige informatie.

In antwoord op voorgaande vraag heb ik aangegeven dat de zeven kleine verzekeraars (met minder dan 150 duizend verzekerden) een positief resultaat hebben van gemiddeld ongeveer 9 euro per verzekerde. De elf middelgrote verzekeraars hebben een positief resultaat van gemiddeld ongeveer 9 euro per verzekerde. Voor de zeven grote verzekeraars (met meer dan 500 duizend verzekerden) geldt dat zij een negatief resultaat hebben van gemiddeld 3 euro per verzekerde.

De zes verzekeraars die niet in concernverband opereren hebben een positief resultaat van gemiddeld acht euro. De overige verzekeraars hebben een negatief resultaat van gemiddeld 1 euro.

38.

Wat is voor de Minister het maximale negatieve resultaat uit de overall toets, gekoppeld aan het afschaffen van de ex post compensaties, dat een zorgverzekeraar als risico in de premie zou kunnen verdisconteren?

⁷ iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets, WOR 748.

Verzekeraars bepalen zelf wat voor opslag zij in de premie hanteren voor het risico dat zij lopen. Daar hanteer ik dus geen grens voor. In de overall toets – de doorrekening die in de zomer plaatsvindt – wordt wel inzichtelijk gemaakt wat het vereveningsresultaat per verzekerdenjaar is voor alle 25 risicodragers. Een negatief vereveningsresultaat kan globaal twee redenen hebben; de verzekeraar werkt relatief ondoelmatig of de verzekeraar heeft relatief veel verzekerden die nog ondergecompenseerd worden in de risicoverevening. Bij de beslissing over de vormgeving van de ex ante modellen en de inzet van ex post compensaties wordt naar verschillende maatstaven gekeken, waaronder de bandbreedte tussen de verzekeraars met het meest negatieve en de verzekeraar met het meest positieve resultaat. Ik hanteer echter geen absolute grens voor het maximale negatieve resultaat dat een verzekeraar mag hebben, mede omdat dit ook kan worden veroorzaakt door het beleid van de verzekeraar zelf.

39.

Wanneer is het ex ante risicovereveningsmodel van dusdanige kwaliteit dat de laatste ex post compensaties afgeschaft kunnen worden?

Zoals aangekondigd in het regeerakkoord en vastgelegd in een AMvB⁸, zullen de ex post compensaties per 2017 afgeschaft worden. Zoals ik in antwoord op vraag 7 heb toegelicht, moeten de modellen in 2017 dus van dusdanige kwaliteit zijn, dat het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars wordt geborgd, de prikkels tot risicoselectie worden gemitigeerd en de doelmatigheid wordt bevorderd. Zoals ik in mijn brief van 1 september heb aangekondigd, zijn de verbeteringen in de modellen per 2016 al zodanig, dat een groot deel van de verzekeraars de wijkverpleging, geneeskundige GGZ en langdurige GGZ al per 2016 de facto al volledig risicodragend kan uitvoeren.

40.

Kan er, aangezien er expliciet gesteld wordt dat overbetaling geen onderdeel uit gaat maken van de risicoverevening 2016, geconcludeerd worden dat de ingezette maatregelen louter een verdere verfijning inhouden van de al bestaande risicoverevening?

De systematiek van de risicoverevening, namelijk het adequaat compenseren van voorspelbare kostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen in de verzekerdenportefeuille, verandert niet. Er kan echter niet worden geconcludeerd dat de ingezette maatregelen louter een verfijning zijn van de bestaande risicoverevening. Naast verbetering van de bestaande vereveningskenmerken, gaat het namelijk ook om uitbreiding van de modellen met nieuwe vereveningskenmerken.

41.

Op welke manier bent u voornemens om de mogelijke perverse prikkelwerking van compensatie van chronisch zieken te voorkomen?

Ik veronderstel dat u hiermee doelt op de zogenoemde «onorthodoxe middelen» die ik per 2016 jaar introduceer in de risicovereveningsmodellen. Ik introduceer deze, omdat ze zorgen voor een betere compensatie van bepaalde groepen chronische zieken. Keerzijde is, zoals ik in mijn brief van 16 juni 2015 uitgebreid heb toegelicht, dat ze een dempende werking hebben op de doelmatigheidsprikkels. Ik ben voornemens dit zoveel mogelijk te voorkomen, door zoveel mogelijk gebruik te maken van vereveningskenmerken die medisch inhoudelijk goed onderbouwd zijn, zoals de farmaciekostengroepen, diagnosekostengroepen en hulpmidde-

⁸ Stb 2013, nr. 384.

lenkostengroepen. Vanwege hun dempende werking op de doelmatigheidsprikkels heb ik in mijn brief aangekondigd een deel van de nieuwe vereveningskenmerken uiterlijk per 2019 weer uit het model te verwijderen. Zo behouden verzekeraars een sterkere prikkel om praktijkvariatie tegen te gaan en de doelmatigheid te bevorderen.

Bij het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar, worden diverse kostencategorieën gebruikt, die leiden tot verschillende bijdragen voor verzekeraars. Er zal worden gewerkt met dynamische drempels tussen deze categorieën. Dat betekent dat het geen absolute grens is, maar een percentage. Omdat daardoor vooraf niet bekend is waar de drempel precies zal liggen, is het voor verzekeraars veel moeilijker om te sturen op een bepaalde uitkomst, die leidt tot een hogere vereveningsbijdrage.

42.

Kunt u aangeven in hoeverre het regiokenmerk zoals gebruikt in de somatische zorg verschilt met het tijdelijke regiokenmerk dat voor de wijkverpleging gebruikt werd?

Het tijdelijke regiokenmerk dat in 2015 voor de verevening van de kosten wijkverpleging wordt gebruikt is gebaseerd op de clustering van de 32 zorgkantoorregio's uit de AWBZ. Dit kenmerk hield rekening met historisch gegroeide verschillen per zorgkantoorregio in het zorgaanbod van verpleging en verzorging in de AWBZ. Hierdoor krijgt een verzekeraar meer geld als hij relatief veel verzekerden in een regio heeft waar het historische gebruik van verpleging en verzorging hoog was. Door hier tijdelijk rekening mee te houden krijgen verzekeraars voldoende middelen om aan hun zorgplicht te voldoen en krijgen ze de tijd om de zorg indien nodig te herstructureren. Een dergelijk aanbodgericht criterium past echter niet in een objectief en vraaggericht risicovereveningsmodel. Dit kenmerk was daarom tijdelijk van aard. Door de modelverbeteringen die per 2016 worden doorgevoerd, heeft het kenmerk zijn toegevoegde waarde bovendien verloren.

In het regiokenmerk voor de somatische zorg worden verzekerden via hun postcode geclusterd op grond van een aantal factoren dat bij de postcode behoort. Het betreffen factoren als mate van stedelijkheid, aandeel niet-westerse allochtonen in postcodegebied, aandeel alleenstaanden, afstand tot ziekenhuis en aantal verpleeghuisbedden. Hiermee weerspiegelt het kenmerk de sociaaleconomische omstandigheden van de woonomgeving van de verzekerde. Deze omstandigheden zijn voorspellend voor de zorgkosten van een verzekerde. Dit regiokenmerk is deze zomer geactualiseerd, waarbij ook de kosten van wijkverpleging betrokken zijn.

43.

Wordt bij het vereveningskenmerk meerjarige hoge kosten (MHK) ook gekeken naar MHK's uit het vorige jaar?

Bij toepassing van het vereveningskenmerk meerjarig hoge kosten wordt niet gekeken in welke klasse van het kenmerk een verzekerde in het voorgaande jaar is ingedeeld. Wel is er sprake van overlap omdat verzekerden bij het kenmerk MHK steeds worden ingedeeld op basis van hun kosten in de voorgaande drie jaar. Zo is de MHK voor het model 2015 gebaseerd op kosten in 2012, 2013 en 2014 en die voor het model 2016 op de kosten in 2013, 2014 en 2015.

44.

Kan de Minister beter onderbouwen waarom zij bij het model wijkverpleging kiest om het model wijkverpleging dezelfde vereveningskenmerken te hanteren als voor de overige somatische zorg?

In mijn brief van 25 juni 2014 heb ik aangekondigd dat ik van plan ben om de kosten van wijkverpleging uiterlijk in 2017 in het somatische model op te nemen.⁹ Omdat de wijkverpleging dan volgens plan volledig risicodragend zal worden uitgevoerd door verzekeraars, vervalt de noodzaak van een apart model. Een geïntegreerd model maakt het bovendien mogelijk om de kosten in samenhang te bezien en te voorspellen. Om de integratie van de twee modellen mogelijk te maken zijn de onderzoeken er dit jaar op gericht geweest om een zo goed mogelijk model te ontwikkelen voor de kosten van de somatische zorg inclusief wijkverpleging. Het voor 2016 ontwikkelde model blijkt veel beter in staat om de kosten van de wijkverpleging te voorspellen dan het aparte model dat in 2015 werd gehanteerd. Daarom ligt de conclusie voor de hand om dit model per 2016 te gebruiken voor zowel de somatische zorg als de wijkverpleging. De kosten van wijkverpleging blijken immers goed te kunnen worden voorspeld met de kenmerken die ook voor de somatische zorgkosten worden gebruikt. Bijkomend voordeel van deze aanpak is dat ik de uitvoering niet hoeft te belasten met het eenmalige gebruik van aparte vereveningskenmerken.

45.

In het algemeen overleg van 2-7-2015 over dure geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 345) werd aangegeven dat de nacalculatie m.b.t. add-ons voor oncolytica het gesignaleerde probleem m.b.t. de financiering van dure geneesmiddelen relativeert. Betekent dit dat deze nacalculatie gehandhaafd blijft en dat het besluit tot meer risicodragendheid uitgesteld wordt en in ieder geval nog niet genomen wordt voor 2016?

Zorgverzekeraars lopen met betrekking tot de add-ons voor oncolytica over 2015 inderdaad nog geen risico, wat inhoudt dat zij worden nagecalculeerd op de werkelijke kosten. Inmiddels is de besluitvorming afgerond over de risicodragendheid van verzekeraars in 2016, waaronder voor de add-ons voor oncolytica. Met mijn brief van 1 september heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten. Hierin heb ik aangegeven dat er voldoende gegevens zijn om mee te rekenen binnen de risicoverevening en de kosten zijn voldoende normeerbaar. Dat maakt het mogelijk om verzekeraars per 2016 risicodragend te maken voor de add-ons voor oncolytica en verzekeraars zodoende een prikkel voor doelmatige zorginkoop te geven.

Ik heb aangekondigd dat ik een uitzondering op de risicodragendheid zal maken voor nieuwe, dure geneesmiddelen die in de in mijn brief van 9 juli 2015 aangekondigde sluis in het verzekerde pakket van de Zvw terechtkomen (Kamerstuk 29 477, nr. 343). Over deze dure geneesmiddelen (niet per definitie alleen oncolytica) lopen verzekeraars tot het einde van het kalenderjaar volgend op instroom nog geen risico. Daarna zal automatisch wel sprake zijn van volledige risicodragendheid van verzekeraars voor deze middelen. Dan kunnen declaratiegegevens ook worden benut.

46.

Kunt u aangeven waarom er voor het geneeskundige GGZ model een klasse «hoogopgeleiden» wordt toegevoegd? Op welke manier leidde dit tot overcompensatie in het verleden?

⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 529.

In het kader van het periodiek groot onderhoud zijn dit jaar door het onderzoeksbureau SiRM de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI), sociaaleconomische status (SES) en personen per adres (PPA) nader onderzocht. Op basis van onderzoek naar beschikbare gegevens, literatuuronderzoek, interviews met experts en onderzoek naar kosten en meerkosten zijn deze vereveningskenmerken nader onderzocht. In het rapport staat aangegeven dat in het huidige risicovereveningsmodel de SES wordt bepaald op basis van het gemiddeld adres inkomen, maar dat uit het literatuuronderzoek volgt dat ook een hoger opleidingsniveau in de regel samenhangt met een betere gezondheid (en lagere zorgkosten) en ook dit kenmerk in het vereveningsmodel zou moeten worden meegenomen. Om deze reden zijn in het onderzoek schattingen gemaakt van risicovereveningsmodellen met varianten van AVI, SES, PPA en hoog opgeleid (HO). In het onderzoek is daarbij een onderscheid gemaakt naar het model voor de somatische zorgkosten, het model voor de somatische zorgkosten inclusief kosten wijkverpleging en het model voor de geneeskundige GGZ.

De schattingsresultaten laten voor elk model een negatief normbedrag voor hoogopgeleiden zien. Dat betekent dat verzekeraars vanaf volgend jaar voor elke hoogopgeleide (18–34 jaar) een lagere vereveningsbijdrage krijgen voor onder andere de geneeskundige GGZ, dan voor andere verzekerden. Uit de resultaten blijkt immers dat hoogopgeleiden gemiddeld minder GGZ-kosten maken dan overige verzekerden. In de geneeskundige GGZ gaat het om –75 euro per hoogopgeleide. De hoogte van dit normbedrag is globaal gelijk aan de overcompensatie voor de groep hoogopgeleiden in het verleden.

47.

Kunt u toelichten waarom er niet voor is gekozen om ook extramurale GGZ in het vorige jaar mee te laten tellen in het nieuwe vereveningskenmerk voor langdurige GGZ?

De langdurige GGZ, zoals die per 2015 is ondergebracht in de Zvw heeft betrekking op het tweede en derde jaar intramuraal verblijf. Een verzekerde die instroomt in de langdurige GGZ heeft daarvoor dus al één jaar gebruik gemaakt van de intramurale geneeskundige GGZ en kan niet rechtstreeks van de extramurale GGZ doorstromen naar de langdurige GGZ. Daarom ligt het meer voor de hand om alleen de intramurale GGZ als voorspeller te gebruiken en niet de extramurale GGZ.

Daarnaast zou de extramurale GGZ als vereveningskenmerk een slechte voorspeller zijn. Van de mensen die gebruik maken van extramurale GGZ, zal namelijk maar een zeer gering deel uiteindelijk ook langdurige GGZ nodig hebben. Dat iemand af en toe bij een psycholoog komt, betekent immers niet dat hij langdurig opgenomen zal moeten worden in een GGZ-instelling.

48.

Vorig jaar waren er nog grote praktische en haast onoverkomelijke bezwaren tegen het risicodragend maken van de langdurige GGZ en wijkverpleging. Wat is er in de tussentijd veranderd dat dit nu wel tot de mogelijkheden behoort?

Ik deel de mening niet dat er vorig jaar grote praktische en haast onoverkomelijke bezwaren waren tegen het risicodragend maken van de langdurige GGZ en wijkverpleging. Voor de wijkverpleging is per 2015 een eerste, beperkte stap gezet in het risicodragend maken van verzekeraars. In de tussentijd zijn er diverse onderzoeken uitgevoerd, die het mogelijk hebben gemaakt om de risicoverevening voor de wijkverpleging per 2016

fors te verbeteren. In mijn brief van 16 juni 2015 heb ik u hierover geïnformeerd. De resultaten die ik in deze brief heb gepresenteerd, sterken mij in mijn verwachting dat volledige risicodragendheid van verzekeraars voor de wijkverpleging per 2017 haalbaar en verantwoord is. Zoals ik in mijn brief van 1 september heb aangekondigd, zal een groot deel van de verzekeraars de wijkverpleging in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren.

Voor wat betreft de langdurige GGZ heb ik meermaals in de Tweede Kamer aangegeven dat ik twijfels heb of er perspectief is op volledig risicodragende uitvoering. Ik heb echter nooit gezegd dat er onoverkomelijke bezwaren waren tegen risicodragendheid. In 2015 lopen verzekeraars geen risico over de kosten voor de langdurige GGZ. Net als bij de wijkverpleging, zijn er afgelopen jaar onderzoeken uitgevoerd, die hebben aangetoond dat de risicoverevening voor de langdurige GGZ fors kan worden verbeterd. In mijn brief van 16 juni heb ik de Tweede Kamer daarover geïnformeerd. In mijn brief van 1 september heb ik toegelicht dat de verbeteringen per 2016 al dusdanig zijn, dat er een stapje in risicodragendheid gezet kan worden. Daarmee zal een groot deel van de verzekeraars de langdurige GGZ in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren. Dat neemt overigens niet weg dat ik mij het komende jaar zal bezinnen op de toekomstige positionering van de langdurige GGZ. Ik roep verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties nadrukkelijk op om ervoor te zorgen dat de GGZ beter gaat passen in de systematiek van de Zvw en dat er meer inzicht komt in de effectiviteit van de behandelingen. Daarbij hoort ook volledige risicodragendheid in 2017. De mate waarin stappen worden gezet door het veld, zal ik betrekken bij mijn afweging over de positionering van de GGZ.

49.

Aangezien de Minister voor het jaar 2016 niet over informatie over de schadelast beschikt, op basis van welke feiten wordt er dan een besluit genomen over de langdurige GGZ?

Het besluit dat ik neem over de risicoverevening 2016, gebeurt op basis van onderzoek met data uit 2013 (en eerder), die representatief zijn gemaakt voor het jaar 2016. Nieuw beleid en prijseffecten worden in de gegevens verwerkt. Dit is niet alleen voor de langdurige GGZ het geval. Algemeen geldt dat voor het vaststellen van de relatie tussen zorgkosten en verzekerden- en gezondheidskenmerken in de risicoverevening gebruik wordt gemaakt van drie jaar oude data. Reden hiervoor is dat het belangrijk is om te werken met uitgedeclareerde kostengegevens. Voor recentere jaren zijn de declaraties nog onvolledig en daardoor nog niet bruikbaar voor de risicoverevening.

Voor het vaststellen van de uiteindelijke vereveningsbijdragen 2016 wordt uitgegaan van begrotingscijfers 2016 voor de verwachte zorgkosten en van de meest recente ramingen van de verzekerdenaantallen voor 2016.

50.

Vanaf 2016 wordt het noodzakelijk geacht om nieuwe vereveningskenmerken toe te voegen gebaseerd op het zorggebruik in het verleden. Uiterlijk over drie jaar gaat dit weer verdwijnen, wat weer kan leiden tot een verslechtering van het ex ante model. Betekent dit dat we in 2019 «weer terug bij af zijn»?

Nee, we zullen in 2019 niet terug bij af zijn. Zoals ik in mijn brief van 16 juni 2015 heb aangegeven, zal ik komende onderzoeksjaren hoge prioriteit geven aan de ontwikkeling van alternatieve vereveningskenmerken die medisch inhoudelijk goed onderbouwd zijn en die de

«onorthodoxe middelen» die ik dit jaar introduceer zo snel als mogelijk kunnen vervangen. Dit geldt vooral voor de vereveningskenmerken die gebaseerd zijn op gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in voorgaand jaar. Daarnaast kan voor model 2019 in tegenstelling tot nu gebruik worden gemaakt van Zvw-declaratie bestanden in plaats van oude AWBZ data. Naast het voordeel dat de kwaliteit van de gebruikte data verbetert, betekent dit dat de kosten van wijkverpleging voortaan ook meegenomen kunnen worden in het vereveningskenmerk «meerjarig hoge kosten».

51.

Welke garantie heeft de Minister dat de nieuwe vereveningskenmerken waarvan wordt beoogd deze na drie jaar weer te verwijderen, tegen die tijd niet meer nodig zouden zijn?

Die garantie is er niet. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 50 heb toegelicht, verwacht ik wel verbeteringen. Er moeten echter de komende jaren tal van onderzoeken worden uitgevoerd, voordat ik garanties heb. Vanwege de dempende werking van de nieuwe vereveningskenmerken op de doelmatigheidsprikkels, vind ik het van belang om de tijdelijkheid ervan te benadrukken. Daardoor houden verzekeraars een sterkere prikkel om praktijkvariatie tegen te gaan en de doelmatigheid te vergroten.

52.

Gelet op het voornemen om per 2017 de wijkverpleging op te nemen in het somatische model, hoe kan de Minister de werking van het model voor de wijkverpleging voldoende toetsen?

Vanaf 2017 wordt de verevenende werking bij de kosten wijkverpleging niet meer apart getoetst. Er zal dan één ex ante model zijn voor verevening van de totale kosten van de somatische zorg en de wijkverpleging gezamenlijk. Dit model zal getoetst worden met de gebruikelijke statistische maatstaven voor verevenende werking. Wel blijft het in een geïntegreerd model mogelijk om de resultaten van het model voor bepaalde subgroepen te bekijken, zoals gebruikers van wijkverpleging. Zo is dit jaar ook expliciet gekeken naar de vereveningsresultaten voor gebruikers van geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie in voorgaand jaar. Daarvoor is een apart model niet noodzakelijk.

In 2016 wordt de verevening van de kosten voor wijkverpleging nog apart zichtbaar. Het model voor de kosten van wijkverpleging is wel hetzelfde als voor de somatische kosten. Er wordt nog met aparte deelbedragen gewerkt, zodat bij de wijkverpleging nog ex post compensaties kunnen worden toegepast.

53.

Op welke manier bent u van plan te monitoren of zorgverzekeraars in het eerste jaar van de wijkverpleging de perverse prikkels niet in het nadeel van de patiënt laten werken?

Ik verwacht niet dat deze prikkels in het nadeel van patiënten zullen werken. Ik zal dat daarom ook niet monitoren. Dat zou betekenen dat een verzekeraar een verzekerde zou moeten dwingen om tegen zijn zin in bijvoorbeeld meer wijkverpleging af te nemen dan hij nodig heeft of om tegen zijn zin in langdurig te worden opgenomen in een GGZ-instelling. Dat lijkt mij onwaarschijnlijk.

Het is aannemelijker dat de perverse prikkels leiden tot meer zorggebruik als de belangen van de verzekeraar en de verzekerde (en de zorgaanbieder) juist op één lijn liggen. Dit is bijvoorbeeld denkbaar als een

verzekerde het prettig zou vinden om meer wijkverpleging te ontvangen dan hij eigenlijk nodig heeft en de verzekeraar daardoor het jaar erna een hogere vereveningsbijdrage zou ontvangen. Zie verder het antwoord op vraag 60.

54.

De Minister geeft verschillende keren aan dat een vereveningsbijdrage op basis van zorggebruik in het voorgaande jaar een dempende werking heeft op doelmatigheidsprikkels. Er is voor verzekeraars een minder sterke prikkel om dat specifieke zorggebruik en de bijbehorende kosten te beteugelen. Maar is dat juist bij chronisch zieken en mensen met een langdurige beperking juist geen goede voorspeller?

Ja, het is juist dat de nieuwe vereveningskenmerken een goede voorspeller vormen voor chronisch zieken en mensen met een langdurige beperking. Dat is ook precies de reden dat ik ze heb opgenomen in het risicovereveningsmodel voor 2016, ondanks de dempende werking op de doelmatigheidsprikkels.

55.

Bent u bereid in 2016 al een onderzoek te starten naar de, tot nu toe, onverklaarbare (regionale) verschillen in zorgvraag? Zo nee, waarom wilt u hiermee wachten?

In mijn brief van 16 juni heb ik al aangegeven hier onderzoek naar te willen doen. Ik ben bereid om dit onderzoek in 2016 te starten. Ik ga er van uit dat dit goed past in het onderzoeksprogramma voor komend jaar, waaraan momenteel wordt gewerkt.

56.

Hoewel het kenmerk «kosten-wijkverpleging-van-vorig-jaar» een onderdeel is van de ex-ante risicoverevening, is het effect ervan vergelijkbaar met 100% ex post kostencompensatie «met een jaar vertraging» (mits de verzekerde niet overstapt of overlijdt). Voorts is in 2016 sprake van de bovengenoemde perverse prikkels tot overbehandeling, die in 2015 niet bestaan. Dit rechtvaardigt de verwachting dat de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars in 2016 geringer zullen zijn dan in 2015. Toch verwacht de Minister per saldo dat de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars in 2016 zullen verbeteren ten opzichte van dit jaar. Kan de Minister toelichten waar deze verwachting op gebaseerd is?

Ik erken de perverse prikkelwerking, maar verwacht desalniettemin dat de doelmatigheidsprikkels per saldo zullen verbeteren. De aanpassing van het model gaat per 2016 namelijk gepaard met een forse stap in de afbouw van ex post compensaties bij de wijkverpleging ten opzichte van 2015. Door de afbouw van de ex post compensaties lopen verzekeraars meer risico op de kosten van wijkverpleging en hebben zij een sterkere prikkel om de kosten in de hand te houden en doelmatiger te werken dan hun concurrenten.

Daarnaast is het eerste kalenderjaar dat een verzekerde gebruik maakt van wijkverpleging nog steeds verliesgevend voor verzekeraars en is het bedrag dat verzekeraars voor het jaar erna ontvangen over het algemeen niet gelijk aan de gemaakte kosten in het voorgaande jaar. Hierdoor houden verzekeraars een prikkel om instroom te voorkomen en uitstroom te bevorderen. De stelling dat het vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar vergelijkbaar is met 100% ex post compensatie is onjuist. Bij 100% ex post compensatie loopt de verzekeraars helemaal geen risico en kan hij dus ook geen doelmatigheidswinst behalen op die zorg. Bij dit kenmerk kan dat wel. Het nieuwe

vereveningskenmerk compenseert verzekeraars niet voor de kosten die zij in voorgaand jaar hebben gemaakt voor de wijkverpleging, maar voor de kosten die de verzekeraar het jaar erna naar verwachting zal moeten maken voor die verzekerde voor zowel de wijkverpleging als de overige somatische zorg.

Tot slot verwacht ik dat er een disciplinerende werking richting verzekeraars uitgaat van de tijdelijkheid van het kenmerk.

57.

Welke maatregelen gaat de Minister treffen als uit de monitoring van het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat zij hun gedrag aanpassen als gevolg van de genoemde perverse prikkels?

In mijn brief van 16 juni heb ik aangegeven dat de vereveningskenmerken gebaseerd op gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg uiterlijk per 2019 weer uit het risicovereveningsmodel verdwijnen. Mocht echter blijken dat deze kenmerken leiden tot ongewenst gedrag bij zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders, dan kan de ultieme consequentie zijn dat het kenmerk al eerder uit het model wordt verwijderd. Dit hangt ook af van de schaal waarop het ongewenste gedrag wordt waargenomen. Indien het op grote schaal gebeurt, ligt verwijderen van het kenmerk voor de hand. Overigens zou de systematiek van de risico-verevening er dan automatisch voor zorgen dat de bijdrage die verzekeraars ontvangen voor gebruikers van wijkverpleging in het voorgaande jaar lager wordt. Indien het ongewenste gedrag bij één verzekeraar of zorgaanbieder plaatsvindt, is het logisch om specifiek die partijen erop aan te spreken.

58.

Stel dat de zoektocht naar geschikte alternatieve kenmerken niet succesvol is, worden de wijkverpleging en geriatrische revalidatie dan (uiterlijk in 2019) overgeheveld naar de Wlz? Zo nee, welke consequenties zal dit dan hebben voor deze zorgvormen?

Nee, overheveling van de wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg naar de Wlz is niet aan de orde. Ik vind het niet zinvol om nu al te speculeren over het al dan niet succesvol verlopen van de zoektocht naar alternatieve criteria en de consequenties daarvan. Daarvoor moeten we de komende jaren de resultaten van tal van onderzoeken afwachten, zoals ik in antwoord op vraag 50 en 51 heb toegelicht.

59.

U stelt dat het eerste jaar gebruik van wijkverpleging nog steeds verliesgevend kan zijn voor verzekeraars, hierdoor houden zorgverzekeraars een prikkel om instroom te voorkomen en uitstroom te bevorderen. Hoe ziet u dit precies voor zich aangezien in deze groep veel mensen zitten die langer dan 1 jaar gebruik maken van wijkverpleging?

Met die passage heb ik duidelijk willen maken dat de prikkels die verzekeraars ervaren om in te zetten op doelmatig gebruik van wijkverpleging afhankelijk is van het moment van instroom van de verzekerde. De verliesgevendheid (die overigens niet voorspelbaar is) van gebruikers van wijkverpleging in het eerste kalenderjaar, zorgt ervoor dat verzekeraars geprikkeld zijn om gebruik van wijkverpleging waar mogelijk te voorkomen. Deze prikkel is aanwezig ongeacht de lengte van de periode dat de verzekerde uiteindelijk gebruik maakt van de wijkverpleging. Keerzijde daarvan is dat wanneer verzekeraars verlies lijden op een bepaalde groep, daar ook een prikkel tot risicoselectie van uit kan gaan. Daarom wordt in de risicoverevening gestreefd naar een compensatie aan

verzekeraars die zo goed mogelijk aansluit bij de verwachte kosten van de verzekerde.

Ook is er een prikkel om daar waar mogelijk uitstroom te bevorderen. De vereveningsbijdrage is immers gebaseerd op gebruik in het voorafgaande jaar, waardoor uitstroom winstgevend kan zijn als de kosten in het jaar van uitstroom lager zijn dan de vereveningsbijdrage (gebaseerd op het gebruik van vorig jaar). Deze prikkel wordt sterker als in de toekomst geen gebruik meer wordt gemaakt van het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Ook de afbouw van de ex post compensaties vergroten de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars.

60.

Hoe gaat u monitoren dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun gedrag aanpassen als gevolg van perverse prikkels?

Hoe dit wordt gemonitord moet nog nader worden uitgewerkt. Het is denkbaar om naar het inkoopgedrag van verzekeraars te kijken, omdat daar de sturingsmogelijkheden van verzekeraars groter zijn dan bij de feitelijke zorglevering aan individuele cliënten. Dit doet de NZa in diverse marktscans, al wordt daarbij niet specifiek gekeken naar de invloed van het risicovereveningssysteem. Daarvoor is waarschijnlijk apart onderzoek nodig. Daarnaast kan ook een kwantitatieve analyse plaatsvinden waarbij declaraties voor wijkverpleging worden vergeleken met voorgaande jaren en tevens de verschillen tussen verzekeraars onderling inzichtelijk worden gemaakt. Nadeel van deze laatste methode, is dat daarmee pas kan worden gestart als de (meeste) declaraties binnen zijn.

61.

Kunt u toelichten hoe u tot de argumentatie bent gekomen dat er «voldoende prikkel blijft om het gebruik van fysiotherapie te beperken» als na twintig behandelingen die zelf betaald moeten worden, de rest door de zorgverzekeraar betaald dient te worden?

Indien de eerste twintig behandelingen zelf moeten worden betaald is er in ieder geval in eerste instantie een financiële prikkel bij de verzekerde om het gebruik te beperken. Op het moment dat het aantal behandelingen boven de drempel van 20 behandelingen uitkomt, is er mogelijk geen prikkel meer voor de verzekerde om het aantal behandelingen zo beperkt als mogelijk te houden. Dit hangt af van totale zorgkosten van de verzekerde die onder het eigen risico vallen. Indien deze kosten hoger uitkomen dan het maximale eigen risico bedrag is er voor de verzekerde geen financiële prikkel meer om het aantal behandelingen zo beperkt mogelijk te houden.

Indien de eerste twintig behandelingen via een aanvullende verzekering door de zorgverzekeraar worden betaald is een vergelijkbare redenering van toepassing. Er is in eerste instantie een prikkel bij de zorgverzekeraar om het aantal behandelingen te beperken. Indien het aantal behandelingen boven de twintig uitkomt is de prikkel beperkt, omdat de verzekeraar het jaar erna een hogere vergoeding voor deze verzekerde ontvangt. De vergoeding is echter gebaseerd op een gemiddelde. Er blijft daarom een prikkel aanwezig om doelmatiger in te kopen dan concurrenten.

Kanttekening bij deze redeneringen is dat het verzekerden betreft die een bepaalde chronische aandoening hebben, waardoor voor vele verzekerden het aantal benodigde behandelingen op jaarbasis hoger dan twintig zal zijn. Hier staat dan wel weer tegenover dat gewerkt wordt met

een limitatieve lijst met chronische aandoeningen waarvoor de fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling ten laste van het basispakket komt. Voor deze chronische aandoeningen is een diagnose door een arts vereist. Hierdoor blijft ook vanaf de 21^e behandeling het gebruik beperkt.

62.

Erkent de Minister met de opmerking dat waarschijnlijk nooit van deze kenmerken kan worden afgestapt, dat een adequaat ex ante model voor de langdurige GGZ onmogelijk is?

In mijn brief van 16 juni heb ik aangegeven dat waarschijnlijk nooit van het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ in voorgaand jaar kan worden afgestapt, om het verschil te markeren met de tijdelijke vereveningskenmerken gebaseerd op gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in voorgaand jaar. Daarmee zeg ik niet dat een adequaat model voor de langdurige GGZ onmogelijk is, maar wel dat het model ook in de toekomst zeer waarschijnlijk gebruik moet maken van het genoemde kenmerk. Daaraan kleefte het nadeel dat het kenmerk een dempende werking op de doelmatigheidsprikkels heeft, maar de conclusie kan nog altijd zijn dat dit gezien de alternatieven de beste uitkomst is. In mijn antwoord op vraag 24 heb ik aangegeven welke mogelijkheden ik nog zie om het model in de toekomst verder te verbeteren.

In mijn brief van 1 september heb ik toegelicht dat ik mij nog bezin op de toekomstige positionering van de langdurige GGZ.

63.

Hoe wordt voorkomen dat verzekeraars de financiële prikkel krijgen meer mensen veel zorg te laten afnemen?

De risicoverevening is primair een ex ante systeem. De verzekeraars ontvangen voorafgaand aan het jaar een vereveningsbijdrage die hen compenseert voor de verwachte kostenverschillen op basis van de kenmerken van hun verzekerdenpopulatie. Als verzekeraars het jaar erna minder kosten maken dan verwacht, mogen ze het bedrag dat ze over hebben houden en bijvoorbeeld teruggeven aan verzekerden in de vorm van een lagere premie. Als ze meer kosten maken dan verwacht, komen die voor eigen rekening en zijn zij mogelijk genoodzaakt om het jaar erna de premie te verhogen. Hierdoor geeft het risicovereveningssysteem inherent een prikkel om doelmatig te werken. Ex post compensaties beperken het financiële risico dat verzekeraars lopen en beperken daarmee ook de doelmatigheidsprikkels. De afbouw van de ex post compensaties tot volledige risicodragendheid van verzekeraars in 2017 versterkt derhalve de financiële prikkel.

Bepaalde vereveningskenmerken kunnen de doelmatigheidsprikkels dempen. Om dit te voorkomen wordt zoveel mogelijk gewerkt met vereveningskenmerken die medisch inhoudelijk onderbouwd zijn en zo min mogelijk te beïnvloeden door verzekeraars. Zie verder het antwoord op vraag 41 over de financiële prikkels van de nieuwe vereveningskenmerken die zijn gebaseerd op zorggebruik in het voorgaande jaar.

64.

Is niet juist de «schadelast»-benadering het probleem? Hoe wordt voorkomen dat er niet nieuwe lucratieve groepen ontstaan en groepen die juist gemeden worden?

Ik vermoed dat u met de «schadelast»-benadering doelt op het feit dat met de risicoverevening wordt getracht om de zorgkosten die per verzekerde worden gemaakt zo goed mogelijk te voorspellen (de

verwachte schadelast). Dat is cruciaal om een privaat stelsel met concurrerende, risicodragende verzekeraars mogelijk te maken. Ik zie niet wat daar het probleem van zou zijn.

Om te voorkomen dat er lucratieve groepen ontstaan en groepen die juist gemeden worden, worden de risicovereveningsmodellen jaarlijks verder verbeterd. Wanneer blijkt dat bepaalde grote en/of voor verzekeraars herkenbare groepen verzekerden voorspelbaar verlies- of winstgevend zijn, wordt onderzocht met welke nieuwe vereveningskenmerken of aanpassing van bestaande vereveningskenmerken dat in het vervolg kan worden voorkomen. Cruciaal daarbij is dat de vereveningsbijdrage aansluit bij de verwachte kosten en er dus geen bewuste overbetaling plaatsvindt. In dat laatste geval zouden er namelijk bewust groepen moeten worden aangewezen die winstgevend zijn en dus andere groepen die verliesgevend moeten zijn.

65.

De tabel stelt het percentage vereveningsbijdrage dat wordt herverdeeld van gezond naar ongezond. Dit blijkt gestegen te zijn van 2006 naar 2016 van 26% naar 36%. Kunt u deze percentages voor 2006 en 2016 ook uitsplitsen naar

- 1) *vereveningscriteria op basis van uitsluitend gezondheid (FKG, DKG en HKG),*
- 2) *uitsluitend historische kosten (MHK, fysiotherapie, GRZ t-1, VenV t-1) en*
- 3) *een combinatie van beide (GSM)?*

Wat is dan uw conclusie?

In onderstaande tabel staan de percentages overeenkomstig uw vraag uitgesplitst.

Tabel 1: Herverdeling van middelen van «gezond» naar «ongezond»¹

	2006		2016	
	mld euro	percentage	mld euro	percentage
FKG, DKG en HKG	5,2	25,7%	6,5	17,2%
MHK, Fysio (t-1), GRZ(t-1), V&V(t-1)	0	0%	6,4	16,9%
GSM	0	0%	0,8	2,1%
Totaal	5,2	25,7%	13,7	36,4%

¹ Cijfers gebaseerd op iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (pre-OT), WOR 738. Voor de definitieve modellen 2016 zijn deze cijfers nog niet bekend.

Een conclusie is dat de vereveningskenmerken MHK, Fysio (t-1), GRZ(t-1), V&V(t-1) ervoor zorgen, dat er meer geld wordt herverdeeld van gezond naar ongezond. Tegelijkertijd zorgen ze ervoor dat er relatief minder met de «echte» morbiditeitkenmerken FKG, DKG en HKG wordt herverdeeld. Ik ben me hiervan bewust en vind dit een onwenselijk bijeffect van het werken met de zogenoemde onorthodoxe vereveningskenmerken. Het is mede om deze reden dat ik komende jaren hoge prioriteit geef aan onderzoek naar modelverbeteringen die het gebruik van deze kenmerken (vooral V&V t-1 en GRZ t-1) zo snel als mogelijk overbodig maken. Op dit moment acht ik deze kenmerken echter noodzakelijk om de compensatie van specifieke groepen chronisch zieken te kunnen verbeteren.

66.

In verband met de tabel is de vraag of de kosten van wijkverpleging ook worden meegenomen voor het jaar 2006? Als dit niet zo is, hoe zouden de

resultaten luiden als de berekening in alle jaren voor dezelfde zorgvormen zou zijn uitgevoerd?

Voor het jaar 2006 worden de kosten van wijkverpleging niet meegenomen, omdat wijkverpleging toen nog geen onderdeel vormde van de Zvw. Het is daarom ook niet mogelijk om de kosten wijkverpleging voor 2006, 2010 en 2014 mee te nemen. Het is wel mogelijk om de wijkverpleging voor 2015 buiten beschouwing te laten. Voor de definitieve modellen 2016 beschik op dit moment nog niet over de gegevens om die uitsplitsing te maken.

Tabel 2: Hervreiding van gezond naar ongezond¹

	2006	2010	2014	2015	2016 ²
Hervreiding in miljarden euro's	5,2	6,9	10,6	11,6	13,8
Hervreiding als % van de kosten	26	26	32	34	36

¹ Cijfers gebaseerd op iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (pre-OT), WOR 738.

² Inclusief wijkverpleging.

67.

Waarop is de bewering gebaseerd dat het percentage van de middels de risicoverevening te compenseren variaties in 2016 naar 90 procent zal stijgen? Wat zijn de verwachtingen voor de lange termijn van dit percentage wanneer de ex post compensaties afgeschaft worden?

De gemiddelde zorgkosten per verzekerde variëren fors tussen zorgverzekeraars; van ruim 1.100 euro tot ruim 3.100 euro per verzekerde (exclusief kosten GGZ). Na toepassing van het ex ante vereveningsmodel is het verschil voor 90 procent gemitigeerd en resteert een beperkter verschil. Het verschil is relevant om het gelijke speelveld te beoordelen, ook als de ex post compensaties zijn afgeschaft.¹⁰

68.

Wat waren de verwachte verbeteringen in de voorgaande jaren, en wat waren de behaalde verbeteringen? Kan de Minister de Kamer hiervan een overzicht doen toekomen?

Ik kan uit uw vraag niet opmaken welke verbeteringen u specifiek bedoelt. Maar in het algemeen kan ik melden dat elk jaar in de zomer de voorgenomen modellen voor het jaar erna worden doorgerekend en de verwachte verbeteringen uitgedrukt in tal van statistische maatstaven.

De behaalde verbeteringen komen aan bod in de kwantitatieve analyses, waar ik in mijn antwoord op vraag 10 op in ben gegaan. Omdat deze evaluatie pas kan worden uitgevoerd als een jaar volledig is uitgedeclareerd, is er nog geen informatie voorhanden over de behaalde verbeteringen in recente jaren. De meest recente evaluatie betrof het jaar 2010. Hierover heb ik u in mijn brief van 27 januari 2015 geïnformeerd.¹¹

69.

Wat is de reactie van de Minister op het NZa-rapport «Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie» waaruit blijkt dat zorgverzekeraars nu al overgecompenseerd worden voor ouderen en chronisch zieken?

¹⁰ Cijfers gebaseerd op iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (pre-OT), WOR 738.

¹¹ Kamerstuk 29 689, nr. 577.

Mijn algemene reactie op het rapport heb ik in mijn brief van 30 juni aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstuk 29 477, nr. 335). Hieronder ga ik in op dit specifieke punt.

Het rapport van de NZa laat zien dat er in 2009 en 2010 en in mindere mate ook nog in 2011 sprake was van overcompensatie van ouderen in de risicoverevening, in het bijzonder van ongezonde ouderen. In 2012 is er geen sprake meer van overcompensatie van ongezonde ouderen en over latere jaren doet het rapport geen uitspraak. Er kan dus sowieso niet worden geconcludeerd dat er nu nog steeds sprake zou zijn van overcompensatie van ongezonde ouderen.

Wel bieden de uitkomsten van het onderzoek van de NZa een ander perspectief op de compensatie van ongezonde ouderen, omdat de beeldvorming vaak is dat deze verzekerden onaantrekkelijk zijn voor verzekeraars, omdat ze verliesgevend zouden zijn. Het onderzoek van de NZa laat zien dat in de jaren 2009, 2010 en 2011 het tegenovergestelde waar was. Daarmee biedt het een interessante bijdrage aan de discussie over verbetering van de compensatie van groepen verzekerden, zoals chronisch zieke ouderen.

Zoals ik in antwoord op vraag 49 heb toegelicht, wordt er voor het vaststellen van de relatie tussen verzekerden- en gezondheidskenmerken enerzijds en zorgkosten anderzijds gebruik gemaakt van drie jaar oude data. Deze worden zo goed mogelijk representatief gemaakt voor het jaar waarvoor het risicovereveningsmodel kosten moet voorspellen. Achteraf kan echter blijken dat de werkelijke kosten afwijken van de voorspelde kosten. Voorspellen is immers altijd met onzekerheden omgeven. Als bekend is waardoor de afwijking is veroorzaakt, kunnen daaruit lessen worden getrokken voor de toekomst.

De NZa wijst erop dat de overcompensatie in de betreffende jaren voornamelijk is bepaald door een aantal klassen van de diagnosekosten-groepen (DKG's) die in die betreffende jaren overgecompenseerd waren. Dit betreft een eerste verkenning. Om de afwijkingen in de toekomst te kunnen reduceren is in het conceptonderzoeksprogramma voor de risicoverevening voor de komende jaren een evaluatie opgenomen, waarbij ook zal worden bekeken welke mogelijkheden er zijn om de aansluiting tussen de voorspelde en de werkelijke kosten in de toekomst te verbeteren.

70.

Er wordt een voorbeeld genoemd van hoe de vereveningsbijdrage van een oudere dame zich heeft ontwikkeld van 2006 tot en met 2016. Het gaat blijkbaar om een dame met een hartaandoening. Zoals in de voetnoot is aangegeven is vanaf 2015 de V&V-vereveningsbijdrage ook toegevoegd. Dit is toch appels met peren vergelijken? Waarom niet voor 2015 en 2016 ook alleen de variabele kosten genomen? Maar klopt de conclusie wel? Is niet juist opvallend dat tussen 2006 en 2014 (wel te vergelijken) het vereveningsmodel juist slechter is gaan werken voor deze «oudere dame» ondanks alle doorgevoerde verbeteringen? Immers, de stijging van de vereveningsbijdrage voor «gezond» is aanzienlijk hoger dan voor verzekerden met morbiditeit. In 2014 is er dus relatief meer vereveningsbijdrage gegaan naar gezonde verzekerden dan in 2006, blijkens dit voorbeeld. Graag een uitgebreide reactie.

In mijn antwoord op vraag 66 heb ik voor 2015 de cijfers voor de variabele zorgkosten exclusief wijkverpleging opgenomen en heb ik aangegeven dat ik de splitsing voor 2016 nog niet kan maken.

Het is juist dat in het voorbeeld de stijging van de vereveningsbijdrage voor de gezonde oudere dame hoger is dan de oudere dame met een hartaandoening (medicijngebruik). Voor verzekerden met een complexe zorgvraag is de bijdrage wel duidelijk sterker gestegen. In onderstaande tabel is dit zichtbaar gemaakt.

Tabel 3: Ontwikkeling risicovereveningsbijdrage oudere dame, 2006–2014, in euro's¹

	2006	2010	2014
Gezond	1.900	2.440	2.480
<i>verschil t.o.v. 2006</i>		540	580
Met hartaandoening			
(enkelvoudige morbiditeit)	4.512	5.233	4.698
<i>Opslag t.o.v. gezond</i>	2.612	2.793	2.218
<i>verschil t.o.v. 2006</i>		181	– 394
Met complexe zorgvraag	8.587	9.952	10.611
(meervoudige morbiditeit)			
<i>Opslag t.o.v. gezond</i>	6.687	7.512	8.131
<i>verschil t.o.v. 2006</i>		825	1.444

¹ Cijfers gebaseerd op iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012 (pre-OT), WOR 738.

De weergegeven mutaties kunnen als volgt worden verklaard. De risicoverevening kent als basis een normbedrag voor leeftijd en geslacht. Vervolgens worden op dit (basis)normbedrag af- en opslagen toegepast, waardoor het bedrag voor gezonde verzekerden lager wordt en voor ongezonde verzekerden hoger. Jaarlijks worden op basis van de meest recente kostencijfers al deze normbedragen en de af- en opslagen bijgesteld. Uit de in de tabel opgenomen cijfers volgt dat uit onderzoek naar voren komt dat de extra kosten voor personen met een hartaandoening sinds 2006 wat zijn afgevlakt en in de periode 2010–2014 zelfs zijn gedaald. Mogelijk heeft dit te maken met lagere medicijntarieven. Ondanks de afvlakking krijgen verzekeraars in 2014 nog altijd ruim tweeduizend euro meer voor een verzekerde met een hartaandoening dan voor een gezonde verzekerde.

Het voorbeeld illustreert dat het vereveningssysteem zo veel mogelijk probeert aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de praktijk en dat daarbij geen sprake is van een uniform patroon. Als de zorgkosten van verzekerden met een bepaalde aandoening dalen, resulteert dat uiteindelijk ook in een lagere vereveningsbijdrage voor die verzekerden.

71.

In hoeverre worden, door de invoering van kenmerken gebaseerd op zorggebruik in het verleden, juist de efficiency verschillen niet «wegverevend» en in hoeverre is het dan nog wel zinvol voor een zorgverzekeraar om zich te richten op een efficiënte uitvoering?

Vereveningskenmerken die gebaseerd zijn op zorggebruik en/of zorgkosten in het verleden, maar zonder medisch inhoudelijke onderbouwing, kunnen inderdaad een dempende werking op de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars hebben, doordat efficiencyverschillen bij die specifieke zorg worden «wegverevend». Toch blijft er voor verzekeraars een prikkel bestaan voor een efficiënte uitvoering. Zie daarvoor mijn antwoord op vraag 56. Daarnaast geldt dat voor het voorspellen van het merendeel van de zorgkosten geen gebruik wordt gemaakt van kenmerken gebaseerd op zorgkosten in voorgaand jaar, waardoor de dempende werking op de doelmatigheidsprikkels niet aan de orde is.

72.

Gaat u onderzoeken of het onderscheid wel/niet hoogopgeleid ook van toegevoegde waarde kan zijn in de risicoverevening bij personen vanaf 35 jaar?

Nee, dit ga ik niet onderzoeken. Uit het onderzoek dat dit jaar is uitgevoerd naar dit kenmerk, blijkt namelijk al dat voor personen ouder dan 35 jaar geen betrouwbare informatie over hun opleidingsniveau beschikbaar is.

73.

Er is uiteraard niets tegen op vervolgonderzoek, maar is volgend jaar de conclusie niet precies hetzelfde, namelijk dat de kosten niet volledig zijn en dat daardoor niet «zuiver» een normbedrag geschat kan worden?

Ik vermoed dat u doelt op het vervolgonderzoek naar een mogelijk vereveningskenmerk voor buitenlandse seizoensarbeiders. Het is voorbarig om nu al vooruit te lopen op conclusies van vervolgonderzoek dat zelfs nog moet worden uitgezet. Zoals ik in mijn brief van 16 juni 2015 heb aangegeven, was een belangrijke belemmering in het reeds uitgevoerde onderzoek dat voor een deel van de kosten in 2012 niet bekend was voor wie deze zijn gemaakt, omdat deze kosten niet op individueel niveau werden geregistreerd. Hier is per 2013 verandering in gekomen. Vanaf dat moment zou wel bekend moeten zijn voor wie welke kosten zijn gemaakt. Voor het vervolgonderzoek kan gebruik worden gemaakt van data voor 2013. Dat biedt uiteraard geen garanties over de uitkomsten van het vervolgonderzoek, maar vergroot wel de kans op bruikbare resultaten.