

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1580

Vragen van het lid **Westerveld** (GroenLinks) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport over *het artikel «Systeemfout in de financiering is een belangrijke oorzaak van dodelijke ggz-wachlijsten»* (ingezonden 27 december 2022).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Minister voor Langdurige Zorg en Sport (ontvangen 17 februari 2023).

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Systeemfout in de financiering is een belangrijke oorzaak van dodelijke ggz-wachlijsten»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Hoe beoordeelt u de conclusie van het artikel en verschillende experts dat de oorzaak van lange wachlijsten voor mensen met zware ggz-zorg in het systeem van risicoverevening ligt? Bent u het met deze conclusie eens?

Antwoord 2

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Zij moeten borgen dat al hun verzekerden – dus ook mensen die zware ggz-zorg nodig hebben – tijdig de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Dat staat voorop. Daar waar de verzekeraars het signaal hebben afgegeven dat in de risicoverevening maatregelen nodig zouden zijn om hen beter te faciliteren in het dragen van hun verantwoordelijkheden voor zware ggz-patiënten, zijn die maatregelen na onderzoek en in overleg genomen. Zoals wij in antwoord 5 toelichten, is gekozen om zorgverzekeraars bij uitzondering beduidend minder risico te laten lopen over de kosten van de duurste ggz-patiënten. Bij uitzondering, omdat het uitgangspunt van de risicoverevening immers volledige risicodragendheid (ook wel «ex-ante» genoemd) door zorgverzekeraars is. Verminderde risicodragendheid verbetert

¹ Follow the Money, 21 december 2022, «Systeemfout in de financiering is een belangrijke oorzaak van dodelijke ggz-wachlijsten» (Systeemfout in de financiering is een belangrijke oorzaak van dodelijke ggz-wachlijsten – Follow the Money – Platform voor onderzoeksjournalistiek (ftm.nl)).

weliswaar enerzijds de compensatie voor de groep in kwestie, maar gaat anderzijds ten koste van de doelmatigheidsprikkel voor zorgverzekeraars (en daarmee van de prikkel voor zorgverzekeraars om de betaalbaarheid van de zorg voor de premiebetaler te borgen). Er is hier sprake van een te bewaken balans.

Vraag 3

Deelt u ook de conclusie uit het artikel dat risicoverevening minder goed werkt voor ggz-zorg dan bij andere types zorg, omdat nauwelijks te voorspellen is welke verzekerden ggz-kosten gaan maken en of dat hoge of lage kosten zullen zijn?

Antwoord 3

De risicoverevening is in beginsel een ex-ante systeem waarbij de bijdrage die een verzekeraar van de overheid ontvangt voorafgaand aan een jaar wordt bepaald op basis van de voorspelbare zorgkosten van zijn verzekerden. Er zijn aparte risicovereveningsmodellen voor ggz-kosten en voor overige Zvw-kosten. Het klopt dat de voorspelkracht van het ggz-model kleiner is dan die van het somatische model. Dat heeft ook meegespeeld bij de keuze om binnen de risicoverevening een uitzondering op het uitgangspunt van ex-ante te maken ten aanzien van zware ggz-patiënten. Het gaat hierbij om een ex-post maatregel waardoor de risicovereveningsbijdragen niet meer alleen afhangen van voorspelde zorgkosten, maar in het geval van zware ggz-patiënten voor een aanmerkelijk deel ook van daadwerkelijk gerealiseerde zorgkosten.

Vraag 4

Wat gaat u doen om dit probleem rondom risicoverevening bij ggz-zorg aan te pakken? In hoeverre wordt het aanpakken van de problemen van risicoverevening in de ggz meegenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA), aangezien daarin forse ambities staan over het verkorten van de wachtlijsten in de ggz en voldoende aanbod van (zeer) complexe psychische zorg?

Antwoord 4

Omdat er per vereveningsjaar 2020 en vervolgens per vereveningsjaar 2021 al gerichte maatregelen zijn genomen, zien wij geen aanleiding tot verdere stappen binnen de risicoverevening die direct aangrijpen op de compensaties voor mensen die zware ggz-zorg nodig hebben. Wij hebben van de zorgverzekeraars zelf ook geen wensen in die richting ontvangen. Er is dan ook niets over opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het IZA zijn wel afspraken gemaakt over het verder blijven verbeteren van de risicoverevening, ter vermindering van over- en ondercompensaties voor groepen gezonde respectievelijk ongezonde verzekerden. Daarvan is de ggz uiteraard niet uitgesloten. Wij verwijzen naar de Kamerbrief «Definitieve besluitvorming risicoverevening 2023» van 13 september 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1166) voor de onderzoeksagenda 2022/2023. Specifiek voor het ggz-model voorzien wij in voorbereiding op het vereveningsjaar 2025 (onderzoeksjaar 2023/2024) nog een onderzoek naar eventuele noodzakelijke aanpassingen van het ex-ante vereveningscriterium «Psychische diagnosekostengroepen» (DKG-G) omdat onder het Zorgprestatie-model (ZPM) bepaalde data die nu gebruikt worden op termijn niet meer worden gegenereerd (terwijl er ook nieuwe data beschikbaar zijn die mogelijk benut kunnen worden). Tevens voorzien wij in de toekomst een breed onderzoek naar het ggz-model. Het is echter pas zinvol om nader onderzoek te doen naar mogelijke verbeteringen van het ggz-model als er daartoe voldoende data op grond van het ZPM beschikbaar is. Op zijn vroegst is dit in het onderzoeksjaar 2024/2025 het geval.

Vraag 5

Kent u het onderzoek naar risicoverevening van PricewaterhouseCoopers uit 2019, waarin wordt becijferd dat verzekeraars voor de zwaarste ggz-patiënten structureel te weinig geld ontvangen? Zo ja, wat is er bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gedaan met de conclusies uit dit onderzoek? Kunt u in het antwoord ook reflecteren op de analyse uit het rapport dat de ingevoerde hogekostencompensatie de structurele tekorten

voor verzekeraars op de zwaarste ggz-patiënten slechts zeer beperkt vermindert?²

Antwoord 5

Ja. Dit onderzoek heeft PricewaterhouseCoopers (PwC) in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd. Naar aanleiding ervan is in 2020 de hogekostencompensatie voor de ggz (HKC-ggz) ingevoerd. Dit is een ex-post maatregel binnen de risicoverevening, op basis waarvan zorgverzekeraars bij uitzondering op het ex-ante uitgangspunt beduidend minder risico zijn gaan lopen over de kosten van de duurste ggz-patiënten. De HKC-ggz werkt zo dat een verzekeraar na afloop van een jaar gecompenseerd wordt voor X% van de gerealiseerde ggz-kosten van verzekerden wiens ggz-kosten boven een drempelwaarde liggen, voor zover die kosten de drempelwaarde overschrijden. De drempelwaarde is daarbij zo vastgesteld dat voor Y% van de mensen met ggz-kosten de HKC-ggz van toepassing is. Hoe hoger de X en de Y, hoe minder risico zorgverzekeraars lopen over de kosten van de duurste ggz-patiënten.

PwC heeft vier mogelijke varianten voor de HKC-ggz onderzocht: één met een compensatiepercentage van 75% en een drempelwaarde zodat de maatregel voor 0,5% van de verzekerden met ggz-kosten van toepassing is;

compensatiepercentage 90%, reikwijdte 0,5% verzekerden met ggz-kosten; 75%, 1%;
90%, 1%.

PwC stelt vast dat de varianten in oplopende mate de verevenende werking verbeteren ten opzichte van een situatie zonder HKC-ggz (waarbij zoals verwacht met name effect wordt gesorteerd op de compensaties voor ggz-patiënten met zeer hoge kosten), en maakt tegelijkertijd het punt dat beter compenseren gepaard gaat met slechtere doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars. PwC geeft aan dat niet met statistisch en kwalitatief onderzoek kan worden onderbouwd welke variant de voorkeur verdient. Dit vergt volgens PwC een keuze, waarbij een afweging gemaakt moet worden tussen de genoemde voor- en nadelen. PwC beveelt wel aan om ieder geval een compensatiepercentage onder de 100% te kiezen.

In overleg met de zorgverzekeraars heeft de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport voor 2020 besloten om een HKC-ggz in te voeren met een compensatiepercentage van 75% en een drempelwaarde die jaarlijks zo vastgesteld wordt dat de maatregel voor 0,5% van de mensen met ggz-kosten van toepassing is. Per 2021 heeft de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport besloten het compensatiepercentage te verhogen naar 90% op basis van nieuwe inzichten en signalen uit de praktijk. Dit was onderdeel van de totstandkoming van het «Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz», dat in 2020 op verzoek van de toenmalig Staatssecretaris van VWS is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz, met als doel een betere toegang tot de ggz voor mensen met een hoogcomplexen zorgvraag.

Vraag 6

Kent u het artikel «Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in het huidige stelsel», uit het Tijdschrift voor Psychiatrie van mei dit jaar? Zo ja, wat is er bij uw ministerie gedaan met de conclusies van dit artikel?³

Antwoord 6

Ja. Wij herkennen de geschetste problematiek en de daarbij gebruikte cijfers, als onderdeel van de beleidsdiscussie die al heeft geleid tot invoering en verhoging van de HKC-ggz. Hoe wij zijn omgegaan met de oplossingsrichting

² PricewaterhouseCoopers, 19 maart 2019, «Verbetering compensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten GGZ: Onderzoek naar mogelijkheden voor inzet van Hoge Kosten Compensatie (HKC) en Hoge Meerkosten Verevening (HMV)».

³ Beekman & Van der Lee in Tijdschrift voor Psychiatrie, 18 mei 2022, «Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidige stelsel» (Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidige stelsel – Tijdschrift voor Psychiatrie).

die naar aanleiding van de probleemanalyse is voorgesteld, beschrijven wij in antwoord 14.

Vraag 7 en 8

Bent u het eens dat het onacceptabel is dat er een sterke financiële prikkel bestaat om zware ggz-patiënten te vermijden, zoals experts aangeven? Hoe kijkt u naar de uitspraak in het artikel van DSW bestuursvoorzitter Aad de Groot dat «het daarom voor de portemonnee van de verzekeraar slecht is om een goede naam te hebben op ggz-gebied» en de uitspraak van voormalig VvAA-directeur Edwin Brugman dat «verzekeraars daarom stiekem selecteren»?

Antwoord 7 en 8

Zorgverzekeraars mogen zware ggz-patiënten niet weren (acceptatieplicht op grond van de Zvw) en zij moeten borgen dat deze mensen tijdig de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben (zorgplicht). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de zorgplicht en is in haar toezicht op de zorgverzekeringsmarkt bovendien scherp op het weren van verzekerden door zorgverzekeraars.

Voor zover de zorgverzekeraars concreet het signaal hebben afgegeven vanuit de risicoverevening belemmeringen te ervaren bij het dragen van hun verantwoordelijkheden voor zware ggz-patiënten, is daar op basis van onderzoek en overleg naar gehandeld met het creëren van de genoemde uitzondering in de risicoverevening voor ggz-patiënten met zeer hoge kosten. Hierbij is het van belang dat een evenwichtige balans wordt bewaakt tussen enerzijds een zo goed mogelijke compensatie voor de desbetreffende groep, en anderzijds het behoud van voldoende doelmatigheidsprikkel voor zorgverzekeraars.

Vraag 9

Kunt u nader toelichten waarop de schatting over de verliezen voor verzekeraars van zorgeconoom Richard van Kleef is gebaseerd? Kunnen zij verklaren waarom deze schatting zo ver ligt van de schattingen gemaakt door andere deskundigen, die de verliezen vele malen hoger inschatten? Bent u bereid nader onderzoek te doen om helderheid te scheppen over hoe groot de verliezen voor verzekeraars zijn?

Antwoord 9

In het onderzoek van PwC is inzichtelijk gemaakt in hoeverre groepen verzekerden werden ondergecompenseerd in 2019, dus vóór invoering van de HKC-ggz. Daaruit blijkt dat de gemiddelde ondercompensatie voor de top 0,5% verzekerden met ggz-kosten ongeveer € 100.000 bedraagt. PwC stelt dat de inzet van de HKC-ggz per definitie zorgt voor een sterke verbetering van dit beeld. Dat is gezien het doel en werking van de ex-post maatregel ook logisch. De cijfers waarop PwC zich in dezen baseert, zijn niet in het onderzoeksrapport opgenomen.

Let wel: het gaat hierboven om een vergelijking tussen voorspelde zorgkosten (op basis waarvan verzekeraars een risicovereveningsbijdrage ontvangen) en gerealiseerde zorgkosten, voor de mensen wiens ggz-kosten het hoogst zijn gebleken. Zo wordt deels een beschrijving gegeven van een regulier verzekeraarsrisico, namelijk het risico dat een verzekerde (veel) meer en/of zwaardere zorg nodig heeft dan voorzien. Hier staat tegenover dat er verzekerden zijn die (veel) minder en/of lichtere zorg nodig hebben dan voorzien. Zeer grote onvoorziene afwijkingen zijn daarbij vaak niet structureel van aard. PwC heeft in dat kader bijvoorbeeld inzichtelijk gemaakt dat van de top 0,5% verzekerden met ggz-kosten in 2016, in 2017 nog 14% tot die topklasse behoorde. In 2018 was daar 3,3% van over, in 2019 nog slechts 0,8%. In het verlengde heeft PwC in beeld gebracht wat in 2019 de gemiddelde ondercompensatie was voor de top 0,5% verzekerden met ggz-kosten in 2018. Die bedroeg zonder HKC-ggz ongeveer € 7.000 (mét de HKC-ggz € 6.000). Dat dit cijfer een stuk lager is dan de eerdere € 100.000 komt omdat de desbetreffende groep niet alleen mensen bevat die ten opzichte van hun kostenvoorspelling hogere ggz-kosten bleken te hebben, maar ook mensen die lage Zvw-kosten blijken te hebben gehad ondanks dat voor hen relatief veel en/of zware ggz-zorg werd voorspeld. Dit in tegenstelling tot de groep waarvoor de € 100.000 van toepassing is, waarin enkel mensen van het

eerste type zitten, juist doordat er gekeken wordt naar de verzekerden wiens ggz-kosten over 2019 het hoogst zijn gebleken. Dat voor de top 0,5% verzekerden met ggz-kosten in 2018 per saldo voor 2019 een gemiddelde ondercompensatie overblijft, benadrukt natuurlijk wel dat er – naast toepassing van de HKC-ggz – gezocht moet blijven worden naar mogelijke verdere verbeteringen van het ex-ante risicovereveningsmodel voor ggz-kosten. Dat is deel van onze beleidsagenda.

Het wegnemen van (regulier) verzekeraarsrisico is geen doel van de risicoverevening. Het zou impliceren dat er ex-post wordt verevend op basis van gerealiseerde kosten. In antwoord 15 komen wij hierop terug.

Vraag 10

Klopt het dat verzekeraars prijsafspraken maken om de verliezen op zware ggz-zorg te beperken? Wat vindt u hiervan? Bent u bereid hier onderzoek naar te laten uitvoeren?

Antwoord 10

In het huidige zorgstelsel kunnen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders als private partijen zelfstandig afspraken met elkaar maken. Hier zijn wij niet direct bij betrokken. Het is ons wel bekend, onder meer door monitoring van de NZa, dat zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders over omzetplafonds en hierbij soms ook een gemiddelde prijs per cliënt of behandeltraject hanteren om de zorgkosten (en daarmee de premie) betaalbaar te kunnen houden. Een afspraak over een gemiddelde prijs per cliënt is meestal gebaseerd op de historie van de aanbieder en geeft de aanbieder een prikkel om overbehandeling te voorkomen. Veel zorgverzekeraars hebben daarom in hun contracten met ggz-aanbieders (in onderlinge overeenstemming) een dergelijke bepaling opgenomen. Bij afspraken over een gemiddelde prijs per cliënt houden zorgaanbieders de ruimte om de ene cliënt langer en/of intensiever te behandelen dan de andere cliënt. Daarnaast hebben verzekeraars de mogelijkheid om hogere prijzen per cliënt af te spreken met zorgaanbieders die kunnen laten zien dat zij gemiddeld zwaardere cliënten behandelen dan andere zorgaanbieders. Verzekeraars hebben immers vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid om te zorgen dat ook cliënten met hoge zorgkosten de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Wij starten om bovenstaande redenen dan ook geen apart onderzoek naar deze afspraken, maar houden een vinger aan de pols bij het contracteerproces tussen aanbieders en verzekeraars. Tot slot is het belangrijk om te vermelden dat er ook zorgaanbieders zijn die geen contracten afsluiten. In die gevallen worden er dus ook geen aanvullende (prijs)afspraken gemaakt.

Vraag 11

Hoeveel verzekeraars hebben hun restitutiepolissen voor ggz-zorg aangepast naar natura polissen? Hoeveel verzekeraars zijn gestopt met het aanbieden van restitutiepolissen voor de ggz? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 11

Een restitutiepolis is een polis waarbij voor alle zorgsoorten een verzekering op basis van restitutie geldt. We spreken van een combinatiepolis als voor bepaalde zorgsoorten verzekering in natura geboden wordt en voor andere zorgsoorten verzekering op basis van restitutie.

Er zijn twee verzekeraars die in 2022 gezamenlijk vijf polissen aanboden waar ggz-zorg op basis van restitutie verzekerd was, en die deze polis in 2023 hebben omgezet naar een combinatiepolis waarbij de ggz-zorg vanaf 2023 in natura wordt geboden en dus niet meer verzekerd is op basis van restitutie. Er is ook een verzekeraar die in 2023 een nieuwe restitutiepolis heeft geïntroduceerd (de «bewust verzekerd» restitutiepolis van Care4Life/Eucare). In totaal worden door verzekeraars in 2023 zeven restitutiepolissen aangeboden.

De volgende tabel geeft een overzicht over de afgelopen vijf jaar van het aantal restitutiepolissen dat verzekeraars aanboden.

Jaar	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal restitutiepolissen	20	21	17	15	11
Totaal aantal polissen	55	59	55	57	60

Voor een inhoudelijke reactie hierop verwijzen wij u naar de brief van 14 november 2022 naar aanleiding van het verzoek van uw Kamer om een reactie op signalen dat zorgverzekeraars brieven aan verzekerden sturen over het terugschroeven van tarieven van niet-gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg naar 75% per 1 januari 2023 (Kamerstuk 29 689, nr. 1172).

Vraag 12

Kunt u als Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nader toelichten welke concrete veranderingen u aan het model van risicoverevening heeft toegepast voor de ggz, op basis van het werk wat op jaarlijkse basis wordt verricht in samenwerking met onderzoeksbureaus, wetenschappers, zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland?

Antwoord 12

Hiervoor verwijzen wij u naar de volgende eerder aan uw Kamer verzonden brieven, welke de besluitvorming ten aanzien van de risicoverevening 2019 tot en met 2023 weergeven:

Kamerstuk 29 689, nr. 918;
 Kamerstuk 29 689, nr. 937;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1016;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1023;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1067;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1078;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1123;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1126;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1150;
 Kamerstuk 29 689, nr. 1166.

Vraag 13

Hoe kijkt u naar het artikel van Follow the Money waarin verschillende alternatieven worden genoemd om het probleem van risicoverevening in de ggz te vervangen – zo pleit sectiehoofd gezondheidseconomie Xander Koolman ervoor om de zware ggz uit de zorgverzekeringswet te halen en terug te brengen naar de Wet langdurige zorg (waar het eerder onder viel)? Wat zijn de voor- en nadelen?

Antwoord 13

De Wlz is sinds 2015 toegankelijk voor mensen die langer dan drie jaar ggz vanuit de Zvw krijgen en die in aanmerking komen voor voortgezet verblijf vanuit de Wlz (ggz-b). Na drie jaar voortgezet verblijf in de Wlz wordt met de cliënt opnieuw gekeken welk wettelijk kader aansluit bij de zorgbehoefte. Daarnaast is sinds 2021 de Wlz verruimd en is toegang mogelijk voor mensen met een psychische stoornis die 24 uren zorg in de nabijheid nodig hebben. Het gaat hierbij om de meest intensieve zorg waarbij het perspectief op herstel en participatie voor de mensen die het betreft beperkt is. Ondanks de zwaarte van de zorg die nodig is, kan er nog steeds voldoende perspectief zijn op herstel. In de de Zvw, maar ook in de Wmo wordt anders dan in de Wlz uitgegaan van dit perspectief richting herstel en wordt de zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving van mensen ingericht. Gelet op de financieringssystematiek, zou het overhevelen van zware ggz naar de Wlz betekenen dat zorgkantoren hier verantwoordelijk voor worden. Zorgkantoren zijn, in tegenstelling tot verzekeraars in de Zvw, niet-risicodragend. Een nadeel daarvan is dat het minder sterke doelmatigheidsprykkels geeft. Een ander nadelig effect is dat een zogenoemd schot ontstaat tussen lichtere ggz in de Zvw en zwaardere ggz in de Wlz. Dat zorgt voor coördinatieproblemen tussen zorgkantoren en verzekeraars en mogelijk ook afwentelproblematiek, mede omdat niet altijd duidelijk is of iemand zwaardere ggz nodig heeft, of dat lichtere ggz nog volstaat.

Tegenover dit nadeel staat wel het verdwijnen van schotten tussen zware ggz – nu in de Zvw – en langdurige ggz in de Wlz.

Vraag 14

Hoe kijkt u naar het voorstel van onderzoeker Arnold van der Lee, die een alternatief vereveningsmodel voorstelt en dat voorstel besproken en onder de aandacht heeft gebracht van ambtenaren van uw ministerie en de deskundigen in de Werkgroep Risicoverevening (WOR) van uw ministerie?⁴

Antwoord 14

Er zijn zoals eerder gesteld al maatregelen genomen, waarbij een evenwichtige balans wordt bewaakt tussen enerzijds een zo goed mogelijke compensatie voor de duurste ggz-patiënten en anderzijds het behoud van voldoende doelmatigheidsprykkels voor verzekeraars. Wij hebben bedenkingen bij de betekenis van het betreffende voorstel voor onder meer de doelmatigheidsprykkels. Dat heeft ons doen besluiten om er geen nader onderzoek naar te doen. Hieronder lichten wij onze bedenkingen toe.

Het voorstel houdt in dat het huidige risicovereveningsmodel voor ggz-kosten verdwijnt, en dat de ggz-kosten uit de reguliere risicoverevening worden gehaald. In de plaats komt een systeem waarbij een verzekeraar voor een bepaald jaar (jaar t) per verzekerde een compensatie ontvangt die gebaseerd is op de ggz-kosten die in het jaar daarvoor (jaar t-1) gemiddeld genomen zijn gemaakt voor verzekerden van de verzekeraar waar de betreffende verzekerde in jaar t-1 een polis had (er wordt via opschaling gecorrigeerd voor de stijging van de totale ggz-kosten tussen jaar t-1 en jaar t). Deze systematiek brengt met zich mee dat de ggz-kosten die een zorgverzekeraar in jaar t-1 maakt, grotendeels bepalen hoe hoog zijn bijdrage voor jaar t zal uitkomen. Jaarlijks kiezen immers veel verzekerden ervoor om bij hun verzekeraar te blijven. Afgelopen overstapeseizoen was het overstappercentage ongeveer 8%. Zorgverzekeraars worden in die zin afgestraft als zij actief en effectief zijn in het beheersen van prijzen en volumes in de ggz en in het stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek. Wij voorzien daarmee dus een vermindering van de doelmatigheidsprykkels ten opzichte van de huidige situatie.

Vraag 15

Zou het ook een oplossing zijn om de verevening achteraf te doen, wanneer de kosten al bekend zijn? Kunt u een schets maken van de voor- en nadelen?

Antwoord 15

Als de verevening ten aanzien van zware ggz-patiënten na afloop van het jaar zou gebeuren, op basis van de gerealiseerde kosten van die patiënten, dan betekent dit dat zorgverzekeraars geen risico lopen over de betreffende kosten. Een dergelijke risicoloosstelling is mogelijk, maar gaat ten koste van de doelmatigheidsprykkels voor zorgverzekeraars. Dat heeft negatieve gevolgen voor de beheersing van de zorguitgaven (en daarmee voor de betaalbaarheid van de zorg voor de premiebetaler). Naar ons inzicht is er in zo'n situatie geen evenwichtige balans meer tussen enerzijds een zo goed mogelijke verevenende werking en anderzijds het behoud van voldoende doelmatigheidsprykkels voor zorgverzekeraars.

⁴ Van der Lee, 22 september 2022, «ggz-risicoverevening: een alternatief model in het belang van de patiënt» (ggz-risicoverevening: een alternatief model in het belang van de patiënt (linkedin.com)).