

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 283

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 5 oktober 2009 inzake het Risicovereveningssysteem 2010 (Kamerstuk 29 689, nr. 276).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 11 december 2009. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL), De Roos-Consensulder (SP) en Harbers (VVD).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL), De Wit (SP) en Neppéus (VVD).

Inleiding

Naar aanleiding van mijn brief over de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2010 (Kamerstuk 2009–2010, 29 689, nr. 276, Tweede Kamer) heeft uw Kamer een lijst met feitelijke vragen opgesteld. In deze brief bied ik u, mede namens de minister van Financiën, antwoorden op deze vragen aan. Ik heb ervoor gekozen om bij de beantwoording thematisch te werk te gaan, waarbij ik de indeling van eerdergenoemde brief volg. In de tekst wordt aangegeven, met het vraagnummer, op welke vraag een antwoord wordt gegeven.

Vragen van de commissie

1
In de brief over de vormgeving van de risicoverevening 2010 wordt niet ingegaan op de wijze waarin het onder couvert inkopen van geneesmiddelen wordt vastgelegd in de risicoverevening 2010. Kunt u beschrijven hoe wordt gegarandeerd dat op een juiste wijze wordt omgegaan met registratie, op individueel niveau, de werkelijke betaalde (couvert) prijzen? Hoe kunt u garanderen dat de risicoverevening niet onnodig onder druk komt te staan?

2
Welke wijzigingen hebben er voor gezorgd dat het vereveningsmodel 2010 voor de somatische zorg is toegenomen?

3
Hoe is het model voor 2010 representatief gemaakt?

4
Kosten onder het deelbedrag «kosten van b-dbc's» zijn minder goed te voorspellen, omdat het in het algemeen over electieve zorg gaat. Welke consequenties heeft dit voor de ex post compensatiemechanismen somatische zorg?

5
De beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de ziekenhuiskosten zijn nog niet voldoende. Wanneer is hier wel sprake van, en in welke vorm?

6
Ex ante verevening. De minister beschrijft dat er aspecten van de ex ante verevening zijn die voor verbetering in aanmerking komen. Kan de minister aangeven op welke aspecten van de ex ante verevening de verklarende werking achterloopt? Wat zijn daarvan de oorzaken?

7
Op welke termijn is te verwachten dat de verklarende werking van de ex ante verevening voldoende is om zelfstandig het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te genereren?

8
Wat zijn de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan, zodat de afbouw van het ex post compensatiemechanismen niet contraproductief gaat werken?

9
Welke onderdelen van de ex post verevening zijn voor verbetering vatbaar?

10

Wat is de feitelijke onderbouwing voor de uitspraak dat verzekeraars in het B-segment geen extra prikkel ervaren tot risicoselectie, omdat zij niet kunnen voorspellen welke verzekerden deze zorg het komende jaren zullen moeten gebruiken?

11

Aan welke voorwaarden moet volgens de minister zijn voldaan om de ex-post compensatiemechanismen af te bouwen?

12

Heeft de minister een stappenplan in welk tempo en met welke vastgelegde stappen de ex-post compensatiemechanismen worden afgebouwd?

13

Zijn er financiële verschuivingen tussen de eerste en tweede lijn te verwachten als gevolg van het op nul procent zetten van het nacalculatiepercentage?

14

Wat zijn de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de variabele kosten van de ziekenhuisverpleging?

15

Het drempelbedrag voor de hogekostencompensatie gaat met 12,5% omhoog. Wat is de stijging van de zorgkosten?

16

Klopt het dat verzekeraars gebruik moeten gaan maken van de bandbreedteregeling vanwege een mindere voorspellende werking van het ex ante vereveningsmodel?

17

Kan de minister aangeven waarom het drempelbedrag met een forse verhoging (12,5%) wordt opgehoogd?

18

Kan de minister aangeven waarom de bandbreedtegegevens over 2007 representatief zijn voor 2010?

19

Waarom is de keuze gemaakt de bandbreedte op hetzelfde bedrag te houden als de gegevens worden gebaseerd op 2007, terwijl de bandbreedte na 2007 nog aangepast is?

20

De minister heeft besloten tot een volledige nacalculatie van de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar in het jaar 2010. Geldt dit ook voor de volgende jaren?

21

Kan de minister aangeven in welke mate verzekeraars die van de bandbreedteregeling gebruik maken dit het gevolg is van slechte zorginkoop, zoals hij beschrijft in voorliggende brief of van de werking van het ex ante model?

22

Hoeveel verzekeraars maken gebruik van de bandbreedteregeling omdat zij een te groot verlies per verzekerde leiden, en in welke mate is dit het gevolg van slechte zorginkoop?

23

Wat is de reden dat de gegevens over verzekerden jonger dan achttien jaar in de geestelijke gezondheidszorg van onvoldoende kwaliteit waren om mee te nemen in het vereveningsmodel 2010?

24

Hoe komt de minister aan de stijging van de risicodragendheid van 12%?

25

Om welke reden is de drempelwaarde bij de hogekostencompensatie in de ex-post compensatiemechanismen lager dan die bij de ex-ante compensatiemechanismen?

26

Is het mogelijk een model te ontwikkelen voor verzekerden jonger dan 18 voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg?

27

Waarom wordt er buiten de bandbreedte voor 100% nagecalculeerd? Waarom kan het invoeren van het dbc-model niet in het vereveningsmodel gesimuleerd worden?

28

Wat is de reactie van de minister op de verhoging van de solvabiliteitseis door De Nederlandsche Bank (DNB)? Op welke wijze gaat voorkomen worden dat hierdoor de premies niet onevenredig gaan stijgen? Wat voor financiële consequenties heeft het ophogen van de solvabiliteitseis van 8 naar 9%? Over welke orde van grootte gaat het hier? Kunnen zorgverzekeraars hierdoor in de problemen raken? Welke eisen stelt de Nederlandse Bank buiten de solvabiliteitseis van 9% nog meer aan zorgverzekeraars? Is de minister van Financiën verplicht het advies van De Nederlandsche Bank over te nemen?

29

DNB heeft geadviseerd de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars te verhogen van 8 naar 9%. Hierover zijn schriftelijke vragen gesteld door de leden Van der Veen en Smilde. Kan de minister deze beantwoorden tegelijk met de beantwoording van deze feitelijke vragen?

- 1. Bent u op de hoogte van het bericht dat DNB de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars volgend jaar aanscherpt van 8% naar 9%?*
- 2. Klopt het dat als gevolg daarvan de zorgverzekeraars in totaal 300 miljoen Euro extra aan eigen vermogen moeten aanhouden en dat hierdoor de zorgpremie met 25 Euro per verzekerde per jaar zal stijgen? Verwacht u dat daarvoor de premies voor 2010 nog zullen moeten worden verhoogd?*
- 3. Kunt u aangeven wat de gevolgen van de nieuwe solvabiliteitseis zullen zijn voor uw begroting voor het jaar 2010 en de collectieve lasten in 2010?*
- 4. Hoe beoordeelt u de huidige en de geprognostiseerde solvabiliteit van de zorgverzekeraars?*
- 5. Hoe beoordeelt u de wenselijkheid en de noodzakelijkheid van de aanpassing van de solvabiliteitseis? Ziet u dit als een tijdelijke maatregel? Is over de aanpassing van de solvabiliteitseis vooraf door de DNB met u of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) overlegd? Zo ja, welke reactie of welk advies is er in dat overleg door u of de NZa gegeven?*

30

De invoering van de nieuwe dbc-systematiek (DOT) is voorzien op 1 januari 2011. Ligt de voorbereiding op schema, ook i.v.m. de aandachtspunten op het terrein van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten?

31

Kan de minister een inschatting geven in welke mate nieuw beleid zoals bijvoorbeeld invoering van DOT, functionele bekostiging en invoering GGZ, overheveling AWBZ, gevolgen heeft voor de voorspellende waarde van het ex ante model?

32

Op welke wijze kan voorkomen worden dat door de vergrote risicodragendheid van zorgverzekeraars de premies onevenredig gaan stijgen?

33

Klopt de verhoging van het eigen risico met 10 Euro naar 165 Euro met de indexatie zoals deze is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet?

34

Wanneer komt de minister met het toegezegde stappenplan?

35

Wanneer is het onderzoek gereed naar de regionale factoren die belangrijk zijn bij het gebruik van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg?

36

Kan de minister aangeven hoe de verklarende werking van het GGZ model zich verhoudt tot die van de somatische zorg? Op welke termijn kan het GGZ ex ante model een vergelijkbare voorspellende waarde hebben als die van het ex ante model in de somatische zorg?

37

De basisgegevens voor 2010 zijn beter representatief gemaakt dan voorgaande jaren. Over welke basisgegevens gaat dit, en hoe heeft die verbetering plaatsgevonden?

38

Er wordt aangegeven dat er een hoge mate van stabiliteit van de normbedragen is vanwege een lage gemiddelde afwijking bij doorrekening van het 2009 en 2010 model. Wat zijn de spreidingsmaten van het model?

39

Wat is de reden dat overheveling van de nieuwe b-dbc's uit 2009 van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuis naar het deelbedrag kosten van dbc's leidt tot een hogere gemiddelde afwijking van 11 Euro?

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Antwoorden van de minister

Ex ante risicovereveningsmodel

U vraagt mij welke wijzigingen in het vereveningsmodel er voor gezorgd hebben dat de verklaringskracht is toegenomen (vraag 2). In het risicovereveningsmodel 2010 zijn een aantal wijzigingen doorgevoerd. Dit betreft de opsplitsing van de leeftijdsklasse 0–4 jaar in een groep nuljarigen en een groep 1–4 jarigen; uitbreiding van het aantal FKG's van 20 naar 23 en een nieuwe clustering van DKG's op basis van vervolgcosten gebaseerd op dbc's.

In vraag 3, vraag 18 en vraag 37 wordt gevraagd welke gegevens als basisgegevens voor het risicovereveningsmodel gebruikt zijn en hoe deze gegevens representatief gemaakt zijn voor 2010. Voor de bepaling van de normgewichten is gebruik gemaakt van de meest recente – zo veel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Het betreft de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2007. De kostengegevens over 2007 zijn afkomstig uit één, uniform registratiesysteem. Ook de DKG's en FKG's kunnen voor 2010 – in tegenstelling tot 2009 – gebaseerd worden op farmacierespectievelijk dbc-gegevens uit het nieuwe stelsel met één uniforme basisverzekering met hetzelfde verzekerde pakket voor iedereen. Om de basisgegevens 2007 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2010 zijn twee bewerkingen uitgevoerd. Ten eerste zijn de kosten van ziekenhuiszorg zoveel mogelijk gecorrigeerd voor de zogeheten overfinanciering van ziekenhuizen in 2007. Hiertoe zijn alle dbc-tarieven vervangen door voor overfinanciering gecorrigeerde tarieven. Ten tweede zijn voor de B-dbc's, tranches 2008 en 2009, de oude A-dbc-tarieven vervangen door de markt-tarieven, de zogenaamde schoningsprijzen, zoals de NZa die verwacht. Uiteraard zijn de kosten 2007 opgehoogd tot het verwachte kostenniveau 2010.

In vraag 38 vraagt u naar een maat voor de spreiding in de resultaten van vereveningsmodel. Het ex ante risicovereveningsmodel 2010 is stabiel en robuust. Dit blijkt onder andere uit verschillen in financieel resultaat tussen verzekeraars. Het financieel resultaat is het verschil tussen de gemiddelde kosten per verzekerde voorspeld door het ex ante model en de gemiddelde feitelijke kosten per verzekerde. De bandbreedte van de financiële resultaten op verzekeraarsniveau bedraagt voor model 2009 266 euro en voor model 2010 264 euro. Inzet van ex post compensatiemechanismen resulteert in een daling van de spreiding van de resultaten tot 127 euro voor model 2009 en 123 euro voor model 2010.

Ex post compensatiemechanismen

Mijn beleid is erop gericht de ex post compensatiemechanismen af te bouwen. In vraag 8 en vraag 11 wordt gevraagd onder welke voorwaarden deze afbouw mogelijk is. De volgende drie randvoorwaarden zijn van belang bij de afbouw van ex post compensatiemechanismen. Ten eerste moet het ex ante risicovereveningsmodel zodanig zijn dat verwachte zorgkosten en feitelijke kosten goed op elkaar aansluiten. Ten tweede moeten de gegevens waarop het ex ante model wordt geschat representatief zijn voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft en ten derde de zorgkosten moeten door verzekeraars te beïnvloeden zijn. U vraagt (vraag 6 en vraag 7) op welke punten de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel verder verbeterd kan worden. Ik verwacht in 2012 een grote verbetering te realiseren door ex ante model uit te breiden met een vorm van hogerisicoverevening of meerjarige hoge kosten als vereveningscriterium. In vraag 14 wordt gevraagd welke beïnvloeden zijn.

vloedingsmogelijkheden verzekeraars hebben op de variabele kosten van de ziekenhuisverpleging. De beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de B-dbc's zijn goed. Hier kunnen verzekeraars onderhandelen met aanbieders over zowel het volume als de prijs. Voor de A-dbc's gelden op dit moment vaste tarieven. Dit beperkt de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars. Zij kunnen immers alleen over het volume onderhandelen. In vraag 5 wordt gevraagd wanneer de beïnvloedingsmogelijkheden voldoende zullen zijn. Na invoering van prestatiebekostiging zullen voor A-dbc's/zorgproducten maximumtarieven gaan gelden. Daarmee neemt de beïnvloedbaarheid toe en kan de nacalculatie voor variabele kosten van ziekenhuiszorg worden afgebouwd. Een stappenplan met betrekking tot de afbouw van de ex post compensatiemechanismen, waarnaar in vraag 12 en vraag 34 gevraagd wordt, zal onderdeel uitmaken van het houdbaarheidspakket, waarover ik u voor het einde van het jaar zal informeren.

Ex post somatische zorg

De prestaties die onder het deelbedrag kosten van B-dbc's vallen zijn over het algemeen planbaar van aard, ook zijn deze prestaties veelal niet chronisch. Hierdoor zijn de kosten die onder dit deelbedrag vallen minder goed te voorspellen. U vraagt naar de gevolgen van deze minder goede voorspelbaarheid (vraag 4 en vraag 10). Als gevolg van deze lagere voorspelbaarheid zullen verschillen tussen de kosten die het ex ante model voorspelt en de gerealiseerde kosten, zowel verliezen als winsten, veelal niet structureel zijn. Aan de hand van deze kosten op individuniveau kan geen risicoselectie toegepast worden. Daarom heb ik besloten in 2010 de nacalculatie op kosten van B-dbc's af te schaffen. Daarmee heb ik een potentiële financiële belemmering voor substitutie van tweedelijnszorg door de eerstelijns weggenomen. De kwantificering van deze mogelijke substitutie-effecten, zoals gevraagd wordt in vraag 13, is niet mogelijk.

In vraag 15 en vraag 17 wordt gevraagd naar de achtergronden van de verhoging van het drempelbedrag voor de hogekostenverevening. De hogekostenvereveningsdrempel is sinds 2008 niet verhoogd. In 2008 en 2009 lag deze drempel op 20 000 euro. In 2010 heb ik deze met 12,5 procent verhoogd naar 22 500 euro. De risicodragende kosten somatische zorg zijn tussen 2008 en 2010 met 14 procent gestegen. Het aandeel van de kosten boven de drempel is in 2008 en 2010 vergelijkbaar en bedraagt bijna zeven procent van de totale kosten. Door de verhoging van de drempel is het effect van het toepassen van hogekostenverevening in beide jaren gelijk.

De bandbreedteregeling wordt toegepast om systeemonzekerheden op te vangen. Hierbij kan worden gedacht aan de noodzaak van opbrengstverrekeningen tussen ziekenhuizen en verzekeraars door de combinatie van declareren in dbc's en de FB-bekostiging van ziekenhuizen. De bandbreedteregeling beperkt het financiële risico voor verzekeraars door het maximaliseren van het verlies of de winst per premieplichtige. De werking van de bandbreedteregeling is gesimuleerd op onderzoeksgegevens 2007, die representatief gemaakt zijn voor 2010 zoals eerder beschreven. In vraag 19 wordt gevraagd waarom de bandbreedte niet vergroot wordt. Uit simulaties bleek dat een beperkt aantal verzekeraars van de bandbreedteregeling gebruik zal gaan maken. Dat is voor mij reden geweest de bandbreedte niet te vergroten.

Vraag 16, vraag 21 en vraag 22 hebben betrekking op de oorzaak die ten grondslag ligt aan het gebruik van de bandbreedte. Het is niet aan te geven waarom een verzekeraar van de bandbreedteregeling gebruik moet maken. Daarnaast is het ook niet duidelijk of een verzekeraar incidenteel of structureel van de bandbreedteregeling gebruik zal maken. Het enige

wat geconstateerd wordt is dat een absoluut verschil van meer dan €22,50 per premieplichtige tussen de door het ex ante model voorspelde kosten en de feitelijke kosten optreedt. Dit kan toeval zijn of het gevolg zijn van een te hoog of te laag kostenniveau. De zorginkoop heeft invloed op het kostenniveau. Ik acht gebruik van de bandbreedteregeling uitsluitend als gevolg van onvolkomenheden in het ex ante vereveningsmodel onwaarschijnlijk. Dat zou immers betekenen dat het ex ante model een gezondheidskenmerk als vereveningscriterium mist dat in zo sterke mate ongelijk verdeeld is over de verzekeraars dat het bij een beperkt aantal verzekeraars leidt tot een voorspelbaar verlies van meer dan € 22,50 per premieplichtige.

In vraag 24 wordt een nadere onderbouwing van de toename van de risicodragendheid¹ gevraagd. De zorgverzekeraars liepen in 2009 op 72 procent van de totale kosten somatische zorg financieel risico; op 53 procent risico op de kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp. In 2010 lopen de verzekeraars 67 procent risico op de kosten van ziekenhuiszorg. Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door het afschaffen van de nacalculatie op de kosten van B-DBC's in combinatie met een grotere omvang van het deelbedrag kosten van B-DBC's, waar in 2010 ook de uitbreiding van het B-segment tranche 2009 voor het eerst toe wordt gerekend. De totale risicodragendheid voor de kosten somatische zorg in 2010 bedraagt ruim 80 procent.

Ex post compensaties geneeskundige GGZ

Vanaf 2008 wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in DBC's gedeclareerd. Het vereveningsmodel is gebaseerd op zoveel mogelijk uitgedeclareerde kostencijfers 2007. In de administraties van zorgverzekeraars ontbreken voor 2007 en eerder gegevens over het gebruik van geneeskundige GGZ. Daarom is bij het onderzoek naar een ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ gebruik gemaakt van de productiegegevens 2007 van instellingen in combinatie met door de NZa vastgestelde tarieven. In vraag 27, vraagt u naar de mogelijkheid om DBC-bekostiging te simuleren, helaas bieden de productiegegevens onvoldoende basis om DBC-bekostiging te simuleren. Zodra de DBC-declaratiegegevens 2008 beschikbaar komen voor onderzoek, laat ik een onderzoek uitvoeren naar de stabiliteit van het ex ante model 2010 en verbetermogelijkheden voor model 2011. In dit onderzoek zal aandacht worden besteed aan regionale factoren, die samenhangen met gebruik van geneeskundige GGZ. De resultaten van dit onderzoek, waarnaar u vraagt in vraag 35, verwacht ik in de zomer van 2010.

In vraag 23 vraagt u waarom de gegevens geneeskundige GGZ voor jongeren van onvoldoende kwaliteit waren. In vraag 26 vraagt u naar de mogelijkheden voor een apart vereveningsmodel voor verzekerden jonger dan 18 jaar en in vraag 20 naar een mogelijke afbouw van het nacalculatiepercentage voor deze groep. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar waren de beschikbare gegevens onvolledig. Vaak zijn op instellingsniveau wel totale kosten beschikbaar, maar zijn deze niet toerekenbaar naar individuele verzekerden. Dit laatste is noodzakelijk voor de ontwikkeling van het ex ante risicovereveningsmodel. Dit probleem wordt nog versterkt doordat relatief weinig instellingen geneeskundige GGZ zorg leveren voor jongeren. Zodra de basisgegevens van het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ bestaan uit DBC-declaraties van verzekeraars, verwacht ik dat ook voor verzekerden jonger dan 18 jaar het ex ante model kan worden toegepast. Ik acht het niet nodig om voor deze groep een apart risicovereveningsmodel te ontwikkelen. In principe kan er dan ook financieel risico gelopen worden door verzekeraars.

¹ Met het percentage risicodragendheid of risicodragende kosten wordt bedoeld dat van elke euro meerkosten dan de verwachte kosten op basis van het vereveningsmodel het genoemde percentage direct voor rekening is van de zorgverzekeraars. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de risicomitigerende ex post mechanismen hogekostencompensatie en bandbreedteregeling.

Zorggebruik in het verleden is een goede voorspeller van toekomstige zorgkosten. Dit geldt ook voor de geneeskundige GGZ. Idealiter wordt diagnose informatie afgeleid uit eerder zorggebruik als vereveningscriterium (zoals DKG's) in het ex ante risicovereveningsmodel meegenomen. Diagnose informatie van zorggebruik geneeskundige GGZ in het verleden is vooralsnog niet systematisch op individueel niveau beschikbaar. Daarom is gebruik gemaakt van kosten in het verleden. In vraag 25 vraagt u naar de achtergronden bij de gehanteerde drempelwaarden in het ex ante model en de drempel die gehanteerd wordt bij de ex post compensatiemechanismen. Om een onderscheid te maken tussen wel en geen GGZ-gebruik in het voorgaande jaar wordt een kostendrempel van 550 euro gehanteerd. Om binnen de groep gebruikers een onderscheid te maken tussen intramuraal en extramuraal GGZ-gebruik wordt een drempel van 2750 euro gehanteerd. Dit ex ante model met zorggebruik in het verleden is nog onvoldoende in staat om hoge, doorgaans intramurale, kosten te voorspellen. Dit was voor mij aanleiding om hogekostenverevening in te zetten voor de geneeskundige GGZ. Alle GGZ-kosten op individueel niveau boven de tienduizend euro worden volledig nagecalculeerd. Naast hogekostenverevening heb ik ook gekozen voor een bandbreedteregeling met 100 procent nacalculatie buiten de bandbreedte, omdat verzekeraars GGZ-kosten in de praktijk nog onvoldoende kunnen beïnvloeden (vraag 27).

Solvabiliteit en premie

U heeft mij eerder een aantal vragen gesteld over de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars, deze vragen worden herhaald in vraag 29. De antwoorden op deze Kamervragen zijn al eerder naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 2009–2010, nr. 621, 16-11-2009).

In vraag 28 wordt gevraagd welke eisen de Nederlandsche Bank stelt aan zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars vallen net als alle andere verzekeraars (schade en leven) onder de eisen die de Wet op het financieel toezicht (Wft) stelt. In het kort komt het er op neer dat DNB toezicht houdt op de naleving van de vereisten ten aanzien van: de financiële gezondheid van zorgverzekeraars en de beheerste en integere bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. De financiële positie van zorgverzekeraars wordt afgemeten aan de hand van de solvabiliteitseis. In kader van de beheerste en integere bedrijfsvoering stelt DNB onder andere eisen aan de deskundigheid en integriteit van het bestuur, de administratieve organisatie, interne beheersing en de organisatiestructuur.

In vraag 28 vraagt u mij ook of de minister van Financiën verplicht is het advies van de Nederlandsche Bank over te nemen. DNB heeft een zelfstandige en onafhankelijke adviesbevoegdheid richting de minister van Financiën. Ik heb DNB voorzien van de noodzakelijke informatie over het vereveningsmodel 2010 op basis waarvan DNB de minister van Financiën kon adviseren over de solvabiliteitseis. Ik ben van het advies van DNB op de hoogte gesteld. Uiteindelijk heeft de minister van Financiën als verantwoordelijk vakminister het besluit tot verhoging van de solvabiliteitseis, conform het advies van DNB, namens het kabinet genomen. De minister van Financiën is niet verplicht het advies van DNB over te nemen. In vraag 28 en ook in vraag 32 wordt ingegaan op het effect van de verhoging van de solvabiliteitseisen op de premies van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars voldoen volgens DNB op dit moment allemaal aan de nieuwe verhoogde solvabiliteitseis. Enkel uit dien hoofde is er dus geen reden tot premieverhoging, maar zorgverzekeraars betrekken vanzelfsprekend meerdere omgevingsfactoren in hun premiebeleid. Bij de recente bekendmaking van de nominale premies 2010 geven alle zorgverzekeraars aan dat de stijgende zorgkosten in belangrijke mate bepalend zijn bij de vaststelling van deze premies. Slechts een enkele verzekeraar noemt

hierbij de verhoogde solvabiliteitseis. Tenslotte wordt in vraag 28 gevraagd of verzekeraars als gevolg van de verhoogde solvabiliteitseisen in de problemen raken. Een verhoging van de solvabiliteitseisen van 1 procentpunt betekent dat zorgverzekeraars in totaal ongeveer 300 miljoen euro extra aan eigen vermogen moeten aanhouden ten opzichte van het huidige vereiste. Het percentage wordt toegepast op het totale jaarlijkse schadebedrag van grofweg 30 miljard euro. De overall gemiddelde solvabiliteitspositie eind 2008 is volgens DNB behoorlijk representatief voor de situatie in 2009 gebleken. De totaal aanwezige solvabiliteitsmarge van zorgverzekeraars in het vierde kwartaal van 2008 bedroeg volgens DNB 5,3 miljard euro. Dit was ongeveer het dubbele van het wettelijk vereiste. Gezien dit ruime overschot zijn er geen zorgverzekeraars in problemen gekomen door deze verhoging.

Overig

In vraag 30 wordt naar de voortgang van de invoering van de vernieuwde dbc-systematiek (DOT) gevraagd. De voorbereiding van DOT ligt op schema. Ik koers, zoals aangegeven in mijn kamerbrief Waardering III, op het invoeren van DOT per 1 januari 2011.

In vraag 31 wordt gevraagd in hoeverre nieuw beleid (zoals de invoering van DOT) gevolgen heeft voor het ex ante vereveningsmodel. Bij nieuw beleid, zoals invoering van DOT of overheveling van AWBZ zorg naar de Zvw, laat ik onderzoek doen naar de effecten op de risicoverevening. Hierbij is het van belang dat kosten of kostenverschuivingen aan individuele verzekerden zijn toe te rekenen in de basisgegevens waarop het ex ante risicovereveningsmodel wordt geschat. Als dat het geval is kan het ex ante model nieuw beleid aan. Dit betekent dat als kosten voorspelbaar zijn, het ex ante model zodanig kan worden aangepast dat deze kosten ook voorspelt. In vraag 36 vraagt u naar de voorspelkracht van het ex ante model voor geneeskundige GGZ in verhouding tot de voorspelkracht van het ex ante model voor de somatische zorg. Ik verwacht dat als het ex ante model voor de geneeskundige GGZ gebaseerd kan worden op dbc-declaraties en diagnose informatie van GGZ-gebruik in het verleden geïncorporeerd kan worden in het ex ante model in plaats van de GGZ-kosten in het voorgaande jaar, het ex ante model voor de GGZ op hetzelfde niveau zit als dat voor de somatische zorg.

U heeft mij gevraagd (vraag 33) of de verhoging van het eigen risico met 10 euro naar 165 euro in overeenstemming is met de indexatie zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Dit is het geval. In artikel 18a, derde lid van de Zorgverzekeringswet, is vastgelegd dat een verhoging in veelvoud van 5 euro plaatsvindt.

De belangrijkste verschillen tussen het risicovereveningsmodel 2009 en 2010 bestaan uit de vernieuwing van de FKG-indeling, de nieuwe clustering tot DKG's, de verlaging van de nacalculatie op de kosten van B-dbc's van 15 naar 0 procent, en de verschuiving van de kosten van de dbc's, waarmee het B-segment in 2009 werd uitgebreid van variabele kosten ziekenhuiszorg naar kosten van B-dbc's. De overall gemiddelde wijziging van de normbedragen in model 2010 ten opzichte van model 2009 bedraagt 11 euro. De grootste verschillen in normbedragen tussen de twee modellen treden op bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van B-dbc's, en dan vooral bij de FKG's en DKG's, wat automatisch ook leidt tot verschillen bij leeftijd/geslacht. In vraag 39 vraagt u mij naar deze verschillen. De gevonden verschillen zijn goed te duiden in het licht van bovenbeschreven modelwijzigingen.

U vraagt (vraag 1) hoe binnen de risicoverevening 2010 rekening gehouden wordt met door verzekeraars werkelijke betaalde (couvert) prijzen voor medicijnen.

De NZa heeft in het protocol Vereveningsonderzoek Zorgverzekeringswet opgenomen dat zorgverzekeraars inkoopkortingen en bonussen op individueel verzekerdeniveau moeten verrekenen. Toerekening van kosten die niet op verzekerdeniveau bekend zijn (macroboekingen) zijn niet toegestaan. Indien de bonussen echter niet op individueel verzekerdeniveau bekend zijn, moeten deze via een verdeelsleutel worden toegerekend aan de individuele verzekerde. De onderbouwing van de verdeelsleutel moet adequaat zijn vastgelegd. Bij de opgave door een zorgverzekeraar van de kosten voor de hogekostenverevening wordt een getrouwheidsonderzoek uitgevoerd. Daarnaast moeten verklaringen van het bestuur van de zorgverzekeraar en een externe accountant hierover worden toegevoegd. Vervolgens verricht de Nederlandse Zorgautoriteit nog een review op de werkzaamheden van de externe accountant om te bekijken of de accountant zijn werk heeft gedaan aan de hand van een protocol en of dit tot de juiste conclusies heeft geleid. Ik ben van mening dat hiermee de risicoverevening niet onnodig onder druk komt te staan (vraag 1).