

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 833

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2017

Met deze brief informeer ik u over de verbeteringen die ik van plan ben per 2018 aan te brengen in de risicoverevening voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met de in deze brief aangekondigde verbeteringen van het model borduur ik voort op de technische verbeteringen die afgelopen jaren stap voor stap zijn doorgevoerd in de risicoverevening.

De kern van de brief is als volgt:

- De voorgenomen modelverbeteringen in het somatische en GGZ-model leiden tot een beter gerichte compensatie aan verzekeraars voor chronisch zieke verzekerden en een lagere compensatie voor gezonde verzekerden.
- Goede risicoverevening komt zowel de doelmatigheid als de solidariteit van het verzekeringsstelsel ten goede.
- Na integrale doorrekening van de voorgenomen modelverbeteringen vindt na de zomer definitieve besluitvorming plaats over de risicoverevening 2018. Hier wordt u zoals gebruikelijk in september over geïnformeerd.
- Met bijlage 1 informeer ik u over de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd voor de risicoverevening. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik hierover aan de Tweede Kamer heb gedaan in mijn brief van 16 september 2016.¹

1. Achtergrond

Goede risicoverevening is cruciaal voor het functioneren van de Zvw. Het zorgt ervoor dat het gelijk speelveld tussen verzekeraars geborgd wordt, gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Daarmee beoogt de risicoverevening tevens de prikkels tot risicoselectie weg te nemen. Tot slot wordt de risicoverevening zodanig vormgegeven dat verzekeraars geprikkeld worden tot doelmatige zorginkoop. Voor een

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 766

beschrijving op hoofdlijnen van de werking en vormgeving van het risicovereveningssysteem verwijs ik u naar de brochure die ik vorig jaar naar de Tweede Kamer heb gestuurd.²

De afgelopen jaren is de aandacht onder andere uitgegaan naar het ontwikkelen van goede risicoverevening voor de zorg die per 2015 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Sinds dit jaar voeren verzekeraars deze zorg volledig risicodragend uit.

Verder is de afgelopen jaren stevig ingezet op verbetering van de compensatie voor chronisch zieken, mede in het licht van mijn brief «Kwaliteit loont». Om verdere verbeteringen van de risicoverevening mogelijk te maken, heb ik met de eerder genoemde brief van 16 september 2016 een meerjarig onderzoeksprogramma naar de Kamer gestuurd en aangekondigd onderzoek te laten doen met de volgende prioriteiten:

- A. Doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
- B. Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
- C. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ;
- D. Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

Afgelopen jaar is er weer een groot aantal onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening per 2018 en latere jaren te kunnen verbeteren. Voor een beknopte omschrijving van de resultaten van elk onderzoek afzonderlijk verwijs ik u naar bijlage 1³.

2. Het proces

De modelverbeteringen die ik in deze brief beschrijf zijn gebaseerd op voorlopige resultaten op basis van diverse onderzoeken die al zijn afgerond. Deze zomer worden alle modelverbeteringen in één onderzoek integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek, vindt na de zomer de definitieve besluitvorming plaats over de risicoverevening 2018. Zoals gebruikelijk wordt u in september geïnformeerd over de uitkomsten. In dezelfde brief wordt u ook geïnformeerd over het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening voor de komende jaren.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2018. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik op 6 juni 2017 voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal.⁴ Na afronding van de voorhangprocedure gaat het ontwerpbesluit voor advies naar de Raad van State. Na de zomer zal het besluit worden gepubliceerd. De Regeling risicoverevening 2018 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de benodigde cijfers bekend worden gemaakt, zoals het macroprestatiebedrag en de rekenpremie. Zoals voorgeschreven in de Zvw, zal de regeling vóór 1 oktober 2017 worden gepubliceerd.

² Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 725

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 830

3. Voorgenomen verbeteringen risicoverevening per 2018

In de risicoverevening worden de zorgkosten voorspeld aan de hand van aparte modellen voor de somatische zorg (ruim 90% van de kosten) en voor de GGZ (bijna 10%).⁵ Hieronder licht ik per model toe welke verbeteringen ik in de risicoverevening 2018 beoog op basis van de onderzoeken die afgelopen jaar zijn gedaan.

3.1 Somatisch model

In het model voor de somatische zorg heb ik per 2018 de volgende verbeteringen voor ogen:

- *Het introduceren van een klasse voor gezonde verzekerden.*
De afgelopen jaren is de overcompensatie aan verzekeraars voor gezonde verzekerden sterk afgenomen. Met de introductie van een aparte klasse in het kenmerk meerjarig hoge kosten – de klasse meerjarig lage kosten – dring ik deze overcompensatie verder terug. Vanaf 2018 zullen verzekeraars voortaan gemiddeld circa 200 euro minder compensatie ontvangen voor verzekerden die in de drie voorgaande jaren telkens lage zorgkosten hadden (lager dan 1.100 euro). Dit is het geval voor 50% van alle verzekerden, oftewel 8,5 miljoen mensen. Dit geld wordt onder verzekeraars herverdeeld ten behoeve van de verzekerden die wel af en toe hogere kosten hebben gehad.
- *Het bestaande kenmerk generieke somatische morbiditeit vervalt.*
Mede vanwege bovenstaande verbetering voor gezonde verzekerden is dit kenmerk overbodig geworden.
- *Het wegnemen van de overcompensatie van hoogopgeleide verzekerden van 35 tot en met 44 jaar.*
Hoogopgeleiden hebben gemiddeld lagere zorgkosten dan overige verzekerden. Dit was aanleiding om vanaf 2016 in de risicoverevening expliciet rekening te houden met het aantal hoogopgeleiden dat elke verzekeraar in portefeuille heeft. Destijds was dat vanwege de volledigheid en betrouwbaarheid van de data alleen mogelijk voor de groep tot en met 34 jaar. Inmiddels is de registratie van hoogopgeleiden tot en met 44 jaar van voldoende kwaliteit om ook voor deze groep expliciet te compenseren in de risicoverevening. Dat betekent dat een verzekeraar voor elke hoogopgeleide verzekerde in deze leeftijdscategorie een 85 euro lagere vereveningsbijdrage ontvangt.
- *Betere compensatie voor mensen met meerdere chronische aandoeningen.*
Dit gebeurt door verbetering van de diagnosekostengroepen. In de risicoverevening wordt onder andere gewerkt met informatie over DBC's om de toekomstige zorgkosten te voorspellen. Tot en met 2017 werd daarbij alleen de DBC gebruikt met de hoogste vervolgcosten. Vanaf volgend jaar zal ook een tweede DBC worden meegenomen, indien de behandeling voor een andere aandoening was. Dit geldt in ongeveer een kwart van de gevallen.
Door deze aanpassing wordt beter rekening gehouden met verzekerden die meerdere aandoeningen hebben. Daarnaast zijn er ook extra DBC's in het risicovereveningsmodel opgenomen voor vroeggeboorte, niertransplantaties en diagnoses voor geriatrische revalidatiezorg, waardoor de compensatie voor gebruikers van deze zorg verbetert.

⁵ Deze cijfers zijn gebaseerd op het macroprestatiebedrag 2017. Het macroprestatiebedrag voor 2018 wordt op Prinsjesdag bekend gemaakt.

- *Het bestaande onorthodoxe⁶ kenmerk gebaseerd op het gebruik van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar vervalt.* Vanwege bovenstaande verbetering is het kenmerk overbodig geworden. Dit betekent niet alleen een vereenvoudiging van het model, maar ook een verbetering, omdat de compensatie nu zorginhoudelijk beter is onderbouwd.
- *Verzekeraars ontvangen meer compensatie voor kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben.* De gebruikers van intensieve kindzorg worden daarvoor gesplitst van andere dure gebruikers van wijkverpleging. Hiermee wordt de compensatie van beide groepen beter. Kinderen die intensieve kindzorg ontvangen, hebben namelijk voorspelbaar veel hogere kosten dan de andere groep.
- *De compensatie voor baby's wordt beter.* Dit gebeurt door rekening te houden met het jaar van geboorte (vorig jaar of dit jaar). Dit verbetert de compensatie voor geboortekosten en draagt er indirect aan bij dat het voor verzekeraars aantrekkelijker wordt om zwangere vrouwen te verzekeren.
- *Er wordt beter rekening gehouden met het verschil in zorgkosten tussen mensen die in een Wlz-instelling wonen en overige verzekerden.* Mensen die in een Wlz-instelling wonen hebben gemiddeld lagere Zvw-kosten, omdat een deel van hun zorgkosten neerslaat in de Wlz in plaats van de Zvw. Hier wordt nu ook al voor gecorrigeerd, maar vanaf 2018 kan dat op basis van betere gegevens, namelijk op basis van Wlz-declaraties in plaats van een benadering op basis van het aantal personen per adres. Hiermee worden meer verzekerden geïdentificeerd die in een Wlz-instelling wonen.
- *Verbetering van het regiokenmerk.* Het deel van de zorgkosten dat niet voorspeld wordt door de overige kenmerken in het risicovereveningsmodel wordt voorspeld met een regiokenmerk. Dat kenmerk is gebaseerd op tal van verklarende factoren. Verzekeraars ontvangen daarmee compensatie op basis van de kenmerken van de regio waar de verzekerde woont. Vanaf 2018 worden een paar extra verklarende factoren toegevoegd en tegelijkertijd enkele aanbodkenmerken geschrapt. Deze aanpassingen verkleinen de verschillen op regionaal niveau en verbeteren bovendien de doelmatigheidsprikkel in het risicovereveningsmodel, omdat verzekeraars minder voor verschillen in aanbod (waaronder praktijkvariatie) worden gecompenseerd.

Al met al leiden deze modelverbeteringen tot een beter gerichte compensatie aan verzekeraars voor chronisch zieke verzekerden en een lagere compensatie voor gezonde verzekerden.

3.2 GGZ-model

In het GGZ-model heb ik per 2018 de volgende verbeteringen voor ogen:

- *Het samenvoegen van de modellen voor de geneeskundige GGZ en de langdurige GGZ.* In 2017 worden er twee modellen gehanteerd voor het voorspellen van de GGZ-kosten. In het model voor de geneeskundige GGZ worden momenteel de kosten voor de ambulante GGZ en het eerste jaar verblijf in een GGZ-instelling voorspeld. In het model voor de

⁶ Dit kenmerk wordt «onorthodox» genoemd, omdat het – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de diagnosekostengroepen – niet zorginhoudelijk is onderbouwd, maar puur gebaseerd is op de kosten die verzekeraars hebben gemaakt voor geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Daardoor hebben verzekeraars een minder sterke prikkel om doelmatig in te kopen. Zie paragraaf 4 van brief met Kamerstuk 29 689, nr. 617 voor een uitgebreide toelichting.

langdurige GGZ worden momenteel de kosten voor het tweede en derde jaar verblijf in een GGZ-instelling voorspeld. Deze modellen zijn bijna gelijk. Vanaf 2018 kunnen deze worden samengevoegd. Hiermee wordt beter rekening gehouden met de zorgkosten van mensen die na verblijf in een GGZ-instelling weer zelfstandig gaan wonen en ambulante GGZ-zorg ontvangen.

- *Een verbetering van de compensatie voor GGZ-gebruikers op basis van DBC's voor psychische aandoeningen.*
GGZ-gebruikers worden in de diagnosekostengroepen (DKG's) geïdentificeerd op basis van diagnose en historisch zorggebruik, waaronder gebruik van intramurale GGZ, ambulant gebruik, crisiszorg en onvrijwillige zorg. Er worden bovendien gegevens tot en met drie jaar terug gebruikt. Hiermee worden meer dan 400 duizend extra GGZ-gebruikers geïdentificeerd die voorspelbaar (hoge) GGZ-kosten hebben. Daarnaast vermindert de ondercompensatie van verzekerden die in het voorgaande jaar tot de kwart duurste GGZ-cliënten behoorden met 28%.
- *Geen apart kenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar.*
Dit kenmerk wordt namelijk geïntegreerd in bovengenoemd kenmerk diagnosekostengroepen.
- *Geen apart kenmerk voor zorgvraagzwaarte.*
Informatie over de zorgvraagzwaarte speelt een rol bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel, maar zal in 2018 geen apart kenmerk in het risicovereveningsmodel zijn. Inhoudelijk zou het wel meegenomen moeten worden bij het toewijzen van de DKG-klasse, maar door dataproblemen blijkt dit voor 2018 niet haalbaar. De verwachting is dat in de nabije toekomst, wanneer informatie kan worden gebruikt die direct bij het Zorginstituut wordt aangeleverd, de dataproblemen zijn opgelost en informatie uit de zorgvraagzwaarte-indicator wel in het risicovereveningsmodel wordt opgenomen. Daarom blijft het van groot belang dat informatie over de zorgvraagzwaarte wordt aangeleverd door zorgaanbieders.
- *Het wegnemen van de overcompensatie bij hoogopgeleide verzekerden.*
Zie toelichting bij het somatische model. Hierdoor krijgen verzekeraars naast de 85 euro minder voor somatische zorg 39 euro minder voor GGZ-zorg voor elke hoogopgeleide verzekerde in de leeftijdscategorie 35 tot en met 44 jaar, omdat die gemiddeld lagere GGZ-kosten hebben.
- *Verbeteren van de prikkelwerking.*
In een aantal klassen van kenmerken dat op gebruik van de GGZ in een voorgaand jaar is gebaseerd (meerjarige hoge kosten en gebruik van intramurale GGZ) worden drempelwaarden gespecificeerd. Hierdoor worden administratieve onregelmatigheden niet meer beloond.
- *Het regiokenmerk wordt verbeterd.*
Dit gebeurt door een extra verklarende factor toe te voegen. Zie verder de toelichting bij het somatische model.
- *Er wordt beter rekening gehouden met het verschil in zorgkosten tussen mensen die in een Wlz-instelling wonen en overige verzekerden.*
Zie toelichting bij het somatische model.

Door deze verbeteringen in het GGZ-model worden al met al meer GGZ-gebruikers geïdentificeerd en is de compensatie die verzekeraars voor hen ontvangen beter.

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