

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

## Herziening Zorgstelsel

Nr. 415

### BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Den Haag, 6 september 2012

Met deze brief informeer ik u over de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2013. Ik voldoe hiermee aan de motie Gerbrands c.s. die uw Kamer in april 2011 heeft aangenomen. (Kamerstuk 29 248, nr. 192) Deze motie verzoekt mij uw Kamer te informeren over voorgenomen stappen in de afbouw van de ex post compensaties. Over de wijzigingen in de ex ante vereveningsmodellen heb ik uw Kamer in juni<sup>1</sup> geïnformeerd.

De vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2013 dient volgens de Zorgverzekeringswet vóór 1 oktober vast te liggen in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering.

#### Vereveningsmodel somatische zorg

##### *Kwaliteit basisgegevens somatische zorg*

Het ex ante vereveningsmodel voor somatische zorg is gebaseerd op kostengegevens en verzekerdenkenmerken over 2009 en 2010. Voor het onderzoek kon beschikt worden over deze gegevens van vrijwel alle verzekerden. De kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2013.

De invoering van DOT in 2012, en bijbehorende simulatie van de schadelast in DOT zorgproducten, levert enige onzekerheid met betrekking tot de gegevens voor het somatische model. Met inachtneming van deze onzekerheden ben ik van mening dat de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen somatische zorg 2013 op te baseren.

##### *Kwaliteit ex ante vereveningsmodel 2013*

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2013 voor somatische zorg op de bovengenoemde meest recente gegevens resulteren in een verbetering van het vereveningsmodel. Ik deel de conclusies van de WOR<sup>2</sup> dat het vereveningsmodel somatische zorg

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 689 nr. 403

<sup>2</sup> De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening; in de WOR nemen o.a. deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel. De rol van de WOR staat beschreven in de bijlage bij de brief van 6 maart jl. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 380)

kwalitatief goed, stabiel en robuust is.

Vanaf 2013 worden de kosten van add-ons Intensive Care, net als in 2011 en eerder, weer bij het risicodragende deelsegment variabele kosten medisch specialistische zorg ingedeeld. Door het overhevelen vanuit de niet risicodragende kosten van deze moeilijk voorspelbare en op individuniveau hoge kosten daalt de verklaringskracht van het ex ante vereveningsmodel.

#### *Voorgenomen inzet ex post compensaties 2013*

De bandbreedte regeling is de enige ex post compensatie die nog resteert voor de somatische zorg. In 2012 geldt een bandbreedte van 45 euro waarbuiten het resultaat voor 90 procent wordt nagecalculeerd. De bandbreedteregeling is van toepassing op variabele kosten van medisch specialistische zorg. Ik ben van mening dat de afbouw van ex post compensaties moet passen in mijn beleid dat erop gericht is de bandbreedteregeling per 2015, conform de brief «Zorg die loont<sup>1</sup>» te beëindigen.

De inzet van ex post compensaties hangt mede af van de kwaliteit van het vereveningsmodel. De kwaliteit wordt bepaald door de representativiteit van de gegevens waarop het vereveningsmodel geschat wordt en de verklaringskracht. Alhoewel de patronen van de schadelastverschuiving als gevolg van de gesimuleerde DOT-zorgproducten plausibel zijn, blijven er onzekerheden. Om recht te doen aan de onzekerheden rond het vereveningsmodel voor de somatische zorg 2013, stel ik voor de bandbreedte in 2013 vast te stellen op 50 euro rond het gemiddelde marktresultaat per premieplichtige.

Uit onderzoek naar het vereveningsmodel blijkt dat de verwachte spreiding in de gemiddelde resultaten per verzekerde voor kosten van somatische zorg in 2013 circa 125 euro bedraagt, na toepassen van de bandbreedteregeling wordt deze spreiding teruggebracht naar ongeveer 100 euro.

De mutatie in de totale risicodragendheid<sup>2</sup> van zorgverzekeraars voor de somatische zorg is, doordat vrijwel alle ex post compensaties afgebouwd zijn, vooral afhankelijk van de toevoeging van de add-ons voor Intensive Care (circa 1 mld euro) naar de risicodragende kosten en het overhevelen van de kosten van geriatrische revalidatiezorg (ongeveer 1 mld euro) van de AWBZ naar de risicoloze kosten in de Zorgverzekeringswet. Per saldo lopen de zorgverzekeraars in 2013 op 93 procent van de kosten somatische zorg risico.

### **Vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ)**

#### *Kwaliteit basisgegevens gGGZ*

Het vereveningsmodel gGGZ is gebaseerd op kostengegevens 2010 van verzekeraars die nog gecorrigeerd moeten worden voor opbrengstresultaten. De daarvoor in het verleden gehanteerde verrekenpercentages blijken erg instabiel te zijn. Daarom heb ik besloten om voor het vereveningsmodel 2013 de schadegegevens representatief te maken door per geleverde prestatie het tarief 2010 als schadebedrag te nemen. Hierdoor geldt voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort. Dit zorgt voor meer stabiliteit in de kosten waarop het

vereveningsmodel 2013 is gebaseerd. Ik ben van mening dat de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel gGGZ 2013 op te baseren.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620 nr. 6.

<sup>2</sup> 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.

### *Kwaliteit ex ante vereveningsmodel 2013*

De aanpassing van de onderzoeksgegevens en de aanpassingen in het vereveningscriterium gebaseerd op extramuraal geneesmiddelengebruik (psychische FKG) leiden tot een kleine toename van de verklaringskracht. Mede op basis van de bevindingen uit de WOR constateer ik dat de kwaliteit van het vereveningsmodel 2013 licht is verbeterd ten opzichte van het vereveningsmodel 2012.

### *Voorgenomen inzet ex post compensaties 2013*

Bij de bepaling van de inzet van ex post compensatiemechanismen voor de gGGZ in 2013 heb ik de beschikbaarheid van gegevens, de beïnvloedbaarheid van de kosten door verzekeraars en de mate van onzekerheid voor verzekeraars meegewogen.

Op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg pas ik ook in 2013 hogekostencompensatie toe. Daarbij hanteer ik, net als in 2012, een drempelwaarde van 10 000 euro. De voorspelkracht van het vereveningsmodel voor hoge kosten blijft nog steeds achter. Ook worden zeer hoge kosten in de gGGZ over het algemeen gerealiseerd in een klinische setting waar de beïnvloedbaarheid van deze kosten voor verzekeraars gering is. Daarom stel ik voor ook in 2013 90 procent nacalculatie toe te passen op het deel van de kosten boven de drempelwaarde. Door de kosten boven de drempel niet volledig na te calculeren, zorg ik ervoor dat verzekeraars geprikkeld worden om ook bij de inkoop van deze zorg doelmatigheid na te streven.

Ook voor de gGGZ wordt een bandbreedteregeling ingezet. Het is een tijdelijk vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd worden. Zoals ik hierboven heb aangegeven is de kwaliteit van de gegevens, waarop het vereveningsmodel voor de gGGZ gebaseerd is, verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toch blijven er, door de verwerking van opbrengstverrekening en de invoering van prestatiebekostiging, onzekerheden met betrekking tot de representativiteit van deze gegevens. Daarom stel ik voor de bandbreedteregeling in 2013 te handhaven op het hetzelfde niveau als in 2012, met een bandbreedte van 15 euro.

### **Solvabiliteit**

De wijzigingen in het vereveningsmodel en de daarbij behorende toename van de risicodragendheid van zorgverzekeraars is voor De Nederlandsche Bank (DNB) geen aanleiding geweest om de Minister van Financiën te adviseren om voor het jaar 2013 de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars te veranderen.

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