

Vergaderjaar 2018–2019

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1016**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2019

In Nederland zijn zorgverzekeraars verplicht alle verzekerden te accepteren voor de basisverzekering en mogen ze de gevraagde premie niet differentiëren naar persoonskenmerken. Hiervoor is een goede risicoverevening die zorgverzekeraars op de achtergrond compenseert voor gezondheidsverschillen in de populatie essentieel. Een goede risicoverevening zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en neemt prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg.

Ik hecht aan een goed functionerende risicoverevening, opdat zorgverzekeraars optimaal gestimuleerd worden zich te richten op goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg. In mijn brief van 28 juni 2018<sup>1</sup> heb ik u laten weten dat het huidige model zo verfijnd is dat het steeds moeilijker is verbeteringen te identificeren en door te voeren, ook omdat een steeds complexer model uitvoeringstechnische risico's met zich meebrengt. Gegeven dat de grenzen van de verbeteringen van het ex ante model nagenoeg zijn bereikt, ben ik met verzekeraars in gesprek gegaan om de focus te verleggen naar het goed onderhouden en steeds weer actualiseren van het risicovereveningsmodel. Dat gesprek heeft ertoe geleid dat we in deze kabinetsperiode de nadruk leggen op enkele specifieke, overgebleven thema's. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de onderzoeken hiernaar en de aanpassingen die ik per 2020 wil aanbrengen in de risicoverevening.

#### *Toezegging*

In bijlage 1<sup>2</sup> informeer ik u over de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd voor de risicoverevening. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die hierover aan de Tweede Kamer is gedaan in de brief van

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 918.

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

4 september 2018<sup>3</sup>. Daarbij stuur ik u de monitor risicoverevening over 2014. Ook zal ik in deze brief ingaan op de motie Raemakers en Ellemeest<sup>4</sup> en de motie Smeulders c.s.<sup>5</sup>

## Hoofdpunten van de brief

- Vorig jaar heb ik u gemeld dat de grenzen van de risicoverevening in de huidige vorm nagenoeg zijn bereikt. In overleg met verzekeraars heb ik drie thema's benoemd die nog aandacht behoeven voor kan worden overgegaan naar een onderhoudsmodel. Het gaat om dure geneesmiddelen, extreem dure ggz-patiënten en kosten van overlijden.
- Voor dure geneesmiddelen en extreem dure ggz-patiënten is een goede en uitvoerbare oplossing gevonden die de compensatie voor deze groepen aanzienlijk gaat verbeteren. Het onderzoek naar kosten van overlijden heeft niet geleid tot een aanpassing.
- Op verzoek van verzekeraars en naar aanleiding van vragen en moties uit de Tweede Kamer heb ik een onderzoek toegezegd om te bezien of er nog sprake is van structurele ondercompensatie voor chronisch zieken en wat daarvan de oorzaak is. Die oorzaak kan ook buiten de risicoverevening zijn gelegen.
- Afgelopen jaar is er ook onderzoek en onderhoud uitgevoerd naar de bestaande ex ante kenmerken. Resultaat hiervan is dat een aantal verbeteringen wordt doorgevoerd in de risicoverevening voor 2020.
- Na integrale doorrekening van de voorgenomen modelverbeteringen vindt na de zomer definitieve besluitvorming plaats over de risicoverevening 2020, waarover ik u in september informeer.

### 1. Risicoverevening 2020: dure geneesmiddelen en GGZ-cliënten

#### *Dure geneesmiddelen*

Op dit moment vallen de geneesmiddelen die uit de zogenaamde sluis in het pakket stromen, voor het jaar van instroom in het pakket en het jaar erna onder de «vaste kosten» binnen de risicoverevening (100% nacalculatie). Knelpunt hierbij is dat de middelen daarna risicodragend worden, terwijl er nog geen goed normbedrag kan worden berekend. De reden hiervoor is de vertraging van de declaratiedata. Er is het afgelopen jaar onderzocht of de risicoloze periode uitgebreid kan worden naar vier jaar (met uitloop naar einde van het jaar). Daarbij zijn geen uitvoeringsproblemen geconstateerd. Het gaat om een kleine afgebakende groep geneesmiddelen met zeer hoge kosten. Ik verleng daarom de periode dat dure geneesmiddelen behoren tot de «vaste kosten». Na deze periode van vier jaar kan het normbedrag wel berekend worden. Om na deze periode van «vaste kosten» een adequate normbedrag te kunnen berekenen, is het wel nodig dat er vaker dan nu groot onderhoud van de farmaciekostengroepen (FKG's), met name de Extreem Hoge Kosten clusters, plaatsvindt. Om deze reden ben ik van plan om vanaf volgend jaar jaarlijks onderzoek te doen en op deze manier dure geneesmiddelen eerder te kunnen toedelen aan een FKG.

#### *Beter compenseren van de kleine groep zeer dure GGZ-patiënten*

De kosten in de GGZ zijn scheef verdeeld. Ieder jaar heeft ruim 90% van de volwassen Nederlanders geen GGZ-kosten gedurende een kalenderjaar. Van de mensen die wel GGZ-kosten maken, heeft slechts een kleine groep mensen juist zeer hoge GGZ-kosten. Deze zeer dure

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 937.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 978.

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 979.

GGZ-cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich mee kan brengen. Omdat ex ante oplossingen (o.a. vanwege gebrek aan data) op korte termijn niet tot aanzienlijke verbeteringen leiden van het risicovereveningsmodel is in dit onderzoek gekeken naar een ex post oplossing voor een kleine groep zeer dure GGZ-cliënten. Voor deze groepen zijn zowel een hoge kosten compensatie (HKC) als een hoge meerkosten verevening (HMV) doorgerekend. Beiden werken min of meer gelijk, bij een HKC worden de kosten van GGZ-cliënten boven een bepaalde drempel volgens een vooraf vastgesteld percentage vergoed. Bij HMV worden de meerkosten boven een bepaalde drempel vergoed volgens een vooraf vastgesteld percentage. Zowel voor de HKC als voor de HMV geldt, hoe lager de drempel en hoe hoger het vergoedingspercentage hoe groter de verbetering van het model.

HMV is een nieuwe techniek die nog niet eerder is toegepast binnen de risicoverevening en blijkt behoorlijke uitvoeringstechnische haken en ogen te hebben, daarom kies ik ervoor om de HKC in te voeren. Bij het invoeren van deze ex post maatregel heb ik verbetering van het gelijke speelveld en daarmee de reductie van prikkels tot risicoselectie op deze groep dure GGZ-cliënten afgewogen tegen de afname van de doelmatigheidsprikkels. De aantasting van de prikkels tot doelmatigheid is groter naarmate het drempelbedrag lager en het vergoedingspercentage hoger wordt vastgesteld. De onderzoekers zijn van mening dat de aantasting van de prikkels tot doelmatigheid beperkt is, omdat de ex post compensatie niet opweegt tegen de extra kosten om boven een drempelwaarde uit te komen. Met verzekeraars ben ik overeengekomen per 2020 de HKC in te voeren voor de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3500 verzekerden) en een vergoeding van 75% van de kosten boven de drempel.

Dat ik nu in het geval van de dure GGZ voor een ex post oplossing heb gekozen, betekent niet dat een bredere discussie over risicodragendheid opportuun is. Dit is niet aan de orde omdat ik waarde hecht aan doelmatigheid. Het is evenmin nodig omdat de kwaliteit van het model goed is. Ex ante oplossingen houden mijn voorkeur hebben. Ik zal ook voor dure GGZ-patiënten blijven kijken naar de mogelijkheden voor ex ante oplossingen, bijvoorbeeld in het geval dat er nieuwe data beschikbaar is. De resultaten van de onderzoeken zullen worden getoetst aan het toetsingskader en de verschillende doelstellingen van de risicoverevening (verevenende werking, doelmatigheid, risicoselectie en uitvoerbaarheid).

Het is van belang te onderstrepen dat beide aanpassingen ex post slechts tot een andere verdeling van de Zvw-middelen over verzekeraars leiden, niet tot een verhoging van de uitgaven aan Zvw-zorg die we samen opbrengen.

#### *Betere compensatie voor hoge kosten bij overlijden*

In dit onderzoek zijn de effecten van sterfte op de risicoverevening geanalyseerd. De prevalentie van sterfte en de kosten bij sterfte variëren tussen verzekeraars. De belangrijkste reden hiervoor is dat verzekeraars verschillende populaties hebben en sterftetekansen en kosten bij sterfte mede bepaald worden door populatiekenmerken (denk bijvoorbeeld aan de leeftijd van de verzekerden). Uit het onderzoek blijkt dat sprake is van ondercompensatie in geval van overlijden. Landelijk valt deze ondercompensatie weg tegen de overcompensatie op verzekerden die niet overlijden. Op het niveau van de individuele risicodragers hoeft dat niet het geval te zijn.

Het onderzoek laat zien dat de prevalenties en de ondercompensaties bij overlijden in lijn zijn met de verzekerdenpopulaties van de risicodragers volgend uit de risicovereveningskenmerken. Er is wel enige variatie tussen verzekeraars gevonden wanneer de verwachte overcompensatie (volgend uit de risicovereveningskenmerken) op overlevenden vergeleken wordt met de ondercompensatie op sterfte. De gevonden resultaten geven geen volledig inzicht in de effecten van sterfte op de verevening. Dit is ook lastig, omdat de resultaten van verzekeraars door vele factoren worden beïnvloed. Het onderzoek biedt geen aanknopingspunten voor aanpassing van de risicoverevening.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze, ondanks verbeteringen aan het risicovereveningsmodel en bovengenoemde aanpassingen voor 2020, nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en overgecompenseerd voor gezonde populaties. Dit zou een belemmering kunnen zijn zich te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor chronisch zieken. Nu uit onderzoek blijkt dat dit niet veroorzaakt wordt door ondercompensatie bij overlijden, zal ik onderzoek laten doen naar andere oorzaken alvorens er wordt overgegaan op een onderhoudsmodel.

Ik vind het van belang dat chronisch zieken adequaat worden gecompenseerd, zodat de prikkels voor de beste kwaliteit zorg goed staan en doelmatige inkoop lonend is. Tegelijkertijd wil ik partijen optimaal blijven prikkelen om ondoelmatigheid en *moral hazard* bij verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden tegen te gaan om de zorg betaalbaar te houden. Daarom zal ik een diagnose laten maken of er inderdaad sprake is van structurele ondercompensatie van chronisch zieken en wat daarvan de mogelijke oorzaken zijn. Die oorzaken kunnen zowel binnen als buiten de risicoverevening liggen, zoals het inkoopbeleid van verzekeraars en praktijkvariantie tussen aanbieders. Op basis hiervan zal ik besluiten of vervolgonderzoek nodig is. Hierover zal ik de Kamer informeren.

Met bovenstaande voornemens geef ik ook gevolg aan de twee moties die tijdens het VAO Zvw van 16 april 2019 zijn aangenomen. De motie Raemakers en Ellemeet vraagt om de risicoverevening te verbeteren op een wijze dat dit verzekerden met een gemeentepolis aantrekkelijker maakt voor verzekeraars en gemeenten. Verzekerden met een gemeentepolis zijn immers ook vaak chronisch zieken. De motie Smeulders vraagt om met voorstellen te komen om het systeem van het risicovereveningsmodel aan te passen zodat zorgverzekeraars voldoende worden gecompenseerd voor het verzekeren van chronisch zieken.

Het verleggen van de focus van een ontwikkelmodel naar een onderhoudsmodel betekent niet dat er geen regulier onderzoek meer zal plaatsvinden op het terrein van de risicoverevening. De bestaande kenmerken zullen immers onderhouden moeten worden om mee te kunnen gaan met nieuwe medische technologieën en ontwikkelingen. Als er kansrijke nieuwe databronnen kunnen worden ontsloten, zullen we onderzoeken of deze van toegevoegde waarde zijn voor de verevening. Daarnaast zullen eventuele overhevelingen tussen domeinen die impact hebben op het gelijke speelveld tussen verzekeraars en gepaard gaan met hoge macro kosten ook meegenomen moeten worden in het risicovereveningsmodel. Tot slot kunnen wijzigingen in bekostiging die impact hebben op de berekening van de vereveningsbijdrage ook leiden tot aanpassingen in het model. Het model blijft dus continue onze aandacht hebben, maar wel met een andere focus.

## **2. Reguliere verbeteringen vereveningsmodel per 2020**

Het afgelopen jaar is naast onderzoek op de drie specifieke thema's ook regulier onderzoek naar verbetering van de risicoverevening uitgevoerd. Er is onder meer onderzoek uitgevoerd om op basis van nieuwe gegevens de kenmerken binnen de risicoverevening te verbeteren. Ook zijn de effecten van de overheveling van extramurale behandeling naar de Zvw in kaart gebracht en is gekeken naar de impact van een experiment in de wijkverpleging. Niet alle onderzoeken hebben tot concrete verbeteringen geleid voor de risicoverevening in 2020. De voorgenomen verbeteringen per 2020 worden hieronder beschreven. De uitkomsten van alle onderzoeken zijn opgenomen in bijlage 1.

### Groot onderhoud AVI – SES

In dit onderzoek is bekeken of de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI) en sociaaleconomische status (SES) kunnen worden verbeterd en/of vereenvoudigd. In het onderzoek zijn verschillende mogelijke verbeteringen onderzocht. Op basis hiervan zijn (onder meer) modellen doorgerekend met extra AVI-klassen voor 0–17 jarigen (op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres) en voor 65–69 jarigen (op basis van hun AVI toen zij 64 waren). Voor deze modellen geldt dat de effecten op de verevenende werking op het niveau van de individuele verzekerden, subgroepen en risicodragers beperkt zijn. Hier staat tegenover dat voor de nieuw onderscheiden groepen, waaronder kinderen en net-gepensioneerden in ongunstige sociale omstandigheden, de compensatie verbetert. Ik ben van plan om deze verbetering per 2020 door te voeren.

### Uitbreiding DKG psychische aandoening met informatie over de basis ggz

De compensatie van verzekerden die gebruik maken van de basis ggz is nader onderzocht. De uitkomst van het onderzoek is dat de compensatie van verzekerden die gebruik maken van de basis ggz verbeterd kan worden door een uitbreiding van het kenmerk diagnosekostengroepen psychische aandoeningen. Met deze aanpassing worden verzekerden die gebruik maken van basis ggz beter verevend en daarom ben ik voornemens om deze wijziging door te voeren per 2020.

### Compensatie niet-ingezetenen

Het Zorginstituut adviseert voor niet-ingezetenen informatie over het kenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK) beter te betrekken bij het bepalen van de vereveningsbijdrage. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat niet-ingezetenen overgecompenseerd worden in de risicoverevening, maar onvolledigheid van de data stonden aanpassing in de weg. Analyse van het Zorginstituut laat nu zien dat de aanpassing stabiel en betrouwbaar is en de wijziging per 2020 kan worden doorgevoerd. Hierdoor neemt de overcompensatie op niet-ingezetenen af.

## **3. Het proces**

De modelverbeteringen die ik in deze brief in paragraaf 1 en 2 beschrijf zijn gebaseerd op voorlopige resultaten op basis van diverse losse onderzoeken. Deze zomer worden de modelverbeteringen integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek, zal na de zomer de definitieve besluitvorming plaatsvinden over de risicoverevening 2020. Zoals gebruikelijk zult u in september geïnformeerd worden over de uitkomsten van het onderzoek.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2020. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik op 17 mei 2019 voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal.<sup>6</sup> 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 2020 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 2019 worden gepubliceerd.

In overleg met verzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers zal het onderzoeksprogramma voor de komende jaren verder worden uitgewerkt. In september zal ik u hierover in meer detail informeren.

#### **4. Monitor risicoverevening 2014**

Zodra de realisatiecijfers over een vereveningsjaar definitief zijn laat ik door middel van een monitor de werking van de risicoverevening van dat betreffende jaar evalueren. In het afgelopen onderzoeksjaar is de monitor van het vereveningsjaar 2014 uitgevoerd. De monitor laat op basis van de werkelijke kosten en aantallen verzekerden zien dat de risicoverevening heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie van de zorgverzekeraars. De monitor is als bijlage aan deze brief toegevoegd.<sup>7</sup>

De Minister voor Medische Zorg en Sport,  
B.J. Bruins

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 990.

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).