

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 222

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 september 2008

1 Inleiding

Met deze brief informeer ik u over de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2009. In deze brief maak ik ook mijn afwegingen inzichtelijk bij de vaststelling van de inzet van ex-post compensatiemechanismen in 2009. Mijn streven is om de vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2009 vóór 1 oktober aanstaande vast te leggen in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering en rond 1 oktober in beleidsregels van het CVZ. De planning voorziet voorts in een bekendmaking van de vereveningsbijdrage 2009 door het CVZ aan individuele zorgverzekeraars voor 15 oktober aanstaande.

In meerdere brieven aan uw Kamer heb ik aangegeven te streven naar vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Voor de inkoop van eerstelijnszorg (de zogenoemde overige prestaties, waaronder huisartsenzorg, kraamzorg, ziekenvervoer en genees- en hulpmiddelen) zijn zorgverzekeraars inmiddels volledig risicodragend. In de komende jaren ligt daarom het accent bij de vergroting van de risicodragendheid voor de ziekenhuiszorg, zowel in het Aals in het B-segment. Voor een goede werking van de markt van ziekenhuiszorg acht ik het belangrijk dat toename van risicodragendheid van ziekenhuizen enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds zo goed mogelijk met elkaar sporen, opdat beide partijen maximaal geprikkeld zijn om te komen tot serieuze onderhandelingen over prijs en kwaliteit. Meer risicodragendheid van zorgverzekeraars voor de inkoop van ziekenhuiszorg beperkt ook de substitutiebelemmeringen tussen tweede- en eerstelijnszorg. Dat geldt vooral voor de dbc's in het B-segment, deze lenen zich immers het meest voor substitutie.

Het risicovereveningssysteem kent een ex-ante en een ex-post component. Het ex-ante systeem wint van jaar op jaar aan voorspelkracht doordat zowel het model als de daarmee verwerkte gegevens kwalitatief

verbeteren. Op het ex-ante vereveningsmodel wordt nader ingegaan in paragraaf 2 van deze brief.

Naarmate het ex-ante vereveningsmodel aan kwaliteit wint, kan de risicodragendheid van zorgverzekeraars worden vergroot. Deze risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt bepaald door de inzet van ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem. Onlangs heb ik het risicovereveningssysteem voor 2009 vastgesteld en heb ik een beslissing genomen over de inzet van ex-post compensatiemechanismen. Ik neem in 2009 een serieuze stap in de vergroting van de risicodragendheid door afbouw van de ex-post compensatiemechanismen, in het bijzonder een verlaging van de nacalculatie op ziekenhuiszorg. Voor een belangrijk deel van het B-segment verlaag ik de nacalculatie van 50 naar 15 procent. In 2010 verlaag dit percentage verder tot 0 procent. Voor de overige b-dbc's en de variabele kosten van de a-dbc's verlaag ik de nacalculatie van 50 naar 40 procent. Op de vaste kosten van de a-dbc's blijft 100 procent nacalculatie gelden. Hierdoor stijgen de totale risicodragende kosten van zorgverzekeraars met ongeveer 15 procent van 2008 op 2009. De zorgverzekeraars lopen in 2009 op ruim 60 procent van de ziekenhuiskosten risico. Ik handhaaf een bandbreedteregeling voor 2009. Binnen de bandbreedte blijft door de lagere inzet van nacalculatie de prikkel om doelmatig zorg in te kopen voor verzekeraars in tact. Een nadere toelichting bij de wijzigingen in de ex-post compensatiemechanismen wordt gegeven in paragraaf 3 en 4. Een beperkt aantal overige aspecten komt in paragraaf 5 van deze brief aan de orde.

2 Basisgegevens en ex-ante vereveningsmodel 2009

Mijn beleid is erop gericht om de ex-post compensatiemechanismen zo snel mogelijk af te bouwen. Tempo en mate van afbouw zijn echter geclausuleerd. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen van de risicoverevening – gaat werken. De ex-post compensatiemechanismen zijn een onderdeel van het totale risicovereveningssysteem. Het ex-post deel kan worden afgebouwd naar de mate waarin het ex-ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld en de juiste prikkels te genereren. De kwaliteit van het ex-ante deel is vooral afhankelijk van de vorderingen die gemaakt worden op het terrein van de bekostiging van het zorgaanbod en tevens van de kwaliteit van de gegevens. Het afbouwtraject ondersteun ik met onderzoek dat wordt begeleid door de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) waarin deelnemen verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor Zorgverzekeringen. Op basis van het onderzoek kunnen kwaliteit en beschikbaarheid van kostengegevens worden vastgesteld en de werking van het risicovereveningssysteem worden beoordeeld. Deze gesystematiseerde aanpak maakt het mogelijk om elk jaar verantwoorde stappen te zetten.

Basisgegevens risicovereveningsmodel

Het risicovereveningssysteem 2009 wordt gebaseerd op de meest recente – zo veel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Het betreft de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2006. Dit betekent dat voor de vaststelling van het risicovereveningsmodel 2009 voor het eerst gewerkt kan worden met gegevens uit het nieuwe stelsel met één uniforme basisverzekering met hetzelfde verzekeringspakket voor alle verzekeraars en alle verzekerden. Hiermee behoren allerlei databewerkingen op gegevens van voormalige particulier verzekerden, zoals pakketharmonisatie, boekingsharmonisaties en ophoging voor ontbrekende

kosten door vrijwillige eigen risico's aan de voet, tot het verleden. Deze bewerkingen hadden een negatieve invloed op de voorspelkracht van het vereveningsmodel. De kostengegevens over 2006 zijn afkomstig uit één, uniform registratiesysteem. Gevolg is dat kosten nu goed vergelijkbaar zijn tussen verzekerden en verzekeraars. Ook de gegevens en methode op basis waarvan diagnosekostengroepen (DKG) en farmaciekostengroepen (FKG) zijn vastgesteld, is verbeterd. Ik heb daarom vertrouwen in de gegevens waarop het vereveningssysteem 2009 wordt gebaseerd. Hierbij wil ik niet onvermeld laten dat alle gegevensleveringen en -bewerkingen voldoen aan de privacyvoorschriften van het College Bescherming Persoonsgegevens. De ZorgTTP pseudonimiseert namelijk de identificerende variabelen. Bijkomend voordeel is dat koppeling van gegevensbestanden uit verschillende bronnen soepeler verloopt.

Om de basisgegevens 2006 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2009 heb ik twee belangrijke bewerkingen uit laten voeren onder begeleiding van de WOR. Ten eerste heb ik de kosten van ziekenhuiszorg zoveel mogelijk gecorrigeerd voor de zogeheten overfinanciering van ziekenhuizen in 2006. Hiertoe zijn alle dbc-tarieven vervangen door voor overfinanciering gecorrigeerde tarieven. Ten tweede heb ik voor de b-dbc's die in 2008 nieuw zijn geïntroduceerd de tarieven vervangen door de markt-tarieven zoals de NZa die verwacht.

WOR-advies

De vormgeving van het ex-ante risicovereveningsmodel is in lijn met het advies van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR). De WOR bevestigt mijn vertrouwen in de basisgegevens en geeft aan dat volledigheid en kwaliteit van de gegevens 2006 verbeterd zijn ten opzichte van 2005. Verder geeft de WOR aan vertrouwen te hebben in de stabiliteit en robuustheid van het vereveningsmodel. De WOR vraagt wel aandacht voor de regionale aansluiting en daarmee voor de werking van het huidige regio-criterium. Ik neem dit aandachtspunt serieus en zal de WOR vragen in het komende onderzoeksjaar expliciet aandacht te besteden aan het regio-criterium.

De WOR adviseert om het ex-ante vereveningsmodel 2009 op twee punten te wijzigen ten opzichte van het huidige model. De wijzigingen betreffen het criterium leeftijd/geslacht en het criterium Aard van het inkomen (AVI). In het eerste geval stelt de WOR voor de leeftijdsgrens in de intervallen 15–19 en 20–24 jaar te wijzigen in 15–17 en 18–24 jaar. Ten tweede stelt de WOR voor de categorie WW-ers in het criterium Aard van het inkomen (AVI) te schrappen. De meetbaarheid van de categorie WW-ers is namelijk slecht, omdat dit een sterk fluctuerende groep is en de in- en uitstroom uit de groep sterk seizoensgebonden is. De effecten van het schrappen van de categorie WW-ers uit het AVI criterium en de aanpassing van het criterium leeftijd/geslacht op de verevenende werking van het vereveningsmodel zijn naar het oordeel van de WOR zeer gering. Ik neem het advies van de WOR over de vormgeving van het ex-ante vereveningsmodel 2009 over.

Ook het advies van de WOR om de normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging niet te wijzigen neem ik over.

Ik neem de aanbevelingen van de WOR over verschillende onderzoeksrichtingen voor het komende onderzoeksjaar ter harte. Na overleg met de betrokken partijen stel ik komend najaar het onderzoeksprogramma voor 2009 vast. Belangrijke aandachtspunten zijn het onderhoud van de FKG's en DKG's, ontwikkeling van een criterium op basis van hulpmiddelen-

gebruik in het verleden en hogericoverevening en meerjarige hoge en lage schade als vereveningscriterium.

Conclusie

Ik heb vertrouwen in de gegevens waarop de risicoverevening is gebaseerd. Het risicovereveningsmodel is stabiel en robuust. De basisgegevens zijn, beter dan voorgaande jaren, representatief gemaakt voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft, in dit geval 2009. Tegen deze achtergrond acht ik het verantwoord om de inzet van ex-post compensatiemechanismen verder af te bouwen in 2009. Dit laat onverlet dat ik door ga met het ontwikkelen van het ex-ante risicovereveningsmodel.

3 Nieuwe indeling ziekenhuiskosten

In een brief aan uw Kamer van 28 mei jongstleden¹ heb ik aangegeven dat als ik het B-segment per 2009 ga uitbreiden de risicodragendheid van verzekeraars met deze uitbreiding van het B-segment verder zal worden vergroot. In mijn brief van 18 juli jongstleden² heb ik aangegeven dat ik het verantwoord acht het B-segment inderdaad uit te breiden.

Verdeling ziekenhuiskosten

Om de vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars op het B-segment te bewerkstelligen, heb ik besloten om in de risicoverevening de ziekenhuiskosten uit te splitsen in drie categorieën (zogenoemde deelbedragen). Dit betekent dat ik naast de bestaande deelbedragen «vaste ziekenhuiskosten» en «variabele ziekenhuiskosten» een deelbedrag «kosten van b-dbc's» introduceer. Ik heb daardoor de mogelijkheid om de risicodragendheid door de inzet van nacalculatie meer te differentiëren over de verschillende ziekenhuiskosten. Voor dit nieuwe deelbedrag geldt hetzelfde vereveningsmodel als voor de «variabele ziekenhuiskosten».

Kosten van b-dbc's 2008

Idealiter zou in 2009 het gehele B-segment in de risicoverevening afgezonderd worden en volledig risicodragend worden gemaakt voor zorgverzekeraars. Dat is ook mijn vertrekpunt geweest bij de vormgeving van het systeem voor 2009. Het ex-ante vereveningsmodel moet in staat zijn om betrouwbaar en adequaat de kosten van het B-segment 2009 per verzekerde te voorspellen. Dit was op voorhand echter niet haalbaar want voor de nieuwe b-dbc's in 2009 waren de verwachte marktprijzen niet op tijd beschikbaar bij de NZa. De normering van het gehele deelbedrag «kosten van b-dbc's» zou dan onder druk komen te staan, omdat gebruik zou worden gemaakt van oude tarieven die afwijken van de markttarieven in 2009. Volledig risicodragende uitvoering door verzekeraars kan dan niet aan de orde zijn. Daarom heb ik besloten om alleen b-dbc's af te zonderen waarvoor op tijd verwachte marktprijzen 2009 beschikbaar zijn. Het deelbedrag «kosten van b-dbc's» bestaat daarom uit het huidige B-segment. Dit komt neer op ruim 20 procent van de totale ziekenhuiskosten.

Omdat in het model wordt gewerkt met verwachte marktprijzen speelt de overfinanciering van ziekenhuizen geen rol in de normering van het deelbedrag «kosten van b-dbc's». Verder ben ik in de normering van het deelbedrag «kosten van b-dbc's» uitgegaan van een generieke opslag voor de dekking van kapitaallasten van ziekenhuizen in de b-dbc-tarieven in 2009. Ik beseef overigens dat de mogelijkheden voor een zorgverzekeraar om de kapitaallasten van ziekenhuizen te beïnvloeden niet in één jaar maximaal benut kunnen worden.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 49.

De uitkomsten van onderzoek bevestigen dat het deelbedrag goed te normeren is. Ik heb vertrouwen in de (kwaliteit en betrouwbaarheid van de) normering van deze kosten, maar zie beperkingen in de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars om op korte termijn de kapitaallasten te beperken. Dit betekent dat ik het nacalculatiepercentage op dit deelbedrag van 50 procent in 2008 afbouw naar 0 procent in 2010 met één tussenstap naar 15 procent in 2009.

Overige ziekenhuiskosten

Zoals hiervoor al is opgemerkt, bestaan naast het nieuwe deelbedrag «kosten van b-dbc's» de deelbedragen «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging». Voor het eerste deelbedrag geldt in 2008 100 procent nacalculatie. Ook voor 2009 heb ik besloten op dit deelbedrag 100 procent nacalculatie toe te passen. In dit deelbedrag zitten namelijk ziekenhuiskosten die op dit moment niet of nauwelijks door een zorgverzekeraar zijn te beïnvloeden. Voor het tweede deelbedrag verlaag ik de inzet van nacalculatie van 50 procent in 2008 naar 40 procent in 2009. Deze stap is vooral gerechtvaardigd doordat de gegevens waarop de risicoverevening 2009 is gebaseerd, verbeterd zijn ten opzichte van de gegevens die ten grondslag liggen aan de risicoverevening 2008. Ik handhaaf de toepassing van nacalculatie, omdat er nog een aantal onvolkomenheden in de normering zitten.

Tevens heb ik de kosten die vallen onder de risicodragende variabele kosten van ziekenhuisverpleging uitgebreid. In 2009 vindt een technische uitbreiding van het B-segment plaats, de zogenaamde reparaties op vergelijkbare zorg. Tevens vindt een verdere uitbreiding van het B-segment plaats met dbc's voor oogheelkunde, dermatologie en ischemische en aanverwante aandoeningen. Deze nieuwe b-dbc's vallen in de risicoverevening 2009 volledig onder het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging». De belangrijkste reden waarom ik deze b-dbc's niet toevoeg aan het deelbedrag «kosten b-dbc's» is het niet beschikken over verwachte marktprijzen in 2009. In de normering van deze b-dbc's ga ik dus uit van a-dbc-prijzen uit 2006. Ik zet deze b-dbc's in feite in de wachtkamer. Volgend jaar zijn er namelijk wel (verwachte) marktprijzen beschikbaar en zullen deze b-dbc's voor de risicoverevening 2010 vallen onder het volledig risicodragende deelbedrag «kosten b-dbc's».

Bandbreedteregeling

Door de afbouw van de inzet van nacalculatie en het anders toedelen van ziekenhuiskosten over de verschillende deelbedragen stijgen de totale risicodragende kosten van zorgverzekeraars met ongeveer 15 procent van 2008 op 2009. De zorgverzekeraars lopen in 2009 op ruim 60 procent van de ziekenhuiskosten risico. Ik acht de vergroting van de risicodragendheid rechtvaardig en verantwoord, omdat ik vertrouwen heb in de (kwaliteit en betrouwbaarheid van de) risicoverevening voor de kosten van ziekenhuiszorg. Toch pas ik ook in 2009 een bandbreedteregeling toe. De bandbreedteregeling geldt voor zowel het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging» als het deelbedrag «kosten van b-dbc's). De bandbreedte wordt in 2009 wel verruimd met ruim 10 procent naar € 45,00. Dit wil zeggen dat indien een verzekeraar na toepassing van alle compensatie-mechanismen meer dan € 22,50 hogere variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van b-dbc's per verzekerde heeft dan het landelijk gemiddelde, het meerdere voor 90 procent wordt nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij € 22,50 lagere kosten. De kosten waarop de bandbreedteregeling van toepassing is blijven gelijk.

Er is een aantal redenen voor handhaving van een bandbreedteregeling:

1. Een bandbreedteregeling geeft zekerheid over het maximale verlies op ziekenhuiskosten voor een zorgverzekeraar. Hierdoor hoeft een verzekeraar geen rekening te houden met (grote) risico-opslagen in de nominale premie. DNB heeft uit oogpunt van prudentieel toezicht aangegeven voor 2009 voorstander te zijn van een bandbreedteregeling, gezien de huidige onzekere financiële situatie bij zorgverzekeraars vooral als gevolg van de overfinanciering van ziekenhuizen. Ik zal dit najaar met DNB nader overleg voeren over de consequenties van de afbouw van de ex-post compensatiemechanismen op de solvabiliteits-eisen voor de zorgverzekeraars.
2. Door de bandbreedteregeling worden de effecten van onzuiverheden in de risicoverevening gedempt. Zoals eerder is aangegeven, is het risicovereveningsmodel 2009 gebaseerd op gegevens van verzekeraars uit 2006. Begin 2006 is 20 procent van de verzekerden van verzekeraar gewisseld. In 2006 is door de Zorgverzekeringswet het onderscheid ziekenfonds en particulier komen te vervallen (reductie van het risico-dragers in 2006 ten opzichte van 2005). Dit maakt het moeilijk om de kwaliteit van het vereveningsmodel 2009 op verzekeraarsniveau te beoordelen in relatie tot eerdere jaren. Bij grote zorgverzekeraars middelen plussen en minnen zich nu over het algemeen uit. Bij kleinere, veelal regionaal geconcentreerde, zorgverzekeraars is dit nog niet het geval. Onzuiverheden in de risicoverevening zouden hierdoor kleine zorgverzekeraars onevenredig hard kunnen treffen.
3. Met een bandbreedteregeling is het mogelijk om een forse stap te zetten in de afbouw van de inzet van nacalculatie. Hierdoor verwacht ik meer spreiding in de financiële resultaten van zorgverzekeraars binnen de bandbreedte.
4. Binnen de bandbreedte zijn de zorgverzekeraars fors risicodragend, waardoor de prikkel tot doelmatige zorginkoop blijft bestaan. Bedacht moet worden dat het risicovereveningssysteem tot doel heeft zorgverzekeraars een min of meer gelijke uitgangspositie te geven op de zorgverzekeringsmarkt. Dit betekent dat voor elke verzekeraar de ex-ante vereveningsbijdrage plus de eigen inkomsten uit de nominale premie gemiddeld voldoende is om de schade te dekken. Een verzekeraar heeft dus een maximale prikkel tot doelmatig inkopen of organiseren van zorg tot een voordeel van € 22,50 per verzekerde, daarboven wordt het voordeel grotendeels afgeroomd. Vice versa, kan een zorgverzekeraar € 22,50 per verzekerde verlies leiden indien de verzekeraar niet doelmatig genoeg zorg inkoop. Uit berekeningen op gegevens 2006 blijkt dat naar verwachting slechts een enkele verzekeraar wordt afgeroomd. Een zeer beperkt aantal verzekeraars vallen mogelijk aan de onderkant buiten de bandbreedteregeling.

Hogekostencompensatie

Op de kosten van overige prestaties, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van b-dbc's pas ik hogekostencompensatie toe, waarbij zeer hoge kosten, boven een drempelbedrag van € 20 000, bij individuele verzekerden ten laste van een (fictieve) pool kunnen worden gebracht. Boven de drempelwaarde worden de kosten voor 90 procent nagecalculeerd.

Herziening afbouw ex-post compensatiemechanismen

In een brief aan uw Kamer van 16 januari 2007¹ heb ik een tijdpad geschetst voor de afbouw van de bestaande ex-post compensatiemechanismen. In mijn brief aan uw Kamer van 3 juli 2008² over het geneesmiddelen beleid, heb ik aangegeven te willen bezien hoe het risicovereve-

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 689, nr. 129.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 477, nr. 62.

ningssysteem gewijzigd kan worden, zodat (kosten) voordelen die door individuele zorgverzekeraars worden gerealiseerd ook kunnen worden doorgegeven aan hun verzekerden, bijvoorbeeld door lagere nominale premies. In het voorjaar van 2009 zal ik uw Kamer informeren over de stappen die gezet kunnen worden in de afbouw van de ex post compensatiemechanismen. Een van de aandachtspunten daarbij zal zijn dat de individuele zorgverzekeraars de relatieve voordelen van doelmatige zorginkoop en efficiënte uitvoering behouden.

4 Overige aspecten risicoverevening 2009

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

In een brief aan uw Kamer van 24 juli jongstleden¹ heb ik aangegeven dat er in 2009 nog geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel is, omdat ik nog geen beschikking heb over goede gegevens met betrekking tot het zorggebruik in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. In 2009 zal ik daarom de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor 100 procent nacalculeren.

Normering verplicht eigen risico 2009

Met vereveningsmodellen 2009 bepaalt het CVZ de normatieve kosten 2009 per verzekeraar. De vereveningsbijdrage 2009 per verzekeraar wordt vervolgens bepaald door de normatieve kosten te verminderen met de eigen inkomsten van een verzekeraar uit de nominale rekenpremie. Met ingang van 1 januari 2008 wordt bij de bepaling van de vereveningsbijdrage ook rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van de invoering van een verplicht eigen risico. Dit betekent in 2009 dat de kosten onder de € 155 niet meer ten laste van de verzekeraars komen (exclusief huisarts, verloskunde, kraamzorg en de tot en met 21 jaar uitgebreide jeugd tandheelkunde, maar inclusief kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg). Voor verzekeraars met veel ouderen/ongezonden verschuiven daardoor meer kosten naar hun verzekerden dan voor verzekeraars met een jonge/gezonde portefeuille. Om hiervoor te corrigeren gebruik ik een normatief model ter verevening van de kosten onder de € 155. Ik hanteer daarbij hetzelfde model dat gebruikt is in de risicoverevening van 2008. De eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico van € 155 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, die géén FKG hebben, worden genormeerd op basis van het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio. Voor verzekerden met een FKG ga ik uit van een maximale eigen betaling door verzekerden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 25 424, nr. 73.