

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 473

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 september 2013

Met deze brief informeer ik u over de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2014. 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 de regering uw Kamer te informeren over de voorgenomen stappen in de afbouw van de ex post compensaties. Over de wijzigingen in de ex ante vereveningsmodellen heb ik uw Kamer op 14 juni 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 450) geïnformeerd.

In het verslag van het schriftelijk overleg van 28 juni 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 464) heb ik nogmaals toegezegd uw Kamer jaarlijks twee brieven te sturen over risicoverevening. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de kwaliteit en de statistische maatstaven van het ex ante vereveningsmodel en over de inzet van de ex post compensaties 2014. De vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2014 dient volgens de Zorgverzekeringswet vóór 1 oktober vast te liggen in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering.

In deze brief zal ik eerst aandacht besteden aan de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel 2014 voor de somatische zorg en het effect van de inzet van ex post compensaties 2014 voor deze zorg. Vervolgens besteed ik aandacht aan de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 en de voorgenomen ex post compensaties voor deze zorg. Tenslotte zal ik aangeven welk effect het voorgenomen vereveningssysteem 2014 heeft op kleine zorgverzekeraars en besteed ik aandacht aan de uitwerking van de motie Bruins Slot (Kamerstuk 29 689, nr. 461).

Vereveningsmodel somatische zorg

Kwaliteit gegevens somatische zorg

Het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg is gebaseerd op kostengegevens over 2011 en verzekerdendenkenmerken over 2010 en 2011.

De kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2014. De invoering van prestatiebekostiging in 2012, en bijbehorende simulatie van de schadelast, levert enige onzekerheid op 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 2014 op te baseren.

Kwaliteit ex ante vereveningsmodel 2014

Het model voor de somatische zorg wordt ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 uitgebreid met een vereveningscriterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik, de zogenaamde hulpmiddelenkostengroepen. Bij het criterium gebaseerd op geneesmiddelengebruik vervalt de klasse groeihormonen. Het criterium Aard van het Inkomen wordt uitgebreid met een klasse studenten.

De verklaringskracht van het ex ante vereveningsmodel voor 2014 is licht verbeterd¹ ten opzichte van 2013. Ook worden de kosten van een aantal specifieke groepen, zoals bijvoorbeeld studenten en bepaalde chronische patiënten, beter gecompenseerd. Dit komt doordat in het ex ante vereveningsmodel vanaf 2014 expliciet rekening wordt gehouden met studenten en met het gebruik van bepaalde hulpmiddelen. Ik deel de conclusies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening² dat het vereveningsmodel somatische zorg kwalitatief goed, stabiel en robuust is.

Voorgenomen inzet ex post compensaties 2014

De bandbreedteregeling is de enige ex post compensatie die nog resteert voor de somatische zorg. Zoals ik in mijn brief van 14 juni over het risicovereveningsmodel 2014 heb aangegeven zal in 2014 een bandbreedte van 80 euro gelden waarbuiten het resultaat voor 90 procent wordt nagecalculeerd.

Vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Kwaliteit basisgegevens geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op kostengegevens 2011 van verzekeraars en verzekerdenkenmerken over 2009, 2010 en 2011.

Een belangrijke beleidsmaatregel in 2014 is de invoering van Generalistische Basis geestelijke gezondheidszorg. Op basis van door de Nederlandse Zorgautoriteit ontwikkelde beleidsregels en tarieven voor de Generalistische Basis geestelijke gezondheidszorg is een conversietabel opgesteld waarmee de schadelast, op niveau van individuele verzekerden, zo goed mogelijk geconverteerd is naar het verwachte schadebeeld in 2014.

Net als in eerdere jaren heb ik besloten om de kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar volledig na te calculeren. Deze kosten zijn in 2014 onderdeel van het deelbedrag vaste zorgkosten.

¹ Op individuniveau bedraagt de R-kwadraat 24,5 procent, dit is even hoog als de R-kwadraat voor model 2013. De R-kwadraat op verzekeraarsniveau stijgt met 2 procentpunt naar 98,3 en de gewogen gemiddelde absolute afwijking van het resultaat na verevening neemt met 1,6 euro af naar 20,8 euro.

² De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening; aan de WOR nemen o.a. deskundigen van verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel.

De introductie van Generalistische Basis geestelijke gezondheidszorg, en bijbehorende simulatie van de schadelast, leveren enige onzekerheid met betrekking tot de representativiteit van de gegevens voor de betreffende vereveningsmodellen.

Ik ben van mening dat, met inachtneming van de onzekerheden, de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 op te baseren.

Kwaliteit ex ante vereveningsmodel 2014

Het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt uitgebreid met een criterium dat gebaseerd is op diagnose informatie uit psychische dbc's (DKG's psychische aandoeningen). Het criterium kosten boven de hoge drempel komt te vervallen. Ook in het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt een klasse studenten aan het criterium Avl toegevoegd.

De introductie van het criterium diagnosekostengroepen psychische aandoeningen heeft ook effect op de gewichten van het criterium farmaciekostengroepen psychische aandoeningen. Deze veranderingen worden veroorzaakt doordat een deel van de verzekerden met een farmaciekostengroep psychische aandoeningen (dit zijn verzekerden die extramurale geneesmiddelen gebruiken) ook in een psychische diagnosekostengroep wordt ingedeeld. Dit effect is met name zichtbaar bij de gewichten van de farmaciekostengroepen psychose, psychose depot, bipolair complex en verslaving. Deze gewichten worden lager doordat verzekeraars voor een deel van de verzekerden met dit geneesmiddelengebruik ook een bijdrage ontvangen omdat deze verzekerden ook in een diagnosekostengroep psychische aandoeningen worden ingedeeld. De verevenende werking van vereveningsmodel 2014 is verbeterd³ ten opzichte van 2013. Ook worden de kosten van een aantal specifieke groepen, zoals bijvoorbeeld studenten en bepaalde chronische patiënten, beter gecompenseerd. Dit komt doordat in het ex ante vereveningsmodel vanaf 2014 expliciet rekening gehouden wordt met studenten en met diagnose informatie uit psychische dbc's.

Mede op basis van de bevindingen uit de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening constateer ik dat de kwaliteit van het vereveningsmodel 2014 is verbeterd ten opzichte van het vereveningsmodel 2013.

Voorgenomen inzet ex post compensaties 2014

Op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zal ik in 2014 nog steeds hogekostencompensatie toepassen. Door de invoering van psychische diagnosekostengroepen in het ex ante vereveningsmodel, worden hoge kosten wel beter gecompenseerd. Dit maakt het mogelijk de drempelwaarde voor hogekostencompensatie naar 25 duizend euro te verhogen. Ook in 2014 zal ik 90 procent nacalculatie toepassen 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.

De onderzoeksuitkomsten laten zien dat de kwaliteit van het vereveningsmodel verbetert⁴ na toepassing van de hogekostencompensatie.

³ De R-kwadraat op individuniveau stijgt met ruim 4 procentpunt naar 14,7 procent. Op verzekeraarsniveau stijgt de R-kwadraat met 0,6 procentpunt naar 97,9 en neemt de gewogen gemiddelde absolute afwijking van het resultaat na verevening af met 0,3 euro naar 5,4 euro.

⁴ De R-kwadraat op individuniveau stijgt naar bijna 24 procent. Op verzekeraarsniveau neemt gewogen gemiddelde absolute afwijking van het resultaat na verevening af naar 3,2 euro

Ook voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt een bandbreedteregeling ingezet. Het is een 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 geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gebaseerd is, verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Daarom ben ik voornemens de bandbreedteregeling in 2014 te verruimen naar een bandbreedte van 25 euro per verzekerde. Bij een bandbreedte van 25 euro maakt, naar verwachting, nog één zorgverzekeraar gebruik van de bandbreedteregeling.

Overige aspecten

Inschatting effecten risicoverevening 2014 kleine verzekeraars

Zoals aangegeven zal ik concreet in gaan op de werking van het vereveningsmodel somatische zorg voor de kleine zorgverzekeraars (risicodragers met minder dan 150.000 verzekerden). Bijna 4 procent van de verzekerden is verzekerd bij een kleine zorgverzekeraar.

Ik moet terughoudend zijn met het verstrekken van resultaten van individuele verzekeraars, dit betreft immers bedrijfsgevoelige informatie, in de onderstaande analyse worden daarom de resultaten van de groep kleine verzekeraars beschreven. Alle berekeningen zijn gebaseerd op de onderzoeksuitkomsten naar het risicovereveningsmodel 2014. In de berekeningen zijn de resultaten van één kleine verzekeraar met een afwijkend verzekerden- en kostenprofiel niet meegenomen.

Na de toepassing van het ex ante vereveningsmodel 2014 ontstaat voor alle kleine verzekeraars als groep een positief resultaat van gemiddeld ongeveer 7 euro per verzekerde. Dit is opgebouwd uit een positief resultaat voor somatische zorg van ongeveer 6,25 euro en een positief resultaat op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van ongeveer 0,75 euro. Na toepassing van de ex post compensaties 2014 behalen de kleine zorgverzekeraars een nog iets groter positief resultaat van gemiddeld 9,25 euro per verzekerde. Het resultaat na ex post compensaties voor somatische kosten stijgt met ongeveer 1,75 euro per verzekerde, voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg neemt het resultaat met 0,50 euro af. Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg resteert na toepassing van ex post compensaties een klein positief resultaat van ongeveer 0,25 euro per verzekerde.

Op basis van deze onderzoeksuitkomsten heb ik geen aanwijzingen dat de risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars.

Voortgang transparantie premies zorgverzekeraars

Met de motie Bruins Slot (Kamerstuk 29 689, nr. 461), vraagt uw Kamer mij om te komen met een uniform kader voor de wijze waarop zorgverzekeraars inzicht gaan bieden in de besteding van het behaalde rendement.

Zorgverzekeraars zijn onder bestaande wet- en regelgeving reeds verplicht om financiële informatie aan te leveren aan de Kamer van Koophandel en De Nederlandsche Bank. Deze informatie is grotendeels openbaar en bevat ook enkele bepalingen rondom de bestemming van rendementen. In dit licht kan gesteld worden dat zorgverzekeraars al een invulling geven aan een formele verantwoording aan de hand van een uniform kader. Het betreft de (financiële) verantwoording door zorgverzekeraars na afsluiting van het boekjaar.

Mijn inziens valt de «winst» dan ook vooral te behalen in de wijze waarop, bij de vaststelling van de premie 2014, door zorgverzekeraars wordt gecommuniceerd met verzekerden over financiële cijfers en dan in het

bijzonder over de inzet van in het verleden behaalde rendementen. Dit zal moeten gebeuren in begrijpelijke taal en/of figuren. Zorgverzekeraars hebben toegezegd dat zij hun websites en andere communicatiekanalen hiervoor zullen gaan inzetten, hetgeen voor het eerst tot uiting moet komen bij de publicatie van de premies van 2014. Het is hun verantwoordelijkheid om de precieze vormgeving van deze informatievoorziening te bepalen. Het is niet mogelijk om regels te stellen aan de wijze waarop zorgverzekeraars met hun verzekerden communiceren. Vanuit Europees-rechtelijk perspectief is het niet mogelijk om private marktpartijen te dwingen hun prijs- of premieopbouw voor een nog komend jaar te openbaren. Hierdoor is de motie niet uitvoerbaar.

Tot slot wil ik benadrukken dat het uniform voorschrijven naar mijn overtuiging ook niet bij ons stelsel past, waarbij zorgverzekeraars met elkaar concurreren. Juist deze concurrentie is dé prikkel voor zorgverzekeraars dat zij de aan hen toevertrouwde middelen op een maatschappelijk verantwoorde wijze besteden en dat zij hierover transparant zijn.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft op mijn verzoek toegezegd dat verzekeraars hun premieopbouw transparant met verzekerden zullen communiceren. Ik zal de publicatie van de premies en de daarbij geboden transparantie monitoren en zal uw Kamer nadien hierover informeren. Zorgverzekeraars moeten uiterlijk 19 november hun premies bekend hebben gemaakt.

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