

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 510

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 april 2014

In het rapport «Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening – Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?» van de Erasmus Universiteit Rotterdam, dat op 26 maart jl. in Den Haag is gepresenteerd op het 14^e Clingendael European Health Forum, is nagegaan in hoeverre aan cruciale randvoorwaarden voor het welslagen van gereguleerde concurrentie is voldaan, en op welke terreinen nog ruimte voor verbetering wordt gezien. Tevens is onderzocht of het huidige risicovereveningssysteem adequate prikkels aan verzekeraars biedt voor het inkopen van kwalitatief goede zorg voor alle verzekeraars. De analyse richt zich op de somatische curatieve zorg; de ggz is buiten beschouwing gelaten.

De conclusie van het rapport is dat ten aanzien van de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden sinds 2006 flinke vooruitgang is geboekt. Ook ten opzichte van de evaluatie van de Zorgverzekeringswet in 2009 is in dit opzicht substantiële progressie geboekt. Diverse aanbevelingen van deze evaluatie zijn inmiddels geïmplementeerd. De onderzoekers stellen dat ondanks de nog bestaande knelpunten de progressie in het realiseren van de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie stemt tot optimisme over de vooruitzichten voor het ordeningsmodel. Bovendien, stellen de onderzoekers, is er ook geen realistisch alternatief. Een terugkeer naar een zorgstelsel met vergaande aanbod- en prijsregulering is gelet op de negatieve ervaringen daarmee niet aantrekkelijk. Landen met een grotendeels door de staat georganiseerde gezondheidszorg zijn al jaren bezig om een «interne markt» te organiseren om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Consistent verder bouwen aan een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie lijkt dus volgens de onderzoekers de beste optie voor het zo goed mogelijk realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

De onderzoekers benoemen een tiental randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan zodat gereguleerde concurrentie tot kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg leidt. In het onderzoek is nagegaan in hoeverre voor de somatische curatieve zorg thans aan deze randvoor-

waarden is voldaan. Hieruit blijkt dat er ondanks de vooruitgang nog enkele randvoorwaarden zijn die in 2014 volgens de onderzoekers onvoldoende scores. Tot slot gaan onderzoekers in op de per 2015 over te hevelen zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw en de vraag of hierbij aan de randvoorwaarden kan worden voldaan.

Met deze brief voldoe ik aan het verzoek van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een reactie van het kabinet op het rapport te geven. Tevens heeft mevrouw Keijzer (CDA) in het ordedebat van 26 maart jl. gevraagd om een reactie op het rapport. Hieronder zal ik achtereenvolgens ingaan op de randvoorwaarden waar de onderzoekers nog ruimte zien voor verbetering.

Risicoverevening

De meest cruciale randvoorwaarde, zoals genoemd in het rapport, betreft het systeem van risicoverevening. Deze randvoorwaarde behelst dan ook een groot deel van het rapport. Op basis van het onderzoek wordt geconcludeerd dat het systeem goed werkt maar dat verzekeraars voor bepaalde groepen van hoog-risicoverzekerden nog worden ondergecompenseerd en voor bepaalde groepen van laag-risicoverzekerden worden overgecompenseerd. Dit zou volgens de onderzoekers kunnen leiden tot risicoselectie door zorgverzekeraars en zou de prikkel om te investeren in de kwaliteit van zorg verstoren.

Elk jaar laat ik een onderzoeksprogramma uitvoeren naar mogelijke verbeteringen van de ex ante vereveningsmodellen. Op die manier zorg ik ervoor dat de zorgverzekeraars adequaat worden gecompenseerd voor kostenverschillen die voortvloeien uit gezondheidsverschillen tussen de verschillende portefeuilles. Hierdoor wordt het gelijke speelveld voor verzekeraars steeds beter geborgd en worden prikkels tot risicoselectie verkleind of weggenomen. Door dergelijk onderzoek was het bijvoorbeeld mogelijk om de vereveningsmodellen voor het jaar 2014 te verbeteren door het invoeren van een indicator gebaseerd op hulpmiddelengebruik en de klasse studenten toe te voegen aan het criterium aard van inkomen. Door de invoering van deze criteria is de prikkel tot risicoselectie afgenomen omdat studenten en verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik beter gecompenseerd worden. Zoals gebruikelijk zal ik uw Kamer in juni van dit jaar informeren over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor vereveningsjaar 2015. De suggesties van de onderzoekers voor mogelijke nieuwe criteria zal ik meenemen als input in de besluitvorming rond de verdere verbetering van de risicovereveningsmodellen. Overigens geeft ook de NZa aan dat er weliswaar voor bepaalde groepen verzekerden prikkels voor risicoselectie zijn, maar er geen risicoselectie plaatsvindt.

Naast de voorgestelde oplossing om het risicovereveningssysteem te verbeteren – waar zoals gezegd continu aan wordt gewerkt en het systeem jaarlijks aantoonbaar is verbeterd – worden nog drie mogelijke oplossingen voor het voorkomen van risicoselectie gegeven in het rapport.

Ten eerste het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie. Ik ben van mening dat het risicovereveningssysteem goed genoeg werkt om het verbod op premiedifferentiatie vooralsnog te handhaven. Het verbod op premiedifferentiatie vind ik van belang om alle ingezetenen van Nederland één wettelijk verzekeringsregime te kunnen bieden dat toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen: iedereen heeft toegang tot een zorgverzekering met een voor iedereen gelijk verzekerd pakket, gegarandeerd door de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Uit oogpunt van solidariteit hoort hier min of meer dezelfde premie, ongeacht

ziekterisico, leeftijd of inkomen bij. De premie varieert op basis van het gekozen vrijwillig eigen risico. Hoe hoger het eigen risico dat wordt gekozen, hoe lager de premie (in 2014 worden bij een maximaal vrijwillig eigen risico van 500 euro kortingen van tussen de 150 en 300 euro op jaarbasis gegeven).

Ten tweede wordt het verhogen van de ex post kostencompensaties genoemd als mogelijke oplossing voor risicoselectie. Het Kabinetsbeleid is er echter juist op gericht om het systeem van correcties achteraf op het risicovereveningsmodel (de zogenaamde ex post compensaties) af te bouwen, om verzekeraars maximaal aan te zetten tot doelmatige zorginkoop. In dat kader is op 2 oktober 2013 uitvoering gegeven aan de afspraken in het regeerakkoord door in het Besluit zorgverzekering (Kamerstuk 29 477 nr. 384) vast te leggen dat de Zvw in 2017 volledig risicodragend zal zijn. Ik ben me er van bewust dat waakzaamheid ten aanzien van risicoselectie en continue aandacht voor verbetering van het vereveningssysteem, essentieel zijn.

Tot slot dragen de onderzoekers aan om via de risicoverevening verzekeren die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden worden aangemerkt over te betalen (over te compenseren). Echter, plaatsen de onderzoekers zelf in hun rapportage «Risicoverevening 2014 voor somatische zorg, Analyse van uitkomsten op subgroepniveau» hierbij belangrijke kanttekeningen. Zoals aangegeven in het debat over risicoselectie op 17 april jl., heb ik onderzoek uitgezet naar de (juridische) mogelijkheden en consequenties van het voorstel van de onderzoekers en zal ik de Kamer in september over de uitkomsten informeren.

Onderzoekers geven aan dat de aandacht van zorgverzekeraars om de kwaliteit van zorg te betrekken in hun zorginkoop onder druk staat. Ik constateer echter een steeds grotere rol voor de kwaliteit van zorg bij de zorginkoop van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars maken in toenemende mate afspraken over de kwaliteit van de zorg met zorgaanbieders.

Effectief mededingingsbeleid

Een tweede knelpunt dat in het rapport wordt genoemd, wordt gezien in de randvoorwaarde van een effectief mededingingsbeleid, waar vooral op het terrein van fusietoetsing zorgen worden geuit. De onderzoekers stellen in hun rapport dat in beperkte mate aan de randvoorwaarde voor effectief mededingingstoezicht is voldaan. Dit voorjaar heb ik samen met de Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit een ronde gemaakt door Nederland om te spreken over fusies en samenwerking in relatie tot de mededingingsregels. Uw Kamer heb ik reeds toegezegd u hierover voor de zomer van 2014 nader te informeren. Ik zal in mijn brief ook ingaan op de door de onderzoekers genoemde tendens naar fusies.

Kwaliteit

Ten derde wordt op het terrein van kwaliteit een aantal subonderwerpen genoemd, zoals de gebrekkige transparantie van kwaliteit van zorg en gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders. In het rapport wordt terecht gesteld dat het Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol zal gaan spelen in het bevorderen van (kwaliteits)transparantie. In het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 26 maart jl. heb ik daarnaast toegezegd dat ik voor de zomer zal ingaan op de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die in het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg is afgesproken en waar het bevorderen van transparantie een belangrijk onderdeel van zal uitmaken.

Ontwikkelingen eerstelijnszorg

Waar het rapport ingaat op de huisartsenzorg en multidisciplinaire (keten) zorg is een aantal van de benoemde knelpunten in het algemeen bekend. Het aanpakken van deze knelpunten tegen de achtergrond van de bredere ontwikkelingen binnen de eerste lijn in de komende jaren, vormt de basis voor het nieuwe bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dat per 2015 wordt ingevoerd. Uw kamer ontvangt daarover binnenkort een brief. In mijn brieven van 4 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 255) en 20 maart jl. (Kamerstuk 32 620, nr. 113) ben ik ingegaan op het onderwerp uitkomstbekostiging.

Overhevelingen van AWBZ naar Zvw

Als laatste gaan de onderzoekers in op de over te hevelen zorg en de vraag of hierbij aan de randvoorwaarden kan worden voldaan. In reactie hierop kan ik aangeven dat over de transitie hervorming langdurige zorg 28 maart jl. een brief naar uw Kamer is gestuurd (Kamerstuk 30 597, nr. 428). Bij de overhevelingen gaat mijn volle aandacht uit naar een ordentelijke implementatie en houd ik de randvoorwaarden samen met alle partijen in het veld nauw in de gaten.

Zoals reeds aangegeven, wordt in het rapport het systeem van risico-verevening als de meest cruciale randvoorwaarde genoemd. Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar Zvw over te hevelen zorg geldt dat de kwaliteit van het ex ante systeem leidend zal zijn bij het tempo van het afbouwen van ex post compensaties en voor verpleging en verzorging naar volledige risicodragendheid per 2017 wordt gestreefd. De precieze invulling van de ex post compensaties in 2015 en 2016 zal zoals gebruikelijk in september 2014 respectievelijk 2015 worden bepaald.

Afsluitend, ben ik als stelselverantwoordelijke verheugd te vernemen dat de onderzoekers van iBMG positief zijn over de progressie in het systeem. Dit bevestigt dat in het verleden de juiste keuzes zijn gemaakt en dat op de ingeslagen weg moet worden voortgegaan.

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