

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 276

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 oktober 2009

1 Inleiding

Met deze brief informeer ik u over de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2010. Ook maak ik in deze brief mijn afwegingen inzichtelijk bij de vaststelling van de inzet van ex post compensatiemechanismen in 2010. De vormgeving van het gehele risicovereveningssysteem 2010 leg ik begin oktober vast in een aanpassing van de Regeling zorgverzekering en in beleidsregels van het CVZ (College voor Zorgverzekeringen). De planning voorziet voorts in een bekendmaking van de vereveningsbijdrage 2010 door het CVZ aan individuele zorgverzekeraars voor 15 oktober aanstaande.

2 Ex ante vereveningsmodel

De gegevens, die als basis voor het risicovereveningsmodel somatische zorg 2010 gebruikt zijn, zijn afkomstig uit één uniform registratiesysteem en zijn representatief gemaakt voor het jaar 2010 waarop de risicoverevening betrekking heeft. Mede door een aantal kleine wijzigingen aan het vereveningsmodel voor de somatische zorg is de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de somatische zorg ten opzichte van het vereveningsmodel 2009 toegenomen.

In het afgelopen jaar zijn de gegevens met betrekking tot het zorggebruik van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen verbeterd. Hierdoor is het mogelijk geweest om ook voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen voor 2010 een ex ante risicovereveningsmodel te ontwikkelen.

De vormgeving van zowel het vereveningsmodel voor de somatische zorg als van het vereveningsmodel van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in lijn met het advies van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR)¹. De WOR bevestigt mijn vertrouwen in de basisgege-

¹ De Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening, in de WOR nemen deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel.

vens die bij de ontwikkeling van deze modellen gebruikt zijn. In het bestuurlijk overleg van 8 september jl. is gebleken dat de voorgestelde vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg en voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op de instemming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) kunnen rekenen.

In Bijlagen 1 en 2 bij deze brief vindt u de technische achtergronden bij de gegevens die bij de ontwikkeling van de vereveningsmodellen gebruikt zijn, en een beschrijving van de ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

3 Ex post compensatiemechanismen

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 – kan gaan 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 tussen zorgverzekeraars te genereren.

De kwaliteit van zowel het vereveningsmodel van de somatische zorg als het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is goed (zie voor een nadere toelichting Bijlagen 1 en 2). Voor beide modellen geldt echter dat er nog een paar verbeteringen mogelijk zijn (zie ook paragraaf 4 onderzoeksprogramma 2010). Ook is de beïnvloedbaarheid van de kosten door verzekeraars nog niet voor alle aanspraken optimaal. Met inachtneming van deze onvolkomenheden heb ik de ex post compensatiemechanismen vastgesteld.

3.1 Ex post compensatiemechanismen somatische zorg

Kosten van b-dbc's

De prestaties die onder het deelbedrag «kosten van b-dbc's» vallen zijn over het algemeen planbaar van aard, ook zijn deze prestaties veelal niet chronisch. Hierdoor zijn de kosten die onder het deelbedrag «kosten van b-dbc's» vallen minder goed te voorspellen. Dat komt naar voren in het onderzoek, maar ook verzekeraars hebben hiermee te maken.

Uit het onderzoek blijkt dat het deelbedrag te normeren is, maar ook dat de voorspelkracht¹ lager is dan die voor bijvoorbeeld het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuisverpleging». Omdat de onzekerheid die voortvloeit uit deze lagere voorspelbaarheid voor alle zorgverzekeraars gelijk is, blijft het gelijke speelveld tussen verzekeraars in stand. Daarnaast kan bedacht worden dat verzekeraars hierdoor ook geen extra prikkel ervaren tot risicoselectie, ook zij kunnen immers niet voorspellen welke verzekerden deze zorg het komende jaar zullen moeten gebruiken.

Tegen deze achtergrond bezien heb ik vertrouwen in de (kwaliteit en betrouwbaarheid van de) normering van deze kosten. En kan ik, zoals ik u in mijn brief over het risicovereveningssysteem 2009 heb aangekondigd, het nacalculatiepercentage op dit deelbedrag in 2010 afbouwen naar 0 procent. Hiermee wordt de risicodragendheid tussen eerstelijnszorg en b-dbc's exact gelijk en zijn de belemmeringen voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn vanuit de risicoverevening weggenomen.

¹ Zie ook bijlage 1.

Overige ziekenhuiskosten

Naast het deelbedrag «kosten van b-dbc's» bestaan de deelbedragen «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging». Voor het eerste deelbedrag geldt in 2009 100 procent nacalculatie. Ook voor 2010 heb ik besloten op dit deelbedrag 100 procent nacalculatie toe te passen. Overweging hierbij is dat in dit deelbedrag namelijk ziekenhuiskosten zitten die niet of nauwelijks door een zorgverzekeraar zijn te beïnvloeden.

Voor het tweede deelbedrag verlaag ik de inzet van nacalculatie van 40 procent in 2009 naar 30 procent in 2010. Deze stap is vooral gerechtvaardigd doordat de gegevens waarop de risicoverevening 2010 is gebaseerd, verbeterd zijn ten opzichte van de gegevens die ten grondslag liggen aan de risicoverevening 2009. Verdere afbouw acht ik nu nog niet mogelijk omdat de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de ziekenhuis-kosten niet voldoende zijn. Zo is er in het A-segment bijvoorbeeld nog sprake van vaste (niet onderhandelbare) tarieven.

Hogekostencompensatie

Sinds 2008 is het drempelbedrag voor de hogekostencompensatie niet verhoogd. Om een gelijkblijvende werking van de hogekostenverevening te bewerkstelligen zal de drempelwaarde mee moeten stijgen met de zorgkosten. Daarom heb ik besloten om de drempelwaarde in 2010 te verhogen van 20 000 naar 22 500 euro.

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 het drempelbedrag, bij individuele verzekeren ten laste van een (fictieve) pool kunnen worden gebracht. Boven de drempelwaarde worden de kosten voor 90 procent nagecalculeerd.

Bandbreedteregeling

Ook in 2010 pas ik een bandbreedteregeling toe. De vormgeving van de bandbreedteregeling is gelijk aan die van 2009. Dit wil zeggen dat indien van een verzekeraar het gemiddelde resultaat per premieplichtige voor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van b-dbc's, na toepassing van alle compensatiemechanismen, meer dan 22,50 euro bedraagt, het meerdere voor 90 procent wordt nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij een tekort op het resultaat van meer dan 22,50 euro.

Binnen de bandbreedte zijn de zorgverzekeraars risicodragend, waardoor er een prikkel tot doelmatige zorginkoop is. 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 en de uitvoeringskosten te dekken. Een verzekeraar heeft dus een maximale prikkel tot doelmatig inkopen of organiseren van zorg tot een voordeel van 22,50 euro per verzekerde, daarboven wordt het voordeel groten-deels afgeroomd. Vice versa, kan een zorgverzekeraar 22,50 euro per verzekerde verlies leiden indien de verzekeraar niet doelmatig genoeg zorg inkoopt. Uit berekeningen op gegevens 2007, representatief gemaakt voor 2010, blijkt dat enkele verzekeraars zullen worden afgeroomd. Ook zal een aantal verzekeraars aan de onderkant buiten de bandbreedteregeling vallen. Per saldo verwacht ik dat het beroep op het zorgverzekeringsfonds uit hoofde van de bandbreedteregeling nihil zal zijn.

Resultaat

Door de afbouw van de inzet van nacalculatie en het anders toedelen van ziekenhuiskosten over de verschillende deelbedragen stijgt de totale risicodragendheid¹ van zorgverzekeraars voor de somatische zorg met ongeveer 12 procent van 2009 op 2010. De zorgverzekeraars lopen in 2010 op ruim 80 procent van deze kosten risico. Ik acht de vergroting van de risicodragendheid rechtvaardig en verantwoord, omdat ik vertrouwen heb in de (kwaliteit en betrouwbaarheid van de) risicovereeniging voor de kosten van ziekenhuiszorg.

3.2 Ex post compensatiemechanismen geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Bij de bepaling van de inzet van ex post compensatiemechanismen voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heb ik de beschikbaarheid van gegevens, de beïnvloedbaarheid van de kosten door verzekeraars en de mate van onzekerheid voor verzekeraars meegewogen.

Verzekerden jonger dan 18 jaar.

Doordat de onderzoeksgegevens, die gebruikt zijn bij het ontwikkelen van een ex ante risicovereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor de verzekerden jonger dan 18 jaar van onvoldoende kwaliteit zijn, was het niet mogelijk een ex ante risicovereveningsmodel te ontwikkelen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Daarom heb ik besloten tot volledige nacalculatie van de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Verzekeraars lopen op dit deelbedrag dus geen financieel risico.

Hogekostencompensatie

Op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg pas ik hogekostencompensatie toe, daarbij hanteer ik een drempelwaarde van 10 000 euro. Aangezien zeer hoge kosten in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over het algemeen gerealiseerd worden in een klinische setting en de beïnvloedbaarheid van deze kosten voor verzekeraars gering is, zal ik 100 procent nacalculatie toepassen op het deel van de kosten boven de drempelwaarde.

Bandbreedteregeling en nacalculatie

Omdat verzekeraars in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg nog met onzekerheden geconfronteerd worden – zo kan bijvoorbeeld de invoering van de dbc-bekostiging niet in het vereveningsmodel gesimuleerd worden – heb ik besloten tot de inzet van een bandbreedteregeling met een bandbreedte van 15 euro. Ook hebben verzekeraars nog niet overal voldoende mogelijkheden tot beïnvloeding van de kosten. In de ambulante geneeskundige geestelijke gezondheidszorg acht ik de beïnvloedingsmogelijkheden voldoende, maar in de klinische geestelijke gezondheidszorg zijn de mogelijkheden onvoldoende. Daarom worden de kosten buiten de bandbreedte voor 100 procent nagecalculeerd.

¹ 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 hogekostencompensatie en bandbreedteregeling.

4 Overige aspecten

Solvabiliteit

De wijzigingen in het vereveningsmodel en de daarbij behorende toename van de risicodragendheid van zorgverzekeraars is voor de Neder-

landsche Bank (DNB) aanleiding geweest om de minister van Financiën te adviseren om voor het jaar 2010 de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars te verhogen van 8 procent naar 9 procent van de totale schade-uitkeringen. De Minister van Financiën neemt dit advies over en zal daarvoor een ministeriële regeling onder de Wet financieel toezicht aanpassen.

Onderzoeksprogramma 2010

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 2010 vast. Belangrijke aandachtspunten voor het somatische model zijn de schadelastverschuivingen ten gevolge van de invoering van de nieuwe dbc-systematiek (DOT), de gevolgen van de invoering van de nieuwe dbc-systematiek voor de vormgeving van DKG's, het verloop in de tijd van de balansposten op basis waarvan kosten worden gecorrigeerd voor uitloopschade en hogericoverevening en meerjarige hoge- en lage schade als vereveningscriterium. Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zie ik de volgende aandachtspunten: verdere verbetering van de kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksgegevens met name op het terrein van de geleverde zorg door vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten; onderzoek naar ggz specifieke morbiditeitskenmerken; onderzoek naar de schadelastverschuiving die ontstaat als gevolg van de invoering van dbc's en onderzoek naar regionale factoren die van belang zijn bij het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Normering verplicht eigen risico 2010

In 2010 wordt het verplicht eigen risico verhoogd naar 165 euro voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij de normering van het eigen risico hanteer ik hetzelfde model als in de risicoverevening van 2009. De eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico van 165 euro 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.

Houdbaarheid

Bovengenoemde stappen in de afbouw van ex post compensatiemechanismen passen in het Kabinetsbeleid van het vergroten van de risicodragende uitvoering van de zorgverzekering door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars lopen in 2010 risico over 88% van de kosten, alleen op de deelprestaties vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar lopen zorgverzekeraars geen risico. Zorgverzekeraars worden maximaal geprikkeld om doelmatig zorg in te kopen. Het vergroten van de financiële prikkel voor zorgverzekeraars om de zorg betaalbaar te houden is een belangrijk onderdeel van het houdbaarheidspakket van dit Kabinet. Op dit moment zoek ik uit welke mogelijkheden er zijn om de komende jaren verdere stappen in de afbouw van de ex post compensatiemechanismen te zetten.

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

Basisgegevens

Het risicovereveningssysteem 2010 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 2007. De kostengegevens over 2007 zijn afkomstig uit één, uniform registratiesysteem. Gevolg is dat kosten nu goed vergelijkbaar zijn tussen verzekeren en verzekeraars. Ook de DKG's en FKG's kunnen voor 2010 – in tegenstelling tot 2009 – gebaseerd worden op farmacie- respectievelijk dbc-gegevens uit het nieuwe stelsel met één uniforme basisverzekering met hetzelfde verzekerde pakket voor iedereen.

Om de basisgegevens 2007 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2010 zijn twee belangrijke bewerkingen uitgevoerd onder begeleiding van de WOR¹. Ten eerste zijn de kosten van ziekenhuiszorg zoveel mogelijk gecorrigeerd voor de zogeheten overfinanciering van ziekenhuizen in 2007. Hiertoe zijn alle dbc-tarieven vervangen door voor overfinanciering gecorrigeerde tarieven. Ten tweede zijn voor de b-dbc's, die in 2008 en 2009 nieuw zijn geïntroduceerd, de oude a-dbc-tarieven vervangen door de marktтарieven zoals de NZa die verwacht.

In 2009 is besloten om in de risicoverevening de ziekenhuiskosten uit te splitsen in drie categorieën (zogenoemde deelbedragen), naast de al bestaande deelbedragen «vaste ziekenhuiskosten» en «variabele ziekenhuiskosten» werd een deelbedrag «kosten van b-dbc's» geïntroduceerd.

In 2010 zijn de verwachte marktprijzen voor alle b-dbc's beschikbaar, dus ook voor de in 2009 overgehevelde dbc's. Daardoor is het deelbedrag «kosten van b-dbc's» in 2010 uitgebreid met de in 2009 overgehevelde b-dbc's. Omdat in het vereveningsmodel voor het deelbedrag «kosten van b-dbc's» wordt gewerkt met verwachte marktprijzen speelt de overfinanciering van ziekenhuizen geen rol in de normering. Verder is in de normering van dit deelbedrag uitgegaan een specifieke opslag voor de dekking van kapitaallasten van ziekenhuizen in de b-dbc-tarieven in 2010.

Ten opzichte van 2009 groeit het deelbedrag «kosten van b-dbc's» in 2010 met 45 procent (van 23 procent naar 33 procent) en daalt het deelbedrag «variabele ziekenhuiskosten» met 5 procent.

De basisgegevens zijn, beter dan voorgaande jaren, representatief gemaakt voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft, in dit geval 2010.

Ex ante vereveningsmodel 2010

De vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel is in lijn met het advies van de WOR. De WOR geeft aan dat volledigheid en kwaliteit van de gegevens 2007 verbeterd zijn ten opzichte van 2006. Verder geeft de WOR aan vertrouwen te hebben in de stabiliteit en robuustheid van het vereveningsmodel.

De WOR adviseert om het ex-ante vereveningsmodel 2010 op de volgende punten te wijzigen ten opzichte van het huidige model:

- verzekeren volgens een nieuwe indeling in 23 Farmacie Kosten Groepen (FKG's) in te delen, waarbij de FKG's meervoudig toegepast worden. Ten opzichte van vorig jaar zijn 3 FKG's opgesplitst naar aard

¹ De Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening, in de WOR nemen deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel.

- van aandoening, dit leidt tot een verbetering van de homogeniteit van de FKG's, zowel wat betreft de aard van de aandoening als ook wat betreft de verwachte meerkosten;
- verzekerden volgens een nieuwe clustering in 13 Diagnose Kosten Groepen (DKG's) in te delen, waarbij DKG's enkelvoudig worden toegepast. De nieuwe clustering is gebaseerd op overeenkomst in meerkosten;
 - Daarnaast adviseert de WOR een aantal technische wijzigingen in vereveningscriteria.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2010

De kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel kan worden afgemeten aan de mate van voorspelkracht en de mate van robuustheid van het model. De voorspelkracht is onder andere uit de volgende drie maten af te lezen:

- 1 de verklaringskracht van het model op individueel verzekerdeniveau (de standaard statistische maat R-kwadraat);
- 2 de aansluiting van de verwachte kosten met het vereveningsmodel en de werkelijke kosten voor groepen verzekerden, het zogenoemde vereveningsresultaat¹;
- 3 de bandbreedte in vereveningsresultaten tussen verzekeraars. De bandbreedte geeft het verschil in gemiddeld resultaat per verzekerde weer tussen de verzekeraar met het laagste vereveningsresultaat en de verzekeraar met het hoogste resultaat per verzekerde².

De robuustheid van het vereveningsmodel wordt weergegeven in gemiddelde afwijking van de normbedragen (de gewichten in het vereveningsmodel).

Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel wordt onderscheid gemaakt tussen de effecten van de verbeterde onderzoeksgegevens waarop het model is gebaseerd en de effecten als gevolg van verbeteringen aan de vereveningscriteria.

Om het effect van de verbeterde onderzoeksgegevens te bepalen is de doorrekening van het risicovereveningsmodel 2009 op de gegevens 2006 vergeleken met de doorrekening op gegevens 2007. De verklaringskracht op individuniveau (R-kwadraat) stijgt bij doorrekening op de gegevens 2007 met bijna 20 procent naar 24,8 procent. Dit komt met name door een toenemend belang van de DKG's, die in het onderzoeksbestand 2007 voor het eerst ook op gegevens van zorgverzekeringswet gebaseerd is. De robuustheid van het model is goed. Er is sprake van een hoge mate van stabiliteit van de normbedragen; de overall gemiddelde afwijking bedraagt slechts ongeveer 3 euro.

Vervolgens is bezien of de kwaliteit van het vereveningsmodel verbeterd door verbetering aan de vereveningscriteria. Hiertoe zijn de resultaten bezien van een doorrekening van model 2010 op de gegevens 2007 ten opzichte van de doorrekening van model 2009 op de gegevens 2007. Uit deze vergelijking blijkt dat de voorspelkracht op individuniveau met ruim 5 procent stijgt naar 25,4 procent. Het vereveningsresultaat blijft vrijwel gelijk. De bandbreedte van de vereveningsresultaten stijgt met circa 3 procent naar 184 euro. De overall gemiddelde wijziging van de normbedragen bedraagt 11 euro. De grootste verschillen treden op bij de deelbedragen «variabele kosten van ziekenhuiszorg» en «kosten van b-dbc's». Dit is waarschijnlijk het gevolg van de overheveling van de nieuwe b-dbc's uit 2009 van het deelbedrag «variabele kosten van ziekenhuiszorg» naar het deelbedrag «kosten van b-dbc's».

¹ Deze aansluiting wordt weergegeven door de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) op verzekeraarsniveau. De GGAA wordt uitgedrukt in euro per verzekerdenjaar.

² Bij de bepaling van de bandbreedte worden een beperkt aantal, namelijk de zeer kleine risicodragers buiten beschouwing gelaten.

Conclusie

Bovenstaande onderzoeksresultaten rechtvaardigen de conclusie dat het risicovereveningsmodel kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Het model is bestand tegen veranderingen in de omgeving. Tegen deze achtergrond worden de besluiten over de verdere afbouw van de ex post compensatie mechanismen genomen. Dit laat onverlet dat er volgend jaar verder gewerkt wordt aan de ontwikkeling van het ex ante risicovereveningsmodel.

Kwaliteit basisgegevens en ex ante vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Basisgegevens

Het afgelopen jaar zijn de gegevens die gebruikt worden voor het onderzoek naar een ex ante risicovereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verbeterd.

In de huidige administraties van zorgverzekeraars ontbreken voor 2007 en eerder gegevens over het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Daarom is bij het onderzoek naar een ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gebruik gemaakt van de productiegegevens van instellingen in combinatie met door de NZa vastgestelde tarieven. Door extra uitvragen van de productiegegevens bij instellingen is de dekkingsgraad van deze gegevens gestegen tot bijna 85 procent. Ook de kwaliteit van de productiegegevens is gestegen.

Bij het gebruik van deze productiegegevens 2007 moeten de volgende kanttekeningen gemaakt worden:

- de kwaliteit van de gegevens met betrekking tot kinder- en jeugdpsychiatrie is onvoldoende;
- in de gegevensbestanden ontbreken gegevens van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, wel zijn productiegegevens van franchisenemers beschikbaar. De aard van de productie van vrijgevestigden is vergelijkbaar met die van de franchisenemers;
- sinds 2008 worden behandelingen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gefactureerd in dbc's. Ook de afrekening van het risicovereveningsmodel zal plaatsvinden op basis van dbc's. Daardoor ontstaan twee verschuivingen waarmee geen rekening kan worden gehouden in het onderzoeksbestand waarop het vereveningsmodel wordt gebaseerd. Ten eerste ontstaat er een zogenoemde schadelastverschuiving doordat oude AWBZ-prestaties niet één op één te vertalen zijn in dbc-termen. Ten tweede bestaat er een verschil in boekjaar waarop de kosten door verzekeraars moeten worden verantwoord. Dbc's worden (in het schadebegrip bij verzekeraars) geboekt op de datum van opening; de productiecijfers hebben betrekking op het tijdstip van behandeling. Een behandeling die op 1 oktober jaar t aanvangt en 5 maanden duurt, zal in dbc-termen volledig aan jaar t toegekend worden, terwijl hij op basis van AWBZ-prestaties voor drie maanden in jaar t en twee maanden in jaar t+1 bekostigd wordt.

Door de onvolkomenheden in de gegevens over kinderen jeugdpsychiatrie is alleen een ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder ontwikkeld.

De WOR geeft aan dat de gebruikte gegevens beter zijn dan de vorige jaren en voldoende zijn om een risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op te ontwikkelen. De WOR waarschuwt dat de kwaliteit van het vereveningsmodel lastig is in te schatten vanwege bovengenoemde kanttekeningen.

Ex ante vereveningsmodel

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kent de volgende criteria: leeftijd/geslacht; FKG-psychische aandoeningen; Aard van het inkomen (AVI); Sociaal economische status (SES); dummy wel niet eenpersoonsadres; twee dummy's voor kosten in het verleden en GGZ regiocriterium.

De specificatie van de criteria leeftijd/geslacht, AVI en SES zijn gelijk aan de specificatie van de overeenkomstige criteria in het somatische vereveningsmodel. Het criterium eenpersoonsadres geeft aan of er één dan wel meer personen op een adres wonen. Het criterium FKG-psychische aandoeningen berust op de in 2009 gehanteerde definitie, maar is exclusief anxiolytica, sedativa en hypnotica.

De dummy's voor kosten in het verleden worden geoperationaliseerd door wel of niet meer dan 550 euro kosten in het voorafgaand jaar, en wel of niet meer dan 2750 euro kosten in het voorafgaande jaar. De gedachte hierbij is dat de eerste dummy gebruikers en niet-gebruikers van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het voorafgaande jaar identificeert en dat de tweede dummy onderscheid maakt tussen intramuraal en extramuraal gebruik. Door het ontbreken van diagnose informatie is het (nog) niet mogelijk om voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg specifieke morbiditeitscriteria in het risicovereveningsmodel op te nemen. De WOR heeft geadviseerd onderzoek te doen naar deze specifieke morbiditeitskenmerken als vereveningscriterium.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2010

De kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zijn erg scheef verdeeld over de verzekerden. In 2007 had circa 0,5 procent van de verzekerden van 18 jaar of ouder meer dan 10 000 euro aan kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, terwijl het aandeel in de totale kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor deze verzekerden circa 35 procent bedroeg. Als gevolg van deze scheefheid voorspelt het vereveningsmodel dat een deel van de bijdragen bij verzekerden zonder GGZ gebruik terecht komt. Overigens geldt dit effect voor alle verzekeraars in dezelfde mate.

De toevoeging van gebruik (kosten) in het verleden aan het ex ante vereveningsmodel leidt tot een drie keer zo hoge verklaringskracht¹ van het model (de R-Kwadraat bedraagt nu 9 procent). Het vereveningsresultaat, de eerder genoemde gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA), bedraagt 14 euro per verzekerdejaar en de bandbreedte van de vereveningsresultaten is ongeveer 131 euro.

De verklaringskracht is echter lager dan die voor het somatische model. Een verklaring hiervoor is dat een deel van de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg incidenteel van aard is en daarmee moeilijk te modelleren. Niet alleen in het onderzoek zijn de kosten moeilijk te normeren, maar deze kosten zijn in dezelfde mate moeilijk te voorspellen door zorgverzekeraars. Doordat zorgverzekeraars daar in gelijke mate mee geconfronteerd worden, wordt het gelijke speelveld hierdoor niet aangetast.

De WOR is van mening dat de verklaringskracht van het voorgestelde risicovereveningsmodel verbeterd is ten opzichte van vorig jaar. De WOR is verdeeld over de vraag of de verklaringskracht voldoende is voor risicodragende uitvoering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg door verzekeraars.

Conclusie

De kwaliteit van de gegevens waarop de risicoverevening voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen is gebaseerd is, ten opzichte van 2009 toegenomen. De kwaliteit van het risicovereveningsmodel is voldoende. Tegen deze achtergrond worden de beslissingen over de risicodragende uitvoering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de inzet van ex post compensatie-

¹ Zie bijlage 1 voor een toelichting op de termen verklaringskracht, vereveningsresultaat en bandbreedte.

mechanismen genomen. Ook volgend jaar zal verder gewerkt worden aan de ontwikkeling van het ex ante risicovereveningsmodel.