

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 529**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 juni 2014

Iedereen heeft belang bij een goed werkend risicovereveningssysteem. Een adequaat model van risicoverevening is immers een belangrijk fundament onder de Zorgverzekeringswet. Iedereen moet voor het basispakket een zorgverzekering kunnen afsluiten. Deze solidariteit is de kern van ons zorgstelsel. De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zou zorgverzekeraars in een nadelige positie kunnen plaatsen. Het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars zou daarmee aangetast kunnen worden. Zorgverzekeraars worden daarom gecompenseerd voor de voorspelbare kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van hun verzekerdenpopulatie. Daarenboven dient de risicoverevening steeds explicieter risicoselectie te voorkomen door verzekerdenkenmerken waarop verzekeraars beleid kunnen voeren, op te nemen in het ex ante vereveningsmodel.

Van jaar op jaar werk ik aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarbij let ik op het handhaven van het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars, het inbouwen van prikkels voor doelmatige zorginkoop én het minimaliseren van de prikkels voor (indirecte) risicoselectie.

Het afgelopen onderzoeksjaar is mijn prioriteit uitgegaan naar het inpassen van de over te hevelen zorg vanuit de AWBZ in het risicovereveningssysteem en het verbeteren van het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast is er veel aandacht voor bijzondere groepen (zoals chronisch zieken en seizoenwerkers), en ben ik nagegaan of de prikkels voor indirecte risicoselectie voor deze groepen geminimaliseerd kunnen worden met behulp van het risicovereveningssysteem.

## 1. Voorgenomen vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015

Het model voor de geneeskundige GGZ wordt stevig aangepast. Er worden twee criteria toegevoegd. Het ene criterium betreft een zorgvraagzwaarte-indicator waardoor in het model naast diagnose-informatie ook rekening gehouden wordt met de zwaarte van de zorgvraag. Het andere criterium is «meerjarig hoge kosten» waardoor expliciet rekening gehouden wordt met chronisch gebruik van GGZ. In dit laatste criterium wordt een klasse opgenomen voor «meerjarig geen kosten» waardoor het model verbetert voor verzekerden zonder geneeskundige GGZ-kosten. Overcompensatie van deze groep verzekerden wordt verminderd waardoor het mogelijk is om de groep verzekerden met geneeskundige GGZ-kosten meer te compenseren.

Het somatische model wordt verbeterd door de herintroductie van een farmaciekostengroep voor specifiek geneesmiddelengebruik voor reuma en een wijziging van de indeling van sociaal economische status zodat de kwaliteit en stabiliteit van dit vereveningscriterium verbetert. Daarnaast worden de kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de per 2015 uit de AWBZ over te hevelen extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten aan het somatische model toegevoegd. Verder onderzoek ik nog de mogelijkheid van de introductie van een criterium in het model voor 2015 dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen. Dit biedt mogelijk een eerste, generieke oplossing binnen het huidige ex ante vereveningsmodel voor over- en ondercompensatie, waarover in het dertigledendebat van 17 april jongstleden over risicoselectie is gesproken (zie 2.4).

Zoals in mijn brief van 24 maart jongstleden over de bekostiging langdurige GGZ (Kamerstuk 30 597, nr. 426) aangegeven zal het ex ante vereveningsmodel voor de over te hevelen langdurige GGZ gebaseerd worden op het model voor de geneeskundige GGZ.

Ik ben van plan om de kosten voor verpleging en verzorging uiterlijk in 2017 op te nemen in het somatische model. In de tussenliggende periode zal ik het model voor de somatische zorg verbeteren om dit mogelijk te maken. Tot het moment dat ik het model voor de somatische zorg goed genoeg acht om de kosten van verpleging en verzorging er in op te nemen en uiterlijk tot 2017 maak ik gebruik van een afzonderlijk model voor de kosten voor verpleging en verzorging. Het uitgangspunt voor dit ex ante vereveningsmodel is het model voor de somatische zorg. In het model voor verpleging en verzorging wordt tijdelijk rekening gehouden met de historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van verpleging en verzorging. Hiervoor introduceer ik het tijdelijke criterium «regio verpleging en verzorging». Hierdoor verwacht ik dat zorgverzekeraars voldoende middelen krijgen om aan hun zorgplicht te voldoen en krijgen ze tijd om de zorg zo te structureren en in te kopen dat vraag en aanbod samenkomen. Dit tijdelijke criterium verdwijnt uiterlijk per 2017.

De voorgenomen vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen kan op de instemming van Zorgverzekeraars Nederland rekenen. Tijdens de zomermaanden laat ik de verschillende modellen nogmaals doorrekenen op de meest recente en representatieve gegevens. In september bezie ik de kwaliteit van de modellen en bepaal ik de inzet van ex post compensatie voor 2015.

In het komende onderzoeksjaar (tot juni 2015) richt ik mij op de verdere verbetering van de modellen. Ik wil een stap zetten in de verbetering van het somatische model om de overheveling van verpleging en verzorging op een adequate manier in dit model op te kunnen nemen. Daarnaast neem ik in de verdere verbetering van het model voor de geneeskundige GGZ de langdurige GGZ mee. Ook blijf ik mij richten op bijzondere groepen en het minimaliseren van prikkels voor indirecte risicoselectie voor deze groepen.

## **2. Bijzondere groepen**

In eerdere Kamerdebatten heb ik toegezegd in te gaan op de risicoverevening voor bepaalde specifieke groepen verzekerden. Op dit moment geef ik hierbij prioriteit aan chronisch zieke en oudere verzekerden alsmede verzekerden waarvoor specifieke, mogelijk onwenselijke, doelgroepolissen in de markt worden gezet.

### *2.1. Ex-gedetineerden*

In het VSO van 27 juni 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 464) is gesproken over ex-gedetineerden. In het risicovereveningssysteem wordt niet expliciet ingegaan op groepen verzekerden zoals de ex-gedetineerden. Het betreft een relatief kleine groep verzekerden waarvoor het op voorhand niet evident is dat er een hoger risico is op zorgkosten, wellicht met uitzondering van kosten geestelijke gezondheidszorg. Door opname van dergelijke groepen verzekerden neemt de overzichtelijkheid en uitvoerbaarheid van de risicoverevening sterk af en de complexiteit in bijvoorbeeld de definiëring en identificatie van een dergelijke groep sterk toe, zonder dat dit direct zal leiden tot significante verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Dit neemt niet weg dat ik alert ben en blijf op specifieke groepen verzekerden waar door, over- of ondercompensatie in de risicoverevening, risicoselectie op de loer ligt. Mogelijk is het in de toekomst noodzakelijk om vooral voor de moeilijk voorspelbare kosten van geestelijk gezondheidszorg het risicovereveningssysteem te verrijken met vereveningscriteria gebaseerd op kenmerken van specifieke groepen zoals ex-gedetineerden.

### *2.2. Sociale minima*

Het risicovereveningsmodel kent naast de verschillende morbiditeitskenmerken ook criteria die gebaseerd zijn op sociaal-economische status. Voor wat betreft de groep sociale minima (toezegging uit algemeen overleg Zorgverzekeringwet van 4 december 2013, Kamerstuk 29 689, nr. 493) wordt in het vereveningsmodel expliciet rekening gehouden met de hogere zorgkosten van bijstandgerechtigden en arbeidsongeschikten via het vereveningscriterium «Aard van het Inkomen» (AvI). In het vereveningscriterium «Sociaal-Economische Status» (SES) worden verzekerden ingedeeld in klassen op basis van inkomen, leeftijd en gezinsgrootte. Het vereveningscriterium gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Ook dit criterium compenseert verzekeraars voor verzekerden op het sociaal minimum die gemiddeld hogere zorgkosten hebben. Voor 2015 wijzig ik de operationalisering van het SES-criterium om de kwaliteit en stabiliteit van dit vereveningscriterium te verbeteren. Ik ben van mening dat voor de risicoverevening 2015 voldoende rekening wordt gehouden met de groep verzekerden op het sociaal minimum. Niettemin neem ik in het onderzoeksprogramma voor het komende onderzoeksjaar een onderzoek op naar deze twee vereveningscriteria (AvI en SES) in de risicoverevening. Dit onderzoek zal zich niet alleen richten op sociale minima maar breder naar

de relatie tussen sociaal economische status en aard van het inkomen van de verzekerde en de zorgkosten.

### *2.3. Zwangere vrouwen*

Ik heb u in het algemeen overleg Zorgverzekeringswet van 4 december 2013, toegezegd om nader in te gaan op de groep zwangere vrouwen. Zoals ik in het dertigledendebat van 17 april jongstleden heb aangegeven wordt er impliciet rekening gehouden met de hogere zorgkosten die vrouwen in de vruchtbare periode hebben (Handelingen II 2013/14, nr. 77, item 10). Zo ligt de compensatie via het vereveningsmodel voor vrouwen van bijvoorbeeld 25–29 of 30–34 jaar respectievelijk 73 en 82 procent hoger dan voor mannen in dezelfde leeftijdsklassen. Er wordt dus rekening gehouden met de verhoogde kans op zwangerschapsgerelateerde zorgkosten voor vrouwen zonder dat expliciet zwangere vrouwen via een apart vereveningscriterium worden gecompenseerd. De risico-verevening kent een dergelijk criterium niet omdat zwangerschap inherent onvoorspelbaar is op grond van de objectief en integraal beschikbare informatie. Overigens wordt met de hogere gemiddelde zorgkosten van pasgeborenen wel expliciet rekening gehouden in het risicovereveningsmodel. Een aantal jaren terug is de leeftijdsklasse 0 tot 5 jaar gesplitst in een leeftijdsklasse 0 jaar en een klasse van 1 tot 5 jaar. Het verschil in compensatie via de risicoverevening voor deze leeftijdsgroepen is aanzienlijk. Een verzekeraar ontvangt voor nuljarigen een bijna drie keer zo hoge vereveningsbijdrage dan voor verzekerden met een leeftijd tussen de 1 en 5 jaar. Alles overziend ben ik van mening dat in de risico-verevening vooraf voldoende rekening gehouden wordt met de hogere zorgkosten als gevolg van zwangerschap en geboorte en zie ik geen aanleiding om hiervoor achteraf compensaties in te zetten.

### *2.4. Overige bijzondere groepen*

Zoals aan uw Kamer toegezegd in het dertigledendebat over seizoensarbeiders van 14 mei jongstleden (Handelingen II 2013/14, nr. 82, item 13), laat ik een onderzoek uitvoeren naar de groep buitenlandse seizoensarbeiders. Ook is toen vanuit uw Kamer gevraagd om inzicht te krijgen in de ondercompensatie van mensen die in een vorig jaar gebruik maakten van wijkverpleging. Tot slot wordt het idee om chronisch zieken beter te compenseren door mij onderzocht. Dit naar aanleiding van mijn toezegging in het dertigledendebat over risicoselectie van 17 april jongstleden. Ik zal uw Kamer in september 2014 berichten over de uitkomsten van deze onderzoeken.

## **3. Vooruitblik ex post compensaties en risicodragendheid 2015**

Over de inzet van de ex post compensaties voor 2015 zal ik in september een brief schrijven, waarbij ik tevens zal ingaan op de kwaliteit van de ex ante vereveningsmodellen en expliciet aandacht zal geven aan kleine zorgverzekeraars. Op onderdelen zijn eerder al besluiten genomen over de inzet van de ex post compensaties. In de wijziging van het Besluit zorgverzekering (Kamerstuk 29 477, nr. 384) is vastgelegd hoe de inzet van de ex post compensaties voor de somatische zorg en geneeskundige GGZ zich zal moeten ontwikkelen. De somatische zorg zal in 2015 volledig risicodragend zijn. Voor de geneeskundige GGZ zal er in 2015 geen hogekostencompensatie meer gelden.

In het transitieplan Zvw van 28 maart jongstleden (Kamerstuk 30 597, nr. 428, blg 310983) is aangegeven wanneer risicodragendheid van de over te hevelen zorg moet worden gerealiseerd. Hiervoor geldt dat de kwaliteit van het ex ante model leidend zal zijn. Voor verpleging en

verzorging wordt gestreefd naar volledig risicodragendheid per 2017. Voor de langdurige GGZ wordt gestreefd naar volledige risicodragendheid per eind 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten. In dit transitieplan heb ik u reeds gemeld dat de kosten voor extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten volledig risicodragend zullen zijn. Daarnaast worden ook de kosten van geriatrische revalidatie zorg per 2015 volledig risicodragend.

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld zullen de kosten van add ons voor vrijwel alle dure geneesmiddelen in 2015 risicodragend zijn (Kamerstuk 29 248, nr. 260).

#### **4. Solvabiliteit, en transparantie jaarverslagen zorgverzekeraars**

Met deze brief bied ik u tevens inzicht in de mate van transparantie die zorgverzekeraars hebben geboden in hun jaarverslagen over boekjaar 2013. Hiermee geef ik navolging aan mijn toezegging die ik heb gedaan in mijn brief van 25 maart jl., om uw Kamer hierover te informeren (Kamerstuk 29 689, nr. 504). Ondanks dat er enkele kleine zorgverzekeraars zijn die (nog) geen jaarverslag hebben gepubliceerd, kan over het algemeen worden gesteld dat er ten aanzien van de mate van transparantie een gedeeld beeld bestaat. Er zijn zorgverzekeraars die, als gevolg van het maatschappelijk debat dat is ontstaan over de transparantie van resultaten en reserves, een verbeterd inzicht bieden, maar er zijn ook zorgverzekeraars die hierin minder ver zijn. Zorgverzekeraars (die hun jaarverslag hebben gepubliceerd) geven inzicht in waar de premie aan wordt besteed en in welke mate het resultaat uit voorgaande jaren in de premie is verdisconteerd. Ook wordt expliciet aandacht gegeven aan behaalde beleggingsopbrengsten, bedrijfskosten en opbouw van voorzieningen. In veel gevallen worden deze tevens gekwantificeerd als percentage van opgebrachte premies. Meerdere zorgverzekeraars maken gebruik van zogenoemde *infographics*. Door middel van deze figuren wordt op een toegankelijke en overzichtelijke wijze inzicht gegeven in de geldstromen en jaarcijfers. Ik zie het gebruik van deze figuren als een positieve ontwikkeling.

Over de gehele sector gezien, hebben zorgverzekeraars over 2013 wederom een hoger resultaat behaald dan het voorgaande jaar. De behaalde resultaten tonen aan dat uitgavenbeheersing door zorgverzekeraars succesvol is en premiebetalers ondervinden hier de voordelen van. Alhoewel zorgverzekeraars inzicht geven in welk gedeelte van het resultaat uit het voorgaande jaar via een premieverlaging aan verzekerden is teruggegeven, de wijze waarop – en daarmee de mate van geboden transparantie – verschilt per verzekeraar. De meeste zorgverzekeraars doen dit door het teruggegeven bedrag per premiebetaler te noemen; enkelen noemen het totaal verdisconteerde bedrag. Mijns inziens zouden zorgverzekeraars een verbetering kunnen maken door expliciet – in één figuur of tabel – het resultaat uit voorgaande jaren te vermelden en dit uit te splitsen naar teruggave via de premie, investeringen in de zorg en opbouw van reserves. Nu leggen zorgverzekeraars voornamelijk de nadruk op de premieverlaging. Een volledig beeld van de bestemming van de winst is lastig, tot niet op te maken uit de jaarverslagen. Bij de presentatie van de resultaten vind ik het tevens van belang dat inzichtelijker wordt welk deel van het resultaat behaald is in het lopende jaar en welk deel uit eerdere jaren komt.

Een ander belangrijk verbeterpunt vind ik het uitsplitsen van resultaten naar basis en aanvullende verzekering. Nu maakt maar een enkele verzekeraar onderscheid tussen resultaten behaald op de basisverzekering en resultaten op de aanvullende verzekering.

Ik zal zorgverzekeraars op deze punten aanspreken.

Gezien de huidige solvabiliteitscijfers en behaalde resultaten verwacht ik dat de zorgverzekeringssector voldoende vermogen bezit om aan Solvency II (de nieuwe Europese regelgeving ten aanzien van solvabiliteit) te kunnen voldoen en de verhoogde solvabiliteitsvereisten door de overhevelingen vanuit de AWBZ op te kunnen vangen. Er zijn eerste berekeningen gedaan en ik verwacht vanuit deze solvabiliteitsvereisten geen opwaartse druk op de premie 2015.

Over het effect van Solvency II en de overhevelingen op de vereiste solvabiliteit vindt overleg plaats tussen Zorgverzekeraars Nederland, De Nederlandsche Bank, het Ministerie van Financiën en het Ministerie van VWS. De door het Ministerie van Financiën vast te stellen solvabiliteitseis 2015 is nog niet exact bekend. DNB zal uiterlijk begin juli haar definitieve advies aan het Ministerie van Financiën afgeven. Zodra de solvabiliteitseis 2015 is vastgesteld, zal de Minister van Financiën uw Kamer hierover informeren.

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