

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 560**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 november 2014

Met deze brief zend ik u vier onderzoeken op het gebied van de risicoverevening die zijn uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; een onderzoek naar overbetaling van ouderen en chronisch zieken, een onderzoek naar ondercompensatie van verzekerden die voorgaand jaar verpleging en verzorging kregen en de kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem voor somatische zorg over 2009 en de kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem van de geneeskundige GGZ en het eigen risico over 2009<sup>1</sup>.

#### **Overbetaling ouderen en chronisch zieken**

Dit onderzoek heb ik in het dertigledende debat over risicoselectie van 17 april 2014 aan de Tweede Kamer toegezegd. Overbetaling is een aanbeveling uit onderzoek waarin voorspelbare verliezen voor specifieke groepen van ouderen en chronisch zieken zijn gepresenteerd<sup>2</sup>. In mijn brief van 19 september jongstleden heb ik u reeds geïnformeerd over de voorlopige uitkomsten<sup>3</sup>. In die brief heb ik toegezegd dat ik u na afronding van het onderzoek zou informeren over de definitieve uitkomsten.

Met overbetaling wordt bedoeld de opwaartse aanpassing van de compensaties uit het risicovereveningsmodel om ondercompensatie van groepen verzekerden die niet in het risicovereveningsmodel zijn onderscheiden weg te nemen. In het onderzoek is het instrument overbetaling getoetst op een aantal aspecten: prikkel tot risicoselectie, verbetering van

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>2</sup> Van Kleef, R. C., R.C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. Van De Ven (2014), Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: Analyse van uitkomsten op subgroepniveau, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam. In opdracht van AmCham.

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 544. In deze brief werd de term overcompensatie gebruikt.

de zorginkoop, verbeteren van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars en uitvoerbaarheid, waarbij ook gekeken is naar juridische aspecten.

Uit het onderzoek blijkt dat overbetaling niet leidt tot minder prikkels tot risicoselectie en niet noodzakelijk tot een verbetering van de mogelijkheden voor zorginkoop. De groep verzekerden via wie de overbetaling plaatsvindt worden extra aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar, niet de verzekerden die verliesgevend zijn en voor wie de extra compensatie bedoeld is. Overbetaling levert op de korte termijn een verbetering van het gelijke speelveld tussen verzekeraars op, maar niet noodzakelijk op de lange termijn; door overstappers kan het gelijke speelveld ook weer afnemen. Voorts blijkt overbetaling in de praktijk lastig uitvoerbaar. De risicoverevening rust op objectief bepaalde en via een statistisch model berekende compensaties. Dit is verankerd in de Zorgverzekeringswet, waarin expliciet vermeld is dat de vereveningsbijdrage statistisch onderbouwd is (artikel 32, lid 4c) en dat de vereveningsbijdrage wordt berekend op basis van vereveningscriteria die voor alle zorgverzekeraars gelijk moeten zijn (artikel 32, lid 3). Gegeven de financiële belangen die spelen, dient de wijze waarop de vereveningsbijdrage tot stand komt niet ter discussie te staan. Indien arbitraire keuzes nodig zijn – bijvoorbeeld welke groepen verliesgevende verzekerden gecompenseerd worden en via welke vereveningskenmerken de overbetaling moet plaatsvinden – is het instrument overbetaling mogelijk gevoelig voor bezwaar. Tevens geeft het onderzoek aan dat het instrument overbetaling staatsteunrechtelijk beoordeeld moet worden door de Europese Commissie.

Een andere belangrijke conclusie van het onderzoek is dat het niet per definitie wenselijk is om voor iedere subgroep van verzekerden volledige compensatie na te streven. Een deel van de inadequate compensatie voor bepaalde groepen verzekerden wordt immers bepaald door praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Daarnaast kunnen verschillen in zorginkoop tussen zorgverzekeraars leiden tot inadequate compensaties voor sommige groepen verzekerden. Volledige compensatie van de gerealiseerde zorgkosten vanuit het systeem van risicoverevening zou praktijkvariatie tussen zorgaanbieders en verschillen in zorginkoop tussen zorgverzekeraars compenseren en de doelmatigheid zoals dat met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt beoogd verminderen. Volgens het onderzoek is het alleen wenselijk om het risicovereveningssysteem aan te passen als de inadequate compensatie substantieel is, als deze structureel van aard is, als de zorgverzekeraar de subgroep verzekerden goed kan identificeren, als de zorgverzekeraar via zorginkoop of preventie niet in staat is een belangrijk deel van de inadequate compensatie weg te nemen, en als de aanpassing van het risicovereveningssysteem een gewenste prikkelwerking tot gevolg heeft.

Het is belangrijk om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Het oorspronkelijke onderzoek van iBMG naar overbetaling en het huidige onderzoek van SiRM bevestigen dit. Beide onderzoeken geven aan dat mijn huidige beleid naar het verbeteren van het ex ante vereveningssysteem met nieuwe of betere vereveningscriteria de voorkeur verdient. In de praktijk blijkt dat de verdere verbetering van het vereveningsmodel niet gemakkelijk is. Ik ben blij dat verschillende partijen meedenken over alternatieven. Overbetaling is zo'n alternatief. Uit dit onderzoek naar overbetaling blijkt echter dat het instrument lastig uitvoerbaar is, een groot beroep doet op de schaarse onderzoekscapaciteit en arbitraire keuzes vraagt. Dit onderzoeksjaar blijf ik me daarom richten op onderzoek naar de verbetering van de risicovereveningsmodellen. Ik laat groot onderhoud uitvoeren op bestaande morbiditeitskenmerken (farmaciekostengroepen, diagnosekostengroepen), ook in het kader van de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Tevens

laat ik onderzoeken of de differentiatie van de morbiditeitskenmerken naar leeftijd voorspelbare verliezen mitigeren. Daarnaast kan een vereveningskenmerk gericht op alleenstaande ouderen het resultaat van ouderen naar verwachting verbeteren.

### **Kwantitatieve analyse 2009**

Tijdens het Algemeen Overleg Risicoverevening van 23 september heb ik aan de Tweede Kamer toegezegd om de onderzoeksrapporten van de kwantitatieve analyses van het risicovereveningssysteem somatische zorg, geneeskundige GGZ en het eigen risico over 2008 en 2009 naar de Tweede Kamer te sturen. Bij brief van 17 december 2013 heb ik u reeds geïnformeerd over de uitkomsten en de conclusies die ik verbonden heb aan de kwantitatieve analyse risicovereveningssysteem somatische zorg<sup>4</sup>.

Uit de kwantitatieve analyses voor de geneeskundige GGZ en het eigen risico blijkt dat de werking van het risicovereveningssysteem voor de geneeskundige GGZ en het eigen risico in 2009 is toegenomen ten opzichte van 2008. Voor het einde van het jaar informeer ik u over de werking van het gehele risicovereveningssysteem 2010.

### **Ondercompensatie gebruikers verpleging en verzorging in voorgaand jaar**

In de eerdergenoemde brief van 19 september 2014 heb ik u reeds geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek naar de mate van ondercompensatie bij gebruikers van verpleging en verzorging in een voorgaand jaar. Tijdens het Algemeen Overleg Risicoverevening van 23 september heb ik toegezegd dat ik u ook het rapport zelf zou sturen.

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

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 492