



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DZ-CB-U-2808139			13 nov. 07
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Risicovereveningssysteem 2008		2	

Aanleiding

Op 24 september jongstleden heb ik uw Kamer met een brief geïnformeerd over de vormgeving van het risicovereveningssysteem in 2008. Ik ga in die brief niet alleen in op de verschillende vereveningsmodellen maar ik ga ook in op de inzet van ex-post compensatiemechanismen in 2008. In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte mij een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen naar aanleiding van de brief. In deze brief ga ik uitgebreid in op de vragen en opmerkingen. Ik volg bij de beantwoording dezelfde opbouw als de opbouw van uw vragen.

1. Inleiding

Het risicovereveningssysteem is een belangrijk element binnen de Zorgverzekeringswet. Met de CDA-fractie ben ik van mening dat een goed werkend vereveningssysteem een hoeksteen is van het zorgstelsel. Waakzaamheid op het terrein van risicoselectie is en blijft van wezenlijk belang.

Zorgverzekeraars lopen in 2008 een redelijke mate van risico. Op de kosten van eerstelijnszorg en farmaceutische hulp zijn verzekeraars zelfs al nagenoeg volledig risicodragend. Op de ziekenhuiskosten is het risico dat verzekeraars lopen nog beperkt, maar ik ben voornemens de risicodragendheid hier te gaan vergroten. Zo heb ik mijn brief aan u al aangegeven me in te spannen om in 2009 een verdere afbouw van ex-post compensatiemechanismen mogelijk te maken. In 2008 wordt er ten opzichte van 2007 ook al een stap gezet, door afbouw van de ex-post compensatie en door de vergroting van het deel van de ziekenhuiskosten waarover zorgverzekeraars risico lopen.

Voor de verdere vergroting van de risicodragendheid moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Een verdere vergroting van de risicodragendheid kan plaatsvinden als de kwaliteit van het risicovereveningssysteem verbetert. Enerzijds betreft dit een verbetering van de kwaliteit van de gegevens waarop het ex ante vereveningsmodel is gebaseerd. Anderzijds betreft dit een verdere verbetering van het ex ante model zelf. Ik verwacht evenwel geen spectaculaire verbeteringen meer in de verbetering van de totale verklaringskracht van het vereveningsmodel, behalve voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het vereveningsmodel is naar mijn mening grotendeels

uitontwikkeld. Toch zal dit jaar en komend jaren op het terrein van de vereveningscriteria weer onderzoek worden gedaan. Er wordt bekeken of criteria moeten worden verbeterd, gewijzigd of dat nieuwe criteria moeten worden toegevoegd.

De kwaliteit van de gegevens waarmee gerekend wordt, is een belangrijk punt van aandacht. Zoals al eerder gemeld, moest voor de schatting van het model voor 2008 gebruik worden gemaakt van gegevens over 2005, het jaar waarin voor het eerst declaraties in DBC-termen plaats vonden en waarin nog een onderscheid bestond (ook in de manier waarop gegevens werden geregistreerd) tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Voor de gegevens 2006, die de basis zullen vormen voor het vereveningsmodel 2009, ga ik er vanuit dat deze van betere kwaliteit zullen zijn, omdat de de declaraties in DBC-termen betrouwbaarder zijn geworden en omdat voor het eerst gegevens van zorgverzekeraars binnen de Zorgverzekeringswet worden gebruikt,

Naar aanleiding van de vraag van de PvdA-fractie over de procedure van de vastlegging van het risicovereveningssysteem 2008, kan ik de Kamer berichten dat de aanpassing van de ministeriele Regeling Zorgverzekering inmiddels in de Staatscourant (Stcrt. 2007, 195) is gepubliceerd. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft haar beleidsregels aangaande de risicoverevening 2008 op 1 oktober 2007 vastgesteld. Beide stukken zijn als bijlage bijgevoegd.

De individuele zorgverzekeraars hebben inmiddels de hoogte van hun vereveningsbijdrage 2008 van het CVZ vernomen. Daarmee is het formeel juridische traject rond de vaststelling van het risicovereveningssysteem 2008 afgerond.

2. Risicoverevening in de Zorgverzekeringswet

De CDA-fractie vraagt naar aanleiding van de recente studie van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie hoe op een aantal punten de uitvoering in de risicoverevening voor 2008 plaats vindt:

1. Het risicovereveningssysteem 2008 houdt geen rekening met meerjarige diagnosekostengroepen (DKG's), noch met meerjarige farmaciekostengroepen (FKG's). Uit onderzoek bleek dat de aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdragen voor verzekerden die in eerdere jaren (bijvoorbeeld t-2 of t-3) in een FKG zouden zijn ingedeeld vrij goed is. Meerjarige FKG's hebben daarom geen meerwaarde. Bij verzekerden die wat langer geleden een ziekenhuisopname of een DKG hadden, is de aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdragen minder goed. Echter de benodigde gegevens om nader onderzoek naar de vormgeving van meerjarige DKG's als vereveningscriterium te kunnen doen zijn op dit moment niet beschikbaar.
2. In 2007 is het aantal FKG's uitgebreid tot twintig. De FKG psychische aandoeningen is één van de nieuwe FKG's.
3. Naast de uitbreiding is er sinds 2007 sprake van meervoudige FKG's. Dit houdt in dat een verzekerde bij meerdere FKG's kan worden ingedeeld in plaats van zoals voorheen alleen bij de duurste FKG. Uit onderzoek bleek dat slechts een relatief klein aantal verzekerden in aanmerking zou komen voor meerdere DKG's (minder dan 0,3 procent). De ondercompensatie voor verzekerden met meerdere DKG's lijkt dus mee te vallen.

3. Risicovereveningssysteem 2008

Algemeen

De CDA-fractie stelt vragen over de R^2 . Het percentage verklaarde variantie op individueel niveau van kosten 2005 voor overige prestaties en ziekenhuiszorg variabel en specialistische hulp voor model 2008 bedraagt 25,58 procent. Model 2007 toegepast op kostengegevens 2004 leverde een percentage verklaarde variantie van 23,96 op. Of het systeem de kosten adequaat verklaart kan niet alleen beoordeeld worden aan de hand van de R^2 . De R^2 moet in samenhang met andere maten zoals de verevenende werking op subgroep en verzekeraarsniveau worden gezien. In totaliteit ben ik van mening dat er sprake is van een robuust model, waarbij de verklarende werking goed is.

Het vereveningsmodel 2008 is uitgebreid met een criterium voor sociaal economische status, die geoperationaliseerd is via het gemiddelde inkomen per adres in verschillende klassen. Bij de ex-ante vaststelling van de vereveningsbijdrage 2008 is bij het gemiddelde inkomen per adres uitgegaan van inkomens 2005. Als dat niet beschikbaar was, is het inkomen 2004 genomen. Voor de overige personen is verondersteld dat het gaat om personen zonder inkomen (niet-werkende echtgenoten e.a.). De uiteindelijke afrekening (in 2010) gaat uit van het inkomen over 2008 en de woonsituatie in 2008.

De visie van de CDA-fractie over de perverse prikkel op het terrein van substitutie van poliklinisch naar klinisch deel ik niet. Vereveningscriteria zoals DKG's en FKG's worden nadrukkelijk beoordeeld op prikkelwerking. Van DKG's moet geen prikkel uitgaan om poliklinische zorg te vervangen door doorgaans duurdere klinische zorg. Dat is mijns inziens ongewenste substitutie. Hier is bij de ontwikkeling van de DKG's rekening mee gehouden. Voor de DKG's houdt dit in dat alleen die diagnoses waarvoor een ziekenhuisopname noodzakelijk is, kunnen leiden tot indeling in een DKG.

Om te compenseren voor voorspelbare kosten van chronisch zieken, die doorgaans poliklinisch behandeld kunnen worden zijn de FKG's in het vereveningsmodel opgenomen. Op dit moment ontbreken de gegevens om een vereveningscriterium gebaseerd op diagnose informatie van poliklinisch zorggebruik (gebaseerd op poliklinische DBC's) in het verleden te kunnen ontwikkelen. In de toekomst, wanneer volledige DBC informatie op individuniveau beschikbaar komt, kan hier onderzoek naar worden gedaan. Bij de ontwikkeling van een dergelijk vereveningscriterium zal bij de beoordeling van de prikkelwerking ook aandacht aan substitutie van tweede naar eerste lijn worden besteed.

Het ex-ante risicovereveningssysteem *sec* prikkelt zorgverzekeraars om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen en te organiseren. Er is dus altijd een prikkel voor de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn als dat goedkoper is. Ik realiseer me dat de prikkel grotendeels wordt gemitigeerd door meer nacalculatie op tweede lijns zorg dan op eerste lijns zorg. Ik teken wel aan dat voor de ziekenhuiszorg er ook in 2008 al een redelijke mate van risicodragendheid is, waardoor doelmatige organisatie van de zorg waaronder substitutie naar de eerste lijn, interessant is.

Vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

In antwoord op de vraag van de CDA-fractie op de volledige nacalculatie voor de kosten van de geneeskundige GGZ in 2008 spelen de volgende overwegingen. Verzekeraars krijgen volgend jaar met een hele nieuwe sector te maken hebben. De schadelast is door mij of verzekeraars voor 2008 vrijwel niet in te schatten. Derhalve heb ik ten behoeve van een

zachte landing van de geneeskundige ggz in de Zorgverzekeringswet ervoor gekozen om in het overgangsjaar de verzekeraars volledig na te calculeren.

Ik ga er echter wel vanuit, en krijg ook die signalen dat de zorgverzekeraars, samen met de aanbieders, hun uiterste best zullen doen om de kosten en het volume te beheersen.

Verzekeraars staan hiervoor verschillende beheersingsinstrumenten onder de Zorgverzekeringswet ter beschikking, zoals:

- zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs voor de ambulante zorg;
- zorgverzekeraars hoeven geen contract af te sluiten;
- voor eventuele meerproductie is fiat van de zorgverzekeraar nodig;
- zorgverzekeraars kunnen in de polis opnemen bij wie de zorg genoten kan worden;
- zorgverzekeraars kunnen eisen stellen aan de toegang/verwijzing naar de zorg;
- zorgverzekeraars kunnen stepped care bevorderen;
- zorgverzekeraars bouwen informatie aan de hand van best practices op, die op termijn bij de onderhandeling gebruikt kan worden.

Ik heb met partijen gezamenlijk afgesproken dat zo doelmatig mogelijk zorg zal worden ingekocht om op die manier het kader te bewaken. Mocht desondanks toch het aangegeven macrokader overschreden worden, heb ik de mogelijkheid om aan de Nza te vragen de tarieven te korten, daarbij zoveel mogelijk rekening houdend met de plaats waar de overschrijdingen hebben plaatsgevonden.

Om de geneeskundige ggz volledig in de Zorgverzekeringswet te integreren is de afgelopen jaren hard gewerkt aan het opzetten van een risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz. Er is voor 2008 een beperkt en eenvoudig model. Dit model is zo eenvoudig mogelijk gehouden, omdat er toch geen sprake is van een risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars. Enkele ex ante vereveningcriteria die goed voorspellen, maar uitvoeringstechnisch veel werk met zich meebrengen, zijn weggelaten. Voor 2009 zal het model verbeterd worden en zal ook de kwaliteit van de gegevens waarop het model gebaseerd is, verbeterd zijn. Voor 2009 streef ik naar een risicovereveningsmodel waarbij verzekeraars wel (gedeeltelijk) risico gaan lopen. Een verzekeraar die in 2008 ondoelmatig zorg inkoop, zal moeite hebben dit in 2009 te corrigeren en zal dan dus wel de financiële consequenties voelen.

De CDA-fractie vraagt nog naar de verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz. In het bestaande risicovereveningsmodel voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties is een FKG psychische aandoeningen opgenomen. Daarnaast is er sprake van meervoudige FKG's. Het model houdt dus rekening met het feit dat 'mensen met psychische klachten vaak een langzamer lichamelijk herstel hebben'.

Om een risicovereveningssysteem voor de geneeskundige ggz verder te kunnen ontwikkelen zijn gegevens over ggz-gebruik op individueel niveau nodig. Dergelijke gegevens voor 2006 zijn afgelopen voorjaar verzameld. Echter, niet alle ggz-instellingen hebben (tijdig) bruikbare gegevens aangeleverd. Alle inspanningen zijn erop gericht de gegevens 2006 nog aan te vullen, zowel kwantitatief als kwalitatief, en voor 2007 een vollediger en kwalitatief betere dataset voor onderzoek beschikbaar te hebben. De verdere ontwikkeling van het

risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz valt of staat bij de beschikbaarheid van goede data.

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz kan verbeterd worden door een vereveningscriterium gebaseerd op ggz-zorggebruik in het verleden toe te voegen, de FKG psychische aandoeningen op te splitsten en een alternatieve schattingsmethodiek te gebruiken die beter rekening houdt met het feit dat ruim 95 procent van de verzekerden geen kosten voor geneeskundige ggz hebben. Deze zaken worden de komende jaren onderzocht en indien mogelijk toegepast.

Het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz bevat een aantal – min of meer – nieuwe vereveningscriteria, waaronder een specifiek regiocriterium en wel of niet alleenstaande. De specifieke ggz factoren in het regiocriterium, waar de PvdA-fractie naar vraagt, zijn aanbod van ggz-zorg op postcodeniveau, o.a. het aantal bedden per 1.000 inwoners binnen een straal van 25 kilometer. Daarnaast wordt rekening gehouden met ggz-kostenverschillen tussen postcodes.

Alleenstaanden maken relatief vaker gebruik van ggz-zorg. Dit is de reden om eenpersoonsadres op te nemen als vereveningscriterium in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz. Het risicovereveningsmodel voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties is veel verder ontwikkeld en binnen dit vereveningsmodel voegt het vereveningscriterium eenpersoonsadres niets meer toe. Ik laat het komende jaar nader onderzoek doen naar een verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz. De verklaringskracht van het criterium eenpersoonsadres wordt hierbij ook gemonitord.

Normering verplicht eigen risico

In mijn brief van 8 oktober 2007 (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 35) heb ik gereageerd op het door de CDA-fractie aangehaalde amendement van het lid Omtzigt c.s. (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 30). Ik heb in die brief aangegeven dat ik het vaststellen van een termijn waarbinnen het verplicht eigen risico in rekening moet worden gebracht, onwenselijk acht. Voor de argumenten die ten grondslag liggen aan mijn standpunt verwijs ik naar mijn eerdergenoemde brief van 8 oktober jl..

De Tweede Kamer heeft bij de stemmingen op 9 oktober jl. dit amendement nr. 30 aangenomen. Hoewel mijn standpunt terzake niet is gewijzigd, is het voor mij een gegeven dat artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, nu dit amendement is aanvaard, voorschrijft dat bij AMvB wordt bepaald op welke dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, de rekening voor zorg of overige diensten door de zorgverzekeraar dient te zijn ontvangen. Indien de rekening na die bij AMvB te bepalen datum door de zorgverzekeraar wordt ontvangen, telt die rekening niet meer mee voor het verplicht eigen risico.

De door de leden van de CDA-fractie voorgestelde termijn van 1 april volgend op het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, is naar mijn mening veel te krap. Dit is zeker het geval als de declaratietermijnen bij DBC's in ogenschouw worden genomen. Een dergelijke te krappe termijn heeft vanwege de DBC-systematiek tot gevolg dat een groot deel van de DBC's bij het verplicht eigen risico buiten beschouwing zullen blijven. Ter illustratie: DBCs geopend in december van jaar t kunnen geopend blijven tot december van het jaar t + 1; declaratie kan pas daarna plaats vinden. Ik acht een dergelijke korte termijn dus ongewenst, ook vanwege de budgettaire gevolgen.

Om die reden heb ik in de concept-AMvB waarmee uitvoering wordt gegeven aan artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, als dag waarvoor de declaratie door de zorgverzekeraar dient te zijn ontvangen opgenomen, 31 december volgend op het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft opgenomen. Deze concept-AMvB heb ik bij brief van 19 oktober 2007 bij beide Kamers der Staten-Generaal voorgehangen (Kamerstukken II 2007/08, 31 094, nr. 36).

Zoals ik bij het debat over het wetsvoorstel vervanging no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (wetsvoorstel 31 094) op 4 oktober jl. heb gezegd zal ik nagaan in hoeverre er dergelijke uiterste termijnen kunnen worden gesteld in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg. Hierover vindt interdepartementaal overleg plaats, met name met het ministerie van Justitie. Ik zal u binnen afzienbare termijn hierover nader berichten.

Bij de normering van het verplicht eigen risico, waarover de PvdA-fractie vragen stelt, wordt een model gehanteerd dat als het ware de kosten per verzekerde becijferd die onder het verplicht eigen risico zullen vallen. Het eigen risico wordt dus gedragen door de verzekerde en niet door de zorgverzekeraar.

Vervolgens wordt de vereningsbijdrage 2008 bepaald door normatieve kosten te verminderen met de eigen inkomsten van een verzekeraar uit de nominale rekenpremie en de genormeerde opbrengst volgend uit het verplicht eigen risico. Bij deze laatste correctie wordt geen onderscheid gemaakt naar verstrekking. Dit is bij een eigen risico niet uitvoerbaar om dat het moment dat een rekening binnen komt bepaald of de kosten wel of niet onder het eigen risico vallen.

Er vindt wel verzekerdenaalcuatie maar geen macro-naalcuatie over het genormeerde eigen risico plaats. De achterliggende reden is dat het om relatief geringe bedragen gaat en door macro-naalcuatie op dit onderdeel de uitvoeringslasten voor het CVZ verder toenemen en wellicht de prikkel bij verzekeraars wegneemt om het eigen risico ook daadwerkelijk bij hun verzekerden in rekening te brengen.

Overige aspecten

De vraag van de CDA-fractie naar de zoektocht naar een optimaal systeem voor de geneeskundige ggz, heb ik hiervoor reeds beantwoord.

De tweede vraag van de CDA-fractie betreft het verwijderen van perverse prikkels. Perverse prikkels worden zoveel mogelijk geminimaliseerd door het risicovereveningsmodel optimaal te laten werken. Dit behelst een goed ex-ante model, robuust en transparant, en mogelijkheden voor verzekeraars om kosten te beïnvloeden. Door dit te combineren met een (zo beperkt mogelijke) inzet van ex post compensatie worden dergelijke prikkels zo veel mogelijk beperkt. In feite zit dit onderwerp dus verweven in alle acties en onderzoeken. Ik zal overigens altijd alert blijven op de prikkelwerking in het systeem en zal zonodig het beleid hierop aanpassen.

De derde vraag betreft preventie. Het risicovereveningssysteem is er voor bedoeld om verzekeraars te compenseren voor kostenverschillen als gevolg van verschillen in - door zorgverzekeraars niet beïnvloedbare - gezondheidsrisico's van de verzekerdenportefeuille. Als een verzekeraar beter dan een andere verzekeraar door preventie de zorgkosten voor zijn risicogroepen weet terug te dringen dan zal hij daar door het vereveningsstelsel voor worden beloond, bijvoorbeeld vermindering door preventie van verdere meerkosten bij chronisch

zieken. Hierbij kan het voorkomen dat hij door zijn preventie-activiteiten in de eerste jaren hogere kosten heeft (investeringen) en niet direct een beloning voor zijn preventie-activiteiten zal ontvangen.

Een veelgehoord geluid is dat het vereveningssysteem verzekeraars echter onvoldoende beloont voor preventieve inspanningen. De parameters van het vereveningssysteem zouden daarom anders moeten worden gekozen, bijvoorbeeld zo dat verzekeraars voor mensen in achterstandswijken meer geld uit de verevening krijgen zodat ze meer aan preventie in deze wijken kunnen doen. Op dit moment bevat het huidige vereveningsmodel al kenmerken die voor een deel gerelateerd zijn aan de sociaal economische status, zoals de aard van het inkomen en de regiocomponent. Recent is onderzoek gedaan naar de mogelijke meerwaarde van een aparte indicator voor de sociaal economische status. Met ingang van volgend jaar zal een aparte SES-indicator in het risicovereveningsmodel worden opgenomen. Het is goed te benadrukken dat dit is bedoeld om de verevenende werking van het model te verbeteren en niet de bedoeling heeft om verzekeraars langs die weg tot meer preventie voor bepaalde groepen aan te zetten. Het vereveningssysteem is voor dat laatste niet het goede aangrijpingspunt. Het risicovereveningssysteem dient twee doelen: het tegengaan van risicoselectie en het zorgen voor eerlijke concurrentie tussen verzekeraars. De risicoverevening is niet bedoeld als zelfstandig instrument om het karakter van de zorgverzekering om te buigen van een schadeverzekering naar een verzekering van gezondheid. Voor zover dit laatste gewenst is dient dit te verlopen via de aanpassing van de wettelijke verankerde dekking. De risicoverevening is dan volgend (Tweede Kamer 2006/2007, 30 800 XVI, nr. 74, bijlage 6).

In antwoord op de vierde vraag kan ik aangeven dat de komende tijd nader bekeken zal worden hoe om te gaan met de risicodragendheid van verzekeraars op het terrein van de kapitaallasten. Een aantal aspecten die hierin meegenomen worden zijn de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars, de ontwikkelingen bij de ziekenhuizen, het effect van het vervallen van de voorgeschreven afschrijvingstermijn en de gevolgen op regionaal niveau.

Hierover wordt de komende tijd met partijen overlegd. Met betreffende partijen zullen de beleidsmatige vragen beantwoord moeten worden. Hiervoor is het naar verwachting nodig dat er onderzoek wordt gedaan naar de consequenties van dergelijke beleidswijzigingen op het terrein van de kapitaallasten op de schadelast door deze effecten zo goed mogelijk te simuleren.

De leden van de CDA-fractie informeren als vijfde naar de uitvoering van de conclusies van het rapport dat PriceWaterhouseCoopers (PWC) over het besluitvormingsproces rondom de risicoverevening heeft uitgebracht. De conclusies van PWC worden door de belangrijkste betrokken partijen, zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor zorgverzekeringen over het algemeen gedeeld. De aanbevelingen voor de verbetering van de coördinatie, transparantie, documentatie, verslaglegging, capaciteit, besluitvorming, bevoegdheidsverdeling en planning, hebben al geleid tot een aantal aanpassingen en concrete acties. De komende tijd zal hieraan in nauw overleg met het CVZ nog verder vorm worden gegeven. Ik heb een brief aan u naar aanleiding van een eerder verzoek van uw Kamer over dit onderwerp in voorbereiding. Ik verwacht deze brief voor het eind van dit jaar aan u te zenden.

De PvdA-fractie stelt vragen over de representativiteit. Onderzoek op het terrein van de risicoverevening vindt plaats op basis van gegevens uit het (recente) verleden. Voor 2008 wordt uitgegaan van gegevens 2005. Bij tussentijdse wijzigingen in product- en/of tariefstructuur van zorg, zoals het invoeren van de DBCs of van het gecombineerde vergoedingensysteem voor huisartsen, is het noodzakelijk om bij het onderzoek de kosten zo veel mogelijk te corrigeren. Hierbij geldt hoe groter de wijzigingen in de structuur des te groter de onzekerheden bij representativiteit. Dit speelt voor 2005 met name door de invoering van de DBC's bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Door de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening zijn vraagtekens gezet bij de representativiteit van de kosten 2005 voor de verwachte kosten 2008 op verzekeraarsniveau, bijvoorbeeld door onzekerheden door verschillen in registratie, validatie en declaratie tussen ziekenhuizen. Hierdoor wordt een beoordeling van de uitkomsten van de onderzoeken op verzekeraars- en sectorniveau niet goed mogelijk. Grootste vraagtekens zijn de consequenties van de overdekking in 2005 van de ziekenhuissector, die in de gegevens 2005 slechts op basis van voorlopige cijfers was gecorrigeerd. Zoals u uit mijn brief kunt opmaken heb ik deze vraagtekens serieus genomen. Deze vraagtekens zijn de reden dat ik de bandbreedteregeling voor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor 2008 handhaaf.

Bij de geneeskundige ggz is er ook een vraagstuk met betrekking tot kwaliteit en beschikbaarheid van gegevens. Hierbij is aan de orde dat nog niet gebruik kan worden gemaakt van kostencijfers uit de schade-administraties van verzekeraars. Voor het onderzoek wordt daarom gebruik gemaakt van gegevens uit de administratie van instellingen en zorgkantoren. De volledigheid en representativiteit van deze gegevens is nog niet optimaal. Zoals aangegeven is mijn verwachting dat voor 2009 een aanzienlijke verbetering in de kwaliteit en representativiteit van de onderzoeksgegevens kan worden bereikt. Overigens moet er hierbij ook nog rekening mee worden gehouden dat de declaraties in 2009 in DBCs zullen plaatsvinden, terwijl de gegevens waarmee gerekend wordt niet in DBC-termen zijn.

4. Ex-post compensatiemechanismen

Ten aanzien van de afbouw van de ex-post compensatiemechanismen staan hetgeen in de brief van januari 2007 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 689, nr. 129) is opgenomen, voor mij niet ter discussie. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief aan u, verwacht ik dat in 2009 een bandbreedteregeling niet meer aan de orde zal zijn. Dit houdt dan wel in dat zorgverzekeraars vanaf dat moment over circa 50 procent (uitgaande van nacalculatiepercentage 2008 en zonder HKV mee te nemen) van de variabele ziekenhuiskosten en de kosten van specialistische hulp financieel risico lopen. Ik zal u hierover in september 2008 inlichten als ik het risicovereveningssysteem voor 2009 vaststel.

In de risicoverevening wordt geen rekening gehouden met de beheerskosten van verzekeraars. Dit betekent dat verzekeraars geen beheerskosten in rekening mogen brengen voor de bandbreedteregeling. Ook vorig jaar was dat het geval.

Op het verzoek van de CDA-fractie om de Kamer begin juni te informeren over de uitkomsten van het onderzoek en het risicovereveningsmodel voor 2009, kan ik niet ingaan. Het is niet mogelijk om reeds in juni uitkomsten van onderzoek en een voorstel voor het

model 2009 gereed te hebben. Het belangrijkste onderzoek voor de vormgeving voor het model 2009, waar alle onderzoeken op de verschillende aspecten van het vereveningsmodel samen komen, de overall toets, start in juni en loopt door tot en met september. Versnelling van alle onderzoeken is vooral door de beschikbaarheid van gegevens niet mogelijk. Dit blijkt ook uit het door de CDA-fractie aangehaalde rapport van PWC en de daarin opgenomen tijdsplanning.

Door de bandbreedteregeling worden de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen tijdelijk beperkt. De PvdA-fractie informeert naar het functioneren van deze regeling. Als het uiteindelijke resultaat (na toepassing van de ex-post compensaties) per premiebetalende buiten een bepaalde bandbreedte valt, wordt het bedrag buiten de bandbreedte voor 90 procent nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds. In 2006 was de bandbreedte € 35 per verzekerde. Er zijn nog geen definitieve gegevens over het gebruik van de bandbreedteregeling. Bij de voorlopige afrekening van de vereveningsbijdrage 2006 was de bandbreedteregeling voor 18 van de 32 zorgverzekeraars relevant. Voor 8 van de 18 zorgverzekeraars had dit een negatief effect. Dit betekent dat deze zorgverzekeraars een positief resultaat hadden van meer dan € 17,50 per premiebetalende verzekerde en dus middelen moesten betalen aan het zorgverzekeringsfonds. De overige 10 zorgverzekeraars ontvingen middelen uit het zorgverzekeringsfonds. Ik verwacht echter dat er uiteindelijk veel minder verzekeraars buiten de bandbreedte zullen vallen, aangezien in deze voorlopige afrekening de Hogekostenverevening nog niet is toegepast. Bij het gebruik in 2006 moet er ook rekening mee worden gehouden dat de bandbreedte toen ook van toepassing was op de kosten voor overige prestaties. Dit is vanaf 2007 niet meer zo, en heeft de bandbreedte uitsluitend betrekking op de variabele ziekenhuiskosten en kosten van specialistische hulp.

De PvdA-fractie vraagt als laatste nog naar de relatie tussen de overdekking en het nacalculatiepercentage.

Er is geen directe relatie tussen de overdekking en het nacalculatiepercentage. Zoals in mijn brief is aangegeven, is een verlaging van het nacalculatiepercentage mogelijk vanwege een vergroting van de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de ziekenhuiskosten. Zoals al eerder aangegeven is de inzet van ex-post compensatiemechanismen mede afhankelijk van de kwaliteit van gegevens. De onduidelijkheden rondom de overdekking hebben de kwaliteit van de gegevens aangetast. Deze vraagtekens over de kwaliteit van de gegevens hebben er voor 2008 toe geleid dat ik de bandbreedteregeling heb gehandhaafd.

Het risico op overdekking van de budgetten voor de ggz, of mogelijk ook onderdekking, wordt ook door mij erkend. Vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heb ik echter vernomen dat het risico voor de ggz beperkt is.

Het verschil tussen de huidige tarieven en de toekomstige DBC-tarieven is beperkt. De DBC-tarieven zijn een relatief eenvoudige vertaling vanuit de huidige systematiek. De DBC's in de ggz worden in belangrijke mate bepaald door geschreven tijd en verpleegdagen. Het huidige systeem in de ggz is in feite op dezelfde uitgangspunten gegrondvest, namelijk contacten (is ook tijd) en verpleegdagen. Als beide systemen min of meer op dezelfde leest zijn geschoeid is het risico op over- of onderdekking beperkt.

Er zit echter wel een risico in omdat de inschatting van het volume aan DBC's ook een bepalende factor is. Als het volume te laag wordt ingeschat, dan wordt het verrekenpercentage hoger dan benodigd en kan overdekking ontstaan. Het verrekenpercentage zal op 1 januari 2008 op nul worden vastgesteld. In het begin van 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

10

Kenmerk

DZ-CB-U-2808139



zal door de NZa een inschatting worden gemaakt van het benodigde verrekenpercentage en dat vervolgens gaan toepassen vanaf het voorjaar 2008. Hierdoor wordt het risico van over- of onderdekking beperkt.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink